

3



ipb

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

***Mobbing* Em Enfermeiros – Estudo na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**

Liliana Isabel Ramalho Amado

Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Orientadora Científica - Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga

Coorientador Científico - Mestre Luís Carlos Almeida Pires

Bragança, dezembro de 2025

Amado, L.I.R, Veiga, M.A.R. (OC), Pires, L. *Mobbing* em Enfermeiros – estudo na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Dissertação. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança, 2025.

Amado, L.I.R & Veiga, M.A.R. (OC),(2025). Dimensões do *Mobbing* - Estudo na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Millenium -Journal of Education, Technologies, and Health. (Anexo VIII)

Amado, L.I.R, Veiga, M.A.R. (OC), Pires, L,(2025). Dimensões do *Mobbing* em Enfermagem - Scoping Review. Poster. Final Conference in Emotional Education, IPB (Anexo IX)

Amado, L.I.R, Veiga, M.A.R. (OC), Pires, L, (2025). *Mobbing* em Enfermagem: Impactos Pessoais e Profissionais - Scoping Review. Poster. Final Conference in Emotional Education, IPB (Anexo X)

DEDICATÓRIA

A todas as vítimas de *Mobbing*, cuja coragem em resistir ao silêncio e em enfrentar a violência psicológica no trabalho inspira a construção de ambientes mais justos, saudáveis e humanos.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, manifesto a minha mais profunda gratidão a todos os Enfermeiros que constituíram a amostra deste estudo. A vossa disponibilidade, honestidade e contributo foram absolutamente essenciais para que esta investigação pudesse concretizar-se. Sem a vossa participação, este trabalho não teria sido possível.

Ao Instituto Politécnico de Bragança, instituição que me acolheu e me proporcionou as condições académicas, científicas e humanas para desenvolver este percurso, expresso o meu sincero reconhecimento.

Ao meu coorientador, Mestre Luís Pires, pela orientação, incentivo e acompanhamento ao longo de todo o processo, agradeço o apoio incansável e a partilha de saber que tanto enriqueceram este trabalho.

De forma muito especial, dirijo um agradecimento sentido à Professora Doutora Augusta Romão da Veiga, pela paciência, pela aprendizagem transmitida, pelo envolvimento constante e pela capacidade de transformar desafios em oportunidades de crescimento. O seu exemplo de dedicação e de excelência académica permanecerá sempre como uma referência no meu percurso pessoal e profissional.

Ao Artur José, pelo amor, paciência e apoio incondicional em cada etapa deste percurso.

À Ana Maria e Ana Sofia, continuidade de mim, a minha maior inspiração e a razão da minha perseverança.

Sirva este texto, objeto do meu trabalho de investigação, como um exemplo, de que os sonhos se concretizam com dedicação e resiliência. Quase diria que só assim.

RESUMO

Enquadramento: O *Mobbing* é um fenómeno que é exposto na literatura científica, seja na componente laboral em Enfermagem em geral, seja na área da Pessoa em Situação Crítica (EPSC), com consequências a nível físico, psicossocial e cultural.

Objetivo: Analisar o nível de prevalência de *Mobbing* e o impacto pessoal e profissional, segundo a perceção da amostra, no contexto laboral dos Enfermeiros na área da EPSC.

Métodos: Estudo de carácter transversal e analítico, a partir da análise aos dados recolhidos, através da aplicação do Instrumento de Recolha de Dados (IRD), “Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT – 60)” validado numa população de Enfermeiros portugueses (Carvalho, 2009; João, 2012) a partir do original (González de Rivera & Rodríguez-Abuín 2005). O questionário foi aplicado, em formato digital através da plataforma *Google Forms*, a uma amostra de 226 Enfermeiros que prestam cuidados na área da EPSC. Esta amostra é maioritariamente feminina (77,0%), com média de idade de 40,36 anos, em situação de conjugalidade (64,2%) e formação académica para além da licenciatura (65,4%).

Resultados: A análise revelou que o nível de prevalência global de *Mobbing* era de 23,9%, ou seja 54 Enfermeiros da amostra, assumiram terem sido vítimas de *Mobbing*, e, com maiores pontuações nas seguintes Dimensões: no Bloqueio à Comunicação ($x = 1,47$; DP= 0,63), na Difamação ($x = 1,15$; DP= 0,54) e no Isolamento ($x = 1,00$; DP= 0,44). Identificaram-se associações estatisticamente significativas entre o *Mobbing* e variáveis como o género ($p = 0,027$), o tipo de contrato ($p = 0,010$), o grau académico ($p = 0,009$) e o horário de trabalho ($p = 0,015$). Os resultados sugerem que as vítimas de *Mobbing* em contexto de EPSC são, predominantemente, enfermeiras com contrato a termo, sem título de especialista e com horário fixo. Os principais agressores identificados foram superiores hierárquicos (40,7%) e colegas da mesma categoria profissional (42,6%). A nível pessoal, 88,9% das vitimas afirmaram ter tido consequências a nível físico e/ou mental. Destacam-se sintomas como ansiedade (49,2%), insónias (27,3%) e insegurança (24,2%). No plano profissional, 64,8% dos participantes afirmaram que o *Mobbing* comprometeu o seu desempenho no local de trabalho. A maioria das vítimas (59,3%) não procurou ajuda. As estratégias utilizadas para superar o *Mobbing* foram: aprender a não

se deixar perturbar (44,4%) e manifestar indiferença perante as situações de abuso (14,8%).

Conclusão: Os resultados obtidos demonstram a presença real e persistente do *Mobbing* nos contextos de EPSC, o que reforça a necessidade de políticas institucionais eficazes, formação contínua e liderança ética. Este estudo permitiu aprofundar a compreensão do fenómeno o que contribui para a construção de ambientes laborais mais seguros e humanizados para os profissionais de Enfermagem.

Palavras-chaves: *Mobbing*, Enfermagem, Cuidados Críticos

ABSTRACT

Background: *Mobbing* is a phenomenon widely reported in the scientific literature, both in the general nursing workplace and specifically within Critical Care (EPSC), with physical, psychosocial, and cultural consequences.

Objective: To analyze the prevalence of *Mobbing* and its personal and professional impact, according to the perception of the sample, in the work context of nurses in the area of Critical Care.

Methods: This was a cross-sectional and analytical study, based on data collected through the application of the Data Collection Instrument (DCI), the *Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT-60)*, validated in a Portuguese nursing population (Carvalho, 2009; João, 2012) from the original version (González de Rivera & Rodríguez-Abuín, 2005). The questionnaire was administered digitally, via the Google Forms platform, to a sample of 226 nurses providing care in Critical Care. The sample was predominantly female (77.0%), with a mean age of 40.36 years, mostly in a marital relationship (64.2%), and with academic training beyond the bachelor's degree (65.4%).

Results: The analysis revealed an overall prevalence of *Mobbing* of 23.9%, meaning that 54 nurses in the sample reported having been victims. The highest mean scores were observed in the following dimensions: Communication Blockage (M = 1.47; SD = 0.63), Defamation (M = 1.15; SD = 0.54), and Isolation (M = 1.00; SD = 0.44). Statistically significant associations were identified between *Mobbing* and variables such as gender

($p = 0.027$), type of contract ($p = 0.010$), academic degree ($p = 0.009$), and work schedule ($p = 0.015$). The results suggest that victims of *Mobbing* in the context of Critical Care are predominantly female nurses with fixed-term contracts, without a specialist title, and working fixed schedules. The main aggressors identified were hierarchical superiors (40.7%) and colleagues in the same professional category (42.6%). At a personal level, 88.9% of victims reported physical and/or mental consequences, with symptoms such as anxiety (49.2%), insomnia (27.3%), and insecurity (24.2%) standing out. At the professional level, 64.8% of participants stated that *Mobbing* compromised their performance in the workplace. The majority of victims (59.3%) did not seek help. Strategies used to cope with *Mobbing* included learning not to be disturbed (44.4%) and showing indifference towards abusive situations (14.8%).

Conclusion: The findings demonstrate the real and persistent presence of *Mobbing* in Critical Care contexts, reinforcing the need for effective institutional policies, continuous training, and ethical leadership. This study contributed to a deeper understanding of the phenomenon and to the promotion of safer and more humanized work environments for nursing professionals.

Keywords: *Mobbing*, Nursing, Critical Care

ABREVIATURAS E SIGLAS

EPSC - Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

IRD - Instrumento de Recolha de dados

LIPT - 60 – Leymann Inventory of Psychological Terrorization 60

UCI - Unidades de Cuidados Intensivos

SU - Serviço de Urgência

NEAP – Número total de Estratégias de Assédio Psicológico

IGAP – Índice Global de Assédio Psicológico

IMAP – Índice Médio de Assédio Psicológico

SPSS - Statistical Psychologic and Society Science

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO.....	22
1. MOBBING	23
1.1 Dimensões do <i>Mobbing</i> - abordagem a partir da Escala LIPT-60	26
1.2 Intervenientes.....	32
1.2.1 <i>As Vítimas</i>	32
1.2.2 <i>Os Agressores</i>	34
1.2.3 <i>Os Espectadores</i>	36
1.3 Impactos	39
1.3.1 <i>Impactos pessoais</i>	39
1.3.2 <i>Impactos profissionais</i>	39
1.4 Estratégias de Coping e respostas ao <i>Mobbing</i>	41
1.5 Contextos socio-laborais vs <i>Mobbing</i>	44
1.6 Prevenção	45
CAPÍTULO II – ESTUDO EMPIRICO	48
1. METODOLOGIA	49
1.1 Questão de investigação e Objetivos do estudo.....	49
1.2 Tipo de estudo	50
1.3 População e Amostra	50
1.4 Instrumento de Recolha de Dados	51
1.5 Procedimentos de Recolha de Dados	54
1.6 Variáveis em estudo.....	55
1.7 Considerações Éticas.....	56
1.8 Procedimentos de Análise de Dados.....	57
2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	59
2.1 Caracterização da Amostra	59
2.2 Nível de prevalência de <i>Mobbing</i>	61
2.3 Relação entre variáveis sociodemográficas e profissionais da amostra e o nível de prevalência de <i>Mobbing</i>	62
2.4 Dimensões de <i>Mobbing</i>	64
2.5 Relação estatística entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e as Dimensões de <i>Mobbing</i>	65
2.6 Características relativas aos Intervenientes	71
2.7 Impacto pessoal.....	74
2.8 Impacto profissional	75

2.9	Estratégias de <i>Coping</i> pós experiências de <i>Mobbing</i>	76
2.10	Prevenção	77
3.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	78
4.	CONCLUSÕES	89
5.	PROJETOS PARA O FUTURO	92
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94
	ANEXOS	Erro! Marcador não definido.

ANEXOS

ANEXO I - Lei n.º 73/2017, de 16 de agosto

ANEXO II – Instrumento de Recolha de Dados

ANEXO III - Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação

ANEXO IV - Pedido de autorização para utilização do IRD

ANEXO V – Pareceres das Comissões de Ética de quatro Unidades Locais de Saúde do Norte de Portugal

ANEXO VI – Declaração da retenção do pedido da aplicação do IRD

ANEXO VII – Prorrogação do prazo de entrega

Anexo VIII – Submissão do Artigo: “Dimensões do *Mobbing* - Estudo na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação”.

Anexo IX – Certificado do Póster: Dimensões do *Mobbing* em Enfermagem - Scoping Review

Anexo X – *Mobbing* em Enfermagem: Impactos Pessoais e Profissionais - Scoping Review

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Apresentação esquemática das Dimensões e respectivos itens da Escala LIPT-60 (González de Rivera & Rodríguez-Abuín 2005) adaptada por João (2012) por Dimensão	28
Tabela 2 - Apresentação esquemática da análise da literatura relativamente à disponibilidade de IRD para avaliação do <i>Mobbing</i>	51
Tabela 3 - Apresentação dos valores absolutos e relativos das variáveis de caracterização sociodemográfica da amostra	60
Tabela 4 a- Apresentação dos valores absolutos e relativos das variáveis de caracterização profissional da amostra	61
<i>Tabela 4 b - Apresentação dos valores de tendência central e de dispersão em relação ao tempo profissional e tempo no atual serviço</i>	59
Tabela 5 - Apresentação dos valores absolutos e relativos das variáveis da existência e Prevalência de <i>Mobbing</i>	62
Tabela 6 - Apresentação dos valores da média, desvio padrão, mediana e o valor de significância estatística (p) relativamente à relação entre a Prevalência de <i>Mobbing</i> (em meses) e as variáveis de caracterização sociodemográfica e profissional da amostra(n=54)	63
Tabela 7 - Apresentação dos valores do coeficiente de correlação de Pearson (r) e o respetivo nível de significância (p-value), da relação entre Prevalência de <i>Mobbing</i> (em meses) e as variáveis idade, tempo de serviço, ambiente de trabalho e frequência de trabalho.....	63
Tabela 8 - Apresentação dos valores de consistência interna (α) e dos valores das medidas de tendência central de e de dispersão das Dimensões de <i>Mobbing</i> , LIPT-60	64
Tabela 9 - Apresentação dos valores de consistência interna (α) e dos valores das medidas de tendência central de e de dispersão dos índices globais NEAP, IGAP e IMAP	65
Tabela 10 - Apresentação dos valores de tendência central e de dispersão bem como o valor de p das Dimensões LIPT-60 relativamente à variável género	65
Tabela 11 - Apresentação dos valores de tendência central e de dispersão bem como o valor de p das Dimensões LIPT-60 relativamente à variável ter filhos	66

Tabela 12 - Apresentação dos valores de tendência central e de dispersão bem como o valor de p das Dimensões LIPT-60 relativamente à variável estado civil	66
Tabela 13 - Apresentação dos valores de tendência central e de dispersão bem como o valor de p das Dimensões LIPT-60 relativamente à variável habilitações literárias.....	67
Tabela 14 - Apresentação dos valores de tendência central e de dispersão bem como o valor de p das Dimensões LIPT-60 relativamente à variável posição hierárquica.....	67
Tabela 15 - Apresentação dos valores de tendência central e de dispersão bem como o valor de p das Dimensões LIPT-60 relativamente à variável serviço onde exerce a atividade principal	68
Tabela 16 - Apresentação dos valores de tendência central e de dispersão bem como o valor de p das Dimensões LIPT-60 relativamente à variável acumulação de funções em outros serviços.....	68
Tabela 17 - Apresentação dos valores das de tendência central e de dispersão bem como o valor de p Dimensões LIPT-60 relativamente à variável tipo de vínculo contratual	69
Tabela 18 - Apresentação dos valores de tendência central e de dispersão bem como o valor de p das Dimensões LIPT-60 relativamente à variável tipo de horário	69
Tabela 19 - Apresentação das Correlações entre as Dimensões LIPT-60 e às variáveis idade, tempos de serviço, ambiente de trabalho e frequência de trabalho em equipa..	70
Tabela 20 - Apresentação dos valores das de tendência central e de dispersão bem como o valor de p Dimensões LIPT-60 relativamente à variável satisfação com o trabalho	70
Tabela 21 - Apresentação dos valores das de tendência central e de dispersão bem como o valor de p Dimensões LIPT-60 relativamente à variável intenção de mudar de serviço	71
Tabela 22 - Apresentação dos valores absolutos e relativos das variáveis de caracterização do agressor	71
Tabela 23 - Apresentação dos valores absolutos e relativos das variáveis referentes aos espetadores	73
Tabela 24 - Apresentação dos valores absolutos e relativos das variáveis relativas às variáveis de Impacto pessoal das experiências de <i>Mobbing</i>	74
Tabela 25 - Apresentação dos valores absolutos e relativos das variáveis do Impacto profissional das experiências de <i>Mobbing</i>	75

Tabela 26 - Apresentação dos valores absolutos e relativos das variáveis das Estratégias de Coping pós experiências de <i>Mobbing</i>	76
Tabela 27 - Apresentação dos valores absolutos e relativos das variáveis relativas às variáveis de Prevenção de comportamentos de <i>Mobbing</i> segundo amostra.....	77

INTRODUÇÃO

O *Mobbing* começou a ganhar destaque, como um dos principais causadores de sofrimento no local de trabalho, no final do século XX (Gonçalves & Oliveira, 2018). Desde então, a literatura científica tem abordado este fenómeno. A exposição a este tipo de violência é descrita como um dos problemas mais incapacitantes e devastadores para os trabalhadores, em comparação, com outros tipos de *stress* relacionados com o trabalho (Einarsen et al., 2020; João, 2012; Hirigoyen, 2001). Embora o *Mobbing* seja reconhecido mundialmente, a ausência de uma definição universal, faz emergir uma variedade de termos, como *Bullying*, *Mobbing* e *Assédio*, que são usados para descrever atitudes negativas no contexto laboral. A terminologia varia de acordo com o país ou cultura, no entanto, existe consenso relativamente às características deste fenómeno, (Einarsen et al., 2020).

Todavia, o que mais interessa para o que este estudo labora, é o facto deste fenómeno acontecer em contexto laboral de saúde (João et al., 2023; Sá, 2008, Zhou et al., 2025) - quando a saúde deveria estar em todos os atores do Serviço Nacional de Saúde assegurada - e como e quanto se torna perturbador e aniquilante, para os atores envolvidos no estatuto de vítimas. Esta é a essência que norteia a pesquisa que aqui se apresentará.

A literatura apresenta definições autorais que podem ser assim apresentadas. O psiquiatra Alemão Heinz Leymann foi um dos pioneiros na investigação do *Mobbing*. Durante o exercício das suas funções na Inspeção do Trabalho na Suécia, o autor identificou diversos episódios de maus-tratos sistemáticos e de exclusão social no contexto laboral, os quais, até então, não haviam sido abordados na literatura científica. Estes fenómenos vieram a ser documentados e analisados na sua obra pioneira publicada em 1986, sob o título *Mobbing — Violência Psicológica no Trabalho*, considerada a primeira publicação sueca dedicada ao tema. Este fenómeno foi definido por Leymann, (1996) como "terror psicológico", realizado de forma contínua e sistemática, ao longo de um período superior a seis meses e com episódios que ocorrem, em média, duas vezes por semana. Estas ações, direcionadas contra um indivíduo no ambiente laboral, têm como objetivo destabilizar as suas relações interpessoais, comprometer a sua reputação,

dificultar o desempenho das suas funções e, por fim, levar a vítima a abandonar o local de trabalho. Esta definição enfatiza a persistência do comportamento agressivo e o seu impacto no plano psicológico e funcional do indivíduo. Por sua vez, Einarsen et al. (2020) propõem uma definição mais ampla e atualizada, definindo o Assédio moral no local de trabalho como maus-tratos sistemáticos e prolongados infligidos a um ou mais funcionários por supervisores e/ou colegas e onde as vítimas também têm dificuldade em se defender contra o Assédio. Esta definição aprofunda a ideia de vulnerabilidade da vítima, introduz a assimetria de poder como uma componente central. Ao contrário de Leymann, não estabelece critérios temporais tão rigorosos, mas reforça o carácter repetitivo e estruturado das agressões. Já Mendes e Veiga (2023) acrescentam uma perspetiva mais psicossocial, descrevem o *Mobbing* como um conjunto de ações verbais ou psicológicas, sistemáticas e persistentes, com o intuito de intimidar, denegrir ou desgastar emocionalmente a vítima. Esta definição alarga o foco do fenómeno, inclui não apenas os efeitos individuais, mas também o impacto sobre a ética comunicacional e a cultura organizacional. Além disso, reconhece a possibilidade de ocorrência em diferentes contextos relacionados com o trabalho, e não exclusivamente no espaço físico da organização, o que torna imperativa a existência de mecanismos legais que assegurem a proteção integral dos trabalhadores. Em Portugal, essa salvaguarda jurídica concretizou-se apenas em 2009, com a entrada em vigor da Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro, que, através do Código do Trabalho, passou a consagrar e a proibir de forma explícita o Assédio no contexto laboral (Portugal, 2009). Posteriormente, a *Lei n.º 73/2017, de 16 de agosto* (Anexo I) veio reforçar o quadro legislativo para a prevenção e combate ao Assédio no trabalho (Portugal, 2017).

Contudo, a existência de um enquadramento legal não tem impedido a persistência do *Mobbing* em diversos setores, nomeadamente na Enfermagem, onde a elevada exigência laboral e a complexidade relacional potenciam a vulnerabilidade dos profissionais. Sendo uma realidade presente na vida relacional/laboral dos Enfermeiros em geral, afeta sobretudo os que desempenham funções em EPSC como demonstrado nos estudos de Aristidou et al. (2020), Ayakdas Dagli e Arslantas (2022) e Tsai e Chang (2022). Estas investigações apontam para prevalências particularmente elevadas (68,1%, 47% e 75,7% respetivamente), o que evidencia como os Enfermeiros que

prestam cuidados à pessoa em situação crítica apresentam maior vulnerabilidade ao fenómeno.

Esta vulnerabilidade dos profissionais perante o *Mobbing* não pode ser dissociada da ausência de ética, pois é nesse vazio moral que o fenómeno encontra condições propícias para se desenvolver e perpetuar (Leymann, 1996). A negligência dos princípios éticos favorece dinâmicas relacionais tóxicas que afetam não apenas o bem-estar individual, mas também a qualidade e a segurança dos cuidados prestados (Einarsen et al., 2020). No campo da Enfermagem, tais práticas contrariam diretamente os princípios consagrados no Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros, que estabelece como deveres fundamentais o respeito pela dignidade humana, a promoção de ambientes de trabalho saudáveis e a salvaguarda dos direitos dos profissionais e das pessoas cuidadas. De igual modo, colidem com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, que atribuem ao enfermeiro a responsabilidade de criar contextos seguros, éticos e promotores de bem-estar, tanto para os doentes como para os profissionais (Regulamento n.º 361/2015, 2015).

Os resultados de estudos recentes (Tsai & Chang, 2024; João et al., 2023; Zhou et al., 2025) confirmam que o *Mobbing* contribui para elevados níveis de burnout, *stress*, absentismo e rotatividade nas equipas de Enfermagem, comprometendo a continuidade e a qualidade dos cuidados (Atta et al., 2024; Machul et al., 2024; Piri et al., 2024). Estes impactos assumem maior relevância na área da EPSC, onde a exigência emocional é naturalmente elevada devido à gravidade dos casos e à urgência das decisões clínicas. Nielsen e Einarsen (2018) demonstraram que a vivência de *Mobbing* reduz de forma significativa a coesão das equipas e fragiliza a comunicação, elementos essenciais no contexto dos cuidados à Pessoa em Situação Crítica. Em consonância, os Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros reforçam a necessidade de estruturas institucionais que promovam um exercício profissional baseado no respeito, na ética e na responsabilidade partilhada (Regulamento n.º 361/2015, 2015).

O *Mobbing*, ao violar os princípios de respeito e dignidade, contraria diretamente esses padrões. E porquê? Porque, e tal como foi assumido ¹e explicado, emerge todo um

¹ Em Orientação Científica, a Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga, Professora Coordenadora, IPB assumiu que este trabalho mereceria uma reflexão acerca deste fenómeno. Referindo extratos de entrevistas, em investigação qualitativa (entrevistas) no campo da Competência Emocional, (Veiga, MAR, 2005, 2018) explicou como e quanto nestas experiências pessoais, mais ou menos

terreno relacional latente de intencionalidade negativa, insidiosa que impede os sentimentos de autorrealização e autoconceito. Na impossibilidade do exercício singular do autocuidado, o cuidado perde força e direção.

As experiências de *Mobbing* não apenas desencadeiam comportamentos de exclusão, como também alimentam um clima relacional hostil e desestabilizador, que fragiliza a capacidade dos profissionais para tomar decisões clínicas seguras. Em contextos de Cuidados Intensivos, onde o papel dos enfermeiros é determinante para a recuperação da pessoa em situação crítica, qualquer perturbação emocional ou psicológica pode traduzir-se em erros e comprometer diretamente a segurança do doente (Mendes & Veiga, 2023).

Numa equipa marcada pelo *Mobbing*, as funções atribuídas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da EPSC, previstas no Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, ficam seriamente ameaçadas. Este profissional tem a responsabilidade de prestar cuidados de elevada complexidade, liderar equipas multiprofissionais, assegurar ambientes terapêuticos seguros e promover a formação e supervisão clínica dos pares. Todavia, em cenários dominados por hostilidade, desconfiança e desvalorização interpessoal, características centrais do *Mobbing*, o exercício destas competências torna-se profundamente limitado.

A liderança e a supervisão clínica perdem eficácia quando a instabilidade emocional mina a comunicação, enfraquece a coordenação e reduz a autoridade técnica do Especialista. Esta fragilidade repercute-se na adesão a boas práticas, diminui a coesão da equipa e coloca em causa a qualidade dos cuidados prestados. O ambiente tóxico instala níveis elevados de ansiedade, desmotivação e fadiga emocional, potenciando falhas e aumentando o risco para a segurança do doente.

prolongadas, mas com evidência de dano emocional, o ser humano pode outrar-se. Neste contexto, referiu que «este fenómeno do *Mobbing*, é referido como algo de profundo, como um intenso sofrimento escondido, e as vítimas expressam-no sob a forma de emoções entre a vergonha e o medo, (...) uma coisa ameaçadora, esse Assédio silencioso e penetrante, que se faz fluir como uma bruma insidiosa e ocultativa, (...) algo com intenções e atores mentalmente organizados, (...) elementos que projetam com maior ou menor pormenor, o exercício do insulto mudo, da humilhação, da solidão. Os processos de *Mobbing* podem ser inicialmente organizados por um, mas são levados a cabo por vários, e de preferência, sob a tutela do iniciante ... há nesta procissão silenciosa de "aparente ignorância" da vítima - porque se sente ignorada, pese embora sob constante vigilância - a apropriação de um gáudio pessoal e transmissível, que promove e amplia a frequência e refina as estratégias desse efeito de recalcar a vítima, impedindo-a de efetivar os seus sistemas auto. Quem vive um processo de *Mobbing*, outra-se. Ou definha e morre por dentro, ou emerge resiliente e empoderado."

O papel do Enfermeiro Especialista como motor de desenvolvimento profissional também é afetado. O clima de perseguição e isolamento que o *Mobbing* gera, bloqueia a partilha de saberes, desencoraja a aprendizagem contínua e trava a inovação nos cuidados. Deste modo, o fenómeno não atinge apenas o desempenho individual, mas fragiliza toda a dinâmica organizacional, o que compromete simultaneamente a segurança, a eficácia e a sustentabilidade dos cuidados em contextos de elevada complexidade.

Em Portugal, a literatura demonstra uma crescente preocupação com o fenómeno do *Mobbing* na população de Enfermeiros, refletida em diversos estudos que abordam o impacto deste comportamento no bem-estar dos profissionais e na qualidade dos cuidados prestados (Andrade et al., 2022; João et al., 2023; Mendes & Veiga, 2023). No entanto, há uma evidente escassez de investigações focadas especificamente nos Enfermeiros que prestam cuidados na área da EPSC. Uma vez que os cuidados ao doente crítico estão associados a um elevado nível de exigência física e emocional e que amplificam os efeitos negativos do *Mobbing*, surge a seguinte pergunta de investigação: ***“Qual o nível de prevalência de Mobbing e o respetivo impacto pessoal e profissional destas experiências, no contexto laboral, segundo a perceção da amostra de Enfermeiros na área da EPSC?”*** Este estudo surge como contributo para preencher essa lacuna de conhecimento, pretendendo fornecer dados para o desenvolvimento de intervenções eficazes no combate ao *Mobbing* neste contexto altamente especializado.

Com base nestes pressupostos, delinearam-se os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- Analisar o nível de prevalência de *Mobbing* e o impacto pessoal e profissional, segundo a perceção da amostra no contexto laboral dos Enfermeiros na área da EPSC.

Objetivos Específicos:

- 1- Conhecer a amostra do ponto de vista das variáveis sociodemográficas e profissionais.
- 2- Conhecer o nível de prevalência de *Mobbing*, no contexto laboral, segundo a perceção da amostra, de Enfermeiros na área da EPSC;
- 3- Analisar a relação entre variáveis sociodemográficas e profissionais da amostra e o nível de prevalência de *Mobbing*;

- 4- Conhecer as Dimensões de *Mobbing*, no contexto laboral, segundo a percepção da amostra de Enfermeiros na área da EPSC;
- 5- Analisar a relação estatística, entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e as Dimensões de *Mobbing*, nos contextos laborais dos Enfermeiros na área da EPSC;
- 6- Identificar características relativas aos intervenientes em processo de *Mobbing*, no contexto laboral, segundo a percepção da amostra de Enfermeiros na área da EPSC;
- 7- Conhecer o respetivo impacto pessoal das experiências de *Mobbing*, no contexto laboral, segundo a percepção da amostra de Enfermeiros na área da EPSC;
- 8- Conhecer o respetivo impacto profissional das experiências de *Mobbing*, no contexto laboral, segundo a percepção da amostra de Enfermeiros na área da EPSC;
- 9- Identificar as estratégias de *Coping* pós experiências de *Mobbing*, segundo a percepção da amostra, nos contextos laborais dos Enfermeiros na área da EPSC;
- 10- Conhecer as atitudes de prevenção que podem ser desenvolvidas, no sentido de minimizar e ou anular as experiências de *Mobbing*, no contexto laboral, segundo a percepção da amostra de Enfermeiros na área da EPSC.

Para dar resposta aos objetivos formulados, foi desenvolvido um estudo de natureza mista (a primeira componente de metodologia quantitativa descritiva e analítica, e na terceira e quarta partes algumas questões, cujas respostas, exigem tratamento de análise de conteúdo). Este estudo, de carácter transversal e analítico, emerge a partir da análise aos dados recolhidos, através da aplicação do Instrumento de Recolha de Dados (IRD), “Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT – 60)” validado numa população de Enfermeiros portugueses (Carvalho, 2009; João, 2012) a partir do original (González de Rivera & Rodríguez-Abuín, 2005).

Este documento que aqui se apresenta, está estruturado em quatro secções: a Introdução, onde será discutida a pertinência do tema, formulada a pergunta de investigação, apresentados os objetivos do estudo e descrito o relatório do projeto; o Enquadramento Teórico, que analisará os resultados de estudos relevantes na área, conforme apresentados na literatura recente; a Parte Empírica, que começará com a

Metodologia, onde serão detalhados os recursos disponíveis, os procedimentos adotados e as técnicas de análise estatística utilizadas; e, por último, a Conclusão, onde serão revistos os objetivos estabelecidos e apresentados os respectivos resultados alcançados.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO

1. MOBBING

O *Mobbing* configura-se como um fenómeno de violência psicológica no trabalho, amplamente reconhecido como um problema grave e transversal na Enfermagem (Nielsen e Einarsen, 2018), com impactos profundos a nível individual, organizacional e sistémico (Collins et al., 2022; Yang & Zhou, 2021). Embora a terminologia varie consoante os contextos culturais e linguísticos, os comportamentos subjacentes mantêm características comuns. Nos países nórdicos, utiliza-se predominantemente o termo *Mobbing*, enquanto nos países anglófonos prevalece a designação Workplace Bullying. No entanto, Leymann (1996) sustentava que os dois conceitos não eram sinónimos, uma vez que o termo *Bullying* evocava violência física e se adequava sobretudo a contextos infantojuvenis, enquanto *Mobbing* descrevia um fenómeno psicológico com carácter reiterado, progressivo e, frequentemente, institucional.

A origem etimológica do termo *Mobbing* remonta a 1963, quando o etologista Konrad Lorenz o utilizou para descrever comportamentos de exclusão grupal entre animais, com base na palavra inglesa *mob* (multidão). Na década de 1980, o psicólogo Heinz Leymann retomou o conceito ao analisar comportamentos abusivos no ambiente laboral e ao evidenciar os seus efeitos devastadores sobre a saúde mental dos trabalhadores, os quais se manifestavam em quadros de ansiedade, depressão e, em casos extremos, suicídio (Leymann, 1980, citado por Leymann, 1996). O autor descreveu o *Mobbing* como um processo insidioso, marcado por um padrão contínuo de exclusão, humilhação e isolamento, que frequentemente culmina na saída forçada da vítima. Estes comportamentos podem ter origem em colegas, superiores hierárquicos ou estruturas organizacionais disfuncionais (Durmuş et al., 2018).

Na literatura anglo-saxónica, o termo Workplace Bullying associa-se a agressões diretas e individualizadas. A distinção entre *Bullying* e *Mobbing* pode ser observada na perspetiva de Zapf e Einarsen (2020), que descrevem o primeiro como um conjunto de atitudes hostis reiteradas perpetradas por um agressor contra múltiplos alvos, enquanto o segundo se foca na vivência da vítima e na dimensão coletiva ou institucional do fenómeno. Este último caracteriza-se por exposição prolongada a comportamentos de desvalorização profissional, exclusão social e humilhação, muitas vezes sustentados por uma cultura organizacional tóxica. O *Mobbing* assume, assim, um carácter sistémico,

capaz de comprometer o bem-estar emocional e a estabilidade profissional da vítima. A exposição crónica a tais comportamentos origina, a médio e longo prazo, uma forma severa de vitimização. O termo Assédio tem um alcance mais abrangente, muitas vezes utilizado para referir diversas formas de violência laboral, onde é incluído o assédio sexual e episódios traumáticos pontuais. Em português, a designação "assédio moral no trabalho" consolidou-se como a mais adotada, por refletir com maior precisão a dimensão psicológica e reiterada da agressão. Embora apresentem diferenças subtis, os conceitos de *Mobbing*, *Bullying* e Assédio psicológico referem-se, em essência, a condutas abusivas sistemáticas com impacto psicológico significativo sobre a vítima, conforme sublinhado por Einarsen et al. (2020).

A definição sintetizada por Nielsen e Einarsen (2018) descreve o fenómeno como uma situação em que um trabalhador, ao longo do tempo, é exposto a comportamentos hostis por parte de um ou mais colegas, entre os quais podem incluir-se superiores ou subordinados, e se encontra em posição de desvantagem para oferecer uma defesa eficaz. Os elementos centrais desta definição incluem a intencionalidade, a frequência e a duração dos comportamentos, bem como o desequilíbrio de poder, seja hierárquico, relacional ou simbólico. Não se trata de um evento isolado, mas de um padrão persistente que compromete a dignidade, a integridade e a estabilidade emocional do trabalhador. A duração do *Mobbing* constitui um critério essencial para a sua definição, uma vez que permite distinguir episódios esporádicos de situações persistentes de violência psicológica. Em Portugal, João (2012), no estudo de validação da "Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT – 60)" aplicado a uma amostra de 3227 enfermeiros, demonstrou que o fenómeno apresenta uma expressão prolongada. Os resultados revelaram que 21,0% das vítimas referiram uma duração aproximada de seis meses, enquanto a maioria, 59,0%, indicou que a exposição aos comportamentos hostis se manteve por mais de um ano. De forma convergente, Teixeira e Dias (2015) analisaram a duração da vitimização entre enfermeiros e verificaram que 42,0% dos participantes assumiram já ter sido vítimas de *Mobbing*. Entre estes, 24,1% situaram a duração em cerca de seis meses, 10,3% em aproximadamente um ano, 6,9% afirmaram estar a viver a situação no momento da recolha de dados. Estes valores confirmam o carácter persistente do *Mobbing* e reforçam a ideia de que se trata de uma realidade crónica no contexto da enfermagem.

Se, por um lado, os estudos nacionais evidenciam a natureza prolongada do *Mobbing* e a sua cronicidade em contexto de Enfermagem, por outro, a análise do fenómeno em termos de prevalência — entendida como o número total de casos existentes numa população num dado momento ou período — revela disparidades significativas entre diferentes países e contextos institucionais, destacando a complexidade da sua mensuração e comparação. Já a incidência, que corresponde ao número de novos casos surgidos durante um intervalo temporal específico, é menos frequentemente reportada na literatura sobre *Mobbing*, mas permitiria avaliar o risco de desenvolvimento do fenómeno em contextos laborais distintos. Estudos internacionais ilustram esta disparidade: nos Estados Unidos, Collins et al. (2022) identificaram uma prevalência de 91,6% entre enfermeiros do Mississippi, enquanto na Eslovénia, Plos e Prosen (2022) apontaram para apenas 5,9%. Em Portugal, João et al. (2023) observaram uma prevalência de 46,4%, valor semelhante ao registado na Turquia por Ayakdas Dagli e Arslantas (2022), com 47%. Por outro lado, estudos na China (Yang & Zhou, 2021; Xia et al., 2023) e no Paquistão (Liaqat et al., 2021) apresentaram taxas mais baixas, respetivamente de 17,3%, 15,8% e 8,02%. Nos contextos de cuidados à pessoa em situação crítica, os dados apontam para prevalências especialmente elevadas. No Irão, Tsai e Chang (2022) identificaram uma taxa de 76% entre profissionais de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e Serviço de Urgência (SU). No Chipre, Aristidou et al. (2020) reportaram 68,1%, enquanto no Brasil, Sousa et al. (2021) referiram que 33% dos enfermeiros de UCI assumiram ter sido vítimas de *Mobbing*.

Apesar das variações nos dados, a literatura internacional reconhece o *Mobbing* como um fenómeno disseminado, com consequências substanciais para os profissionais e para os cuidados prestados (Anusiewicz et al., 2021; Molero Jurado et al., 2021). Embora o fenómeno possa ocorrer em qualquer profissão, revela-se mais frequente em contextos com elevada competitividade interna, desgaste emocional acentuado ou ausência de cultura ética institucional (Ruiz-González et al., 2019). Entre os grupos profissionais mais afetados destaca-se a Enfermagem (Aristidou et al., 2020; Collins et al., 2022; Serafin & Czarkowska-Paczek, 2019), com taxas de prevalência significativamente influenciadas pelos contextos organizacionais e culturais (Al-Ghabeesh & Qattom, 2019; Liaqat et al., 2021). Independentemente das percentagens específicas, a literatura converge na identificação do fenómeno como frequente e prejudicial, com repercussões na saúde

psicológica das vítimas, na dinâmica das equipas e na qualidade assistencial, o que, em muitos casos, origina a intenção de abandono da profissão (Piri et al., 2024; Serafin & Czarkowska-Paczek, 2019).

Após este desenho de resultados, a comprovar que o *Mobbing* pode acontecer em todas as culturas, latitudes e tipologias profissionais, será apresentada uma abordagem de caracterização deste fenómeno, em contexto sociocultural e profissional português, através do estudo prévio da análise fatorial de João (2012), cuja explicitação esquemática permitirá um acesso de compreensão simples e evidente.

1.1 Dimensões do *Mobbing*- abordagem a partir da Escala LIPT-60

O fenómeno de *Mobbing* foi estudado a partir de várias perspetivas e de diferentes desenhos metodológicos, conforme os contextos ético-sociais e culturais do país e da conceção do fenómeno em si. Assim, e como pode ser esperável em investigação, as equipas podem criar os seus próprios instrumentos, para operacionalizar o fenómeno como uma variável estudável, no sentido de ser perceptível e sempre que possível quantificável. Como consequência, foram surgindo diversos instrumentos, nomeadamente: Negative Acts Questionnaire – Revised (NAQ-R), Workplace Bullying Inventory (WBI), Psychological Harassment Questionnaire (PHQ), Work Harassment Scale (WHS), a Escala Cisneros e também a Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT-60).

Foi desta forma que se tornou claro que as condutas de *Mobbing* se manifestam de diversas formas. Na Escala LIPT-60 (Leymann Inventory of Psychological Terrorization), (Rivera & Abuín, 2005), adaptada por João (2012), identifica nove Dimensões ou fatores de *Mobbing*, que abrangem esse leque de comportamentos e atitudes hostis no contexto de trabalho (Tabela 1). A este propósito importa mencionar, e como adiante se discutirá, que há três conceitos pertinentes para melhor reconhecer o fenómeno de *Mobbing* e as diferentes formas como se expressa. Ele pode reconhecer-se através de comportamentos, atitudes e formas de oralidade.

Assim, neste estudo assume-se comportamento como o conjunto de ações observáveis de um indivíduo em resposta a estímulos internos ou externos, influenciadas por fatores biológicos, psicológicos e sociais (Pérez-Álvarez M., 2018). Atitude é entendida

como uma disposição interna relativamente estável que orienta as respostas perante pessoas, objetos ou situações, integrando componentes cognitivas, afetivas e comportamentais (Fishman et al., 2021). Já a expressão oral corresponde à capacidade de comunicar ideias, sentimentos e informações de forma clara e adequada ao contexto, através da fala e de elementos para linguísticos, incluindo a prosódia, que envolve ritmo, entoação e intensidade da voz (Costigan & Brink, 2020). Após esta definição de termos é possível compreender as Dimensões que se apresentam, e que segundo João, 2012 foram assumidas como: Desprestígio Laboral, Isolamento, Ataques Diretos, Desprestígio Pessoal, Manipulação Profissional, Bloqueio ao Progresso, Difamação, Bloqueio à Comunicação e Intimidação (João, 2012).

Tabela 1 - Apresentação esquemática das Dimensões e respectivos itens da Escala LIPT-60 (González de Rivera & Rodríguez-Abuín 2005) adaptada por João (2012) por Dimensão

Dimensão	Item	Descrição
Desprestígio Laboral	28	O seu trabalho é avaliado de forma parcial, injusta e mal-intencionada
	29	Suas decisões são sempre questionadas ou contrariadas
	33	Cortam-lhe as suas iniciativas, não lhe permitem desenvolver as suas ideias.
	49	Entregam relatórios confidenciais e negativos sobre si, sem o avisarem nem lhe darem uma oportunidade de se defender
	54	Calam ou minimizam os seus esforços, êxitos e sucessos
	55	Ocultam as suas habilidades e competências especiais
	56	Exageram as suas falhas e erros
	57	Informam mal sobre a sua permanência e dedicação
	58	Controlam o seu horário de uma forma muito restrita
	59	Quando solicita uma autorização, seminário/formação ou atividade à qual tem direito, negam-lho ou colocam-lhe obstáculos e dificuldades
Isolamento	60	Provocam-no para o obrigar a reagir emocionalmente
	10	Não olham para si, ou então olham no com desprezo ou gestos de recusa
	11	Ignoram a sua presença, não respondem as suas perguntas
	12	As pessoas têm deixaram ou estão a deixar de se dirigir a si ou de falar consigo
	13	Não consegue falar com ninguém, todos o evitam
	14	Atribuem-lhe um lugar de trabalho que o mantém isolado do resto dos seus colegas
	15	Proíbem os seus colegas de trabalho de falar consigo
Ataques Diretos	16	Em geral, ignoram-no e tratam-no como se fosse invisível
	31	Fazem-lhe declarações, insinuações ou gestos sexuais
	40	Ameaçam-no com violência física
	41	Recebe ataques físicos leves, como advertência.
	42	Atacam-no fisicamente sem nenhuma consideração
	43	Proporcionam-lhe gastos, de propósito, para o prejudicar
Desprestígio Pessoal	44	Provocam-lhe danos na sua casa ou no seu lugar de trabalho
	45	Recebe agressões sexuais físicas diretas
	46	Ocasionam danos nos seus bens ou à sua viatura
	20	Tratam-no como se fosse um doente mental ou dão a entender que o é
	21	Tentam obrigá-lo a fazer um exame psiquiátrico ou uma avaliação psicológica
	22	Riem-se de alguma malformação ou defeito físico que possa ter
	23	Imitam a sua forma de andar, a sua voz, os seus gestos para o ridicularizar
Manipulação Profissional	24	Criticam ou riem-se das suas convicções políticas ou das suas crenças religiosas
	26	Ridiculizam ou riem-se da sua vida privada
	30	Gozam-com a sua nacionalidade, procedência ou lugar de origem
	47	Manipulam as suas ferramentas de trabalho (por ex., apagam ficheiros de seu computador)
	48	Privam-no de alguns dos seus bens, documentos ou ferramentas de trabalho
Bloqueio Profissional	50	As pessoas que o apoiam recebem ameaças, ou pressões para se afastarem
	51	Devolvem, abrem ou intercetam a sua correspondência
	52	Não lhe passam os telefonemas, ou dizem que não está
	53	Perdem ou esquecem os seus pedidos ou encargos para si
	27	Atribuem-lhe um trabalho humilhante
	32	Não lhe atribuem tarefas novas, não tem nada para fazer
	34	Obrigam-no a fazer tarefas absurdas ou inúteis
	35	Atribuem-lhe tarefas muito inferiores à sua competência
	36	Sobrecarregam-no sem cessar com tarefas novas e diferentes
Difamação	37	Obrigam-no a realizar tarefas humilhantes
	38	Atribuem-lhe tarefas para as quais não está preparado, pelo que é muito provável que fracasse ao realizá-las
	39	Obrigam-no a realizar trabalhos nocivos ou perigosos
	6	Criticam a sua vida privada
	17	Caluniam-no e falam nas suas costas
Bloqueio à Comunicação	18	Fazem circular rumores falsos ou infundados sobre si
	19	Ridicularizam-no, gozam consigo
	25	Ridiculizam ou riem-se da sua vida privada
	1	Seus superiores não lhe deixam se expressar ou dizer o que tem que dizer
	2	Interrompem-no quando fala
Intimidação	3	Os seus colegas colocam-lhe entraves para se expressar ou não o/a deixam falar
	4	Gritam-lhe ou repreendem-no em voz alta
	5	Criticam o seu trabalho
	7	Recebe telefonemas ameaçadores, insultantes ou acusadores
	8	Ameaçam-no verbalmente
	9	Recebe escritos e notas ameaçadoras

Cada uma destas Dimensões refere-se a um conjunto específico de ações de *Mobbing*. O Desprestígio Laboral consiste na desvalorização ou desacreditação do desempenho profissional da vítima, por exemplo, críticas injustas ao trabalho do Enfermeiro, negação de mérito pelos seus êxitos ou atribuição sistemática de erros, o que compromete a confiança nas suas competências. Vários Enfermeiros relataram este tipo de experiência, sentiam que os agressores colocavam em causa a sua autoridade técnica ou procuravam diminuir a sua credibilidade perante a equipa (Saraiva e Pinto, 2011). A Dimensão Isolamento diz respeito a estratégias de exclusão do Enfermeiro no ambiente laboral, não o informam de questões importantes, ignoram a sua opinião em discussões clínicas, ou afastam-no socialmente. Esse Isolamento intencional foi identificado em contextos de UCI, onde alguns Enfermeiros referem sentir-se colocados de parte pelos colegas ou superiores, o que dificulta a coesão do grupo e pode comprometer a troca de informações clínicas essenciais (Ruíz-González et al., 2020). Já os Ataques Diretos englobam ações de agressão explícita, frequentemente de natureza verbal, como gritar com o Enfermeiro, humilhá-lo em público ou proferir insultos e ameaças. Por exemplo, Enfermeiros de SU descrevem episódios em que foram repreendidos aos gritos perante outros profissionais e doentes, uma forma de *Mobbing* direto que causa grande constrangimento e medo (Al-Ghabeesh & Qattom, 2019). Tais ataques diretos podem também ser físicos, embora na Enfermagem isso seja menos frequente do que as formas verbais e psicológicas de agressão (Al-Ghabeesh & Qattom, 2019). O Desprestígio Pessoal relaciona-se com ataques à esfera pessoal e à dignidade do profissional, inclui gozar com as suas características individuais, crenças ou situações de vida, tentando envergonhá-lo ou diminuindo-o enquanto pessoa e não apenas como profissional. Um exemplo seria espalhar insinuações maliciosas sobre a vida privada do Enfermeiro ou ridicularizar a sua aparência ou condição de saúde; esse tipo de ataque pessoal foi mencionado em estudos onde as vítimas relataram sentir-se alvo de piadas depreciativas e boatos internos (Al-Ghabeesh & Qattom, 2019; Sousa et al., 2021). A Manipulação Profissional ocorre quando o agressor distorce ou controla situações de trabalho de forma ardilosa para prejudicar o Enfermeiro alvo. Inclui ações como alterar ou destruir ferramentas de trabalho, privar de documentos ou equipamentos essenciais, pressionar pessoas que a apoiam, intercetar correspondência, obstruir contactos e omitir tarefas ou informações. Estas práticas comprometem a execução das

funções, prejudicam a imagem profissional e contribuem para o isolamento organizacional. Enfermeiros em UCI já relataram sentir que certos superiores utilizavam o seu poder de forma arbitrária, o que restringia a autonomia na tomada de decisão ou na não disponibilização de recursos necessários, como forma de *Mobbing* (Ruíz-González et al., 2020; Al-Ghabeesh & Qattom, 2019). O Bloqueio ao Progresso é outra Dimensão crítica, caracterizada pela obstrução das oportunidades de desenvolvimento na carreira da vítima, através da negação de formações, promoções ou progressão funcional. Frequentemente, são atribuídas tarefas humilhantes ou desajustadas face às suas competências (Sousa et al., 2021). A Difamação, Dimensão próxima do Desprestígio Pessoal, refere-se especificamente à circulação de boatos e falsas informações para manchar a reputação do Enfermeiro. De facto, a Difamação surge como uma forma de *Mobbing* comum entre Enfermeiros. A propagação de rumores é identificada como uma prática de intimidação frequente vivenciada pelas vítimas (Sousa et al., 2021). O Bloqueio à Comunicação refere-se a comportamentos sistemáticos e repetitivos que impedem ou limitam o fluxo normal de comunicação entre a vítima e os seus colegas, superiores ou outros elementos da organização. É uma estratégia de silenciamento e exclusão, esta é utilizada de forma dissimulada para evitar consequências formais ou disciplinares ao agressor (João & Portelada, 2016; Teixeira & Dias, 2015). Por fim, a Intimidação premeia várias das Dimensões anteriores e diz respeito à indução do medo na vítima, seja por meio de ameaças diretas, ou através de um ambiente de terror psicológico constante. A Intimidação, frequentemente assume a forma de atos subtis e repetidos, que fazem o Enfermeiro sentir-se vulnerável e impotente (Al-Ghabeesh & Qattom, 2019).

Estas nove Dimensões do *Mobbing* delimitam, um panorama abrangente das práticas abusivas enfrentadas pelos Enfermeiros. Importa destacar que, embora nos estudos internacionais realizados em contextos de EPSC, nomeadamente no Brasil (Sousa et al., 2021), no México (Ruiz-González et al., 2020) e na Jordânia (Al-Ghabeesh & Qattom, 2019), não tenha sido utilizada a Escala LIPT-60 como instrumento de recolha de dados, é possível, ainda assim, extrair informações relevantes sobre os comportamentos de *Mobbing* mais frequentemente experienciados pelos profissionais. Nestes estudos, os dados obtidos por meio de questionários adaptados ou construídos especificamente para o respetivo contexto permitiram identificar categorias de comportamentos que,

apesar da nomenclatura distinta, são conceptual e funcionalmente comparáveis às Dimensões analisadas pela LIPT-60. Em estudos nacionais conduzidos por João e Portelada (2016) e Teixeira e Dias (2015), as Dimensões de *Mobbing* mais frequentemente identificadas pelos Enfermeiros foram o Bloqueio à Comunicação, o Desprestígio Laboral e Difamação. Estas Dimensões evidenciam comportamentos subtilmente hostis que afetam a fluidez da interação profissional e a valorização do desempenho técnico. Em contraste, as Dimensões menos reportadas nas referidas investigações foram os Ataques Diretos e o Desprestígio Pessoal, o que poderá refletir uma maior prevalência, de formas dissimuladas e indiretas, de Assédio no contexto da Enfermagem em Portugal.

Vários autores (Al-Ghabeesh & Qattom, 2019; João, 2012; Plos et al., 2022) confirmam a presença de comportamentos, correspondentes a todas essas Dimensões, no quotidiano da Enfermagem, desde os insultos e críticas públicas até às intrigas de bastidores e ao afastamento, o que evidencia a complexidade do fenómeno e a necessidade de reconhecê-lo em todas as suas formas, para que possa ser combatido. A avaliação do *Mobbing* através da Escala LIPT-60 (Leymann Inventory of Psychological Terrorization) (González de Rivera & Rodríguez-Abuín 2005) adaptada por João (2012) permite, para além da análise dimensional, a obtenção de índices globais que sintetizam a diversidade, frequência e intensidade dos comportamentos experienciados. Estes índices, o Número de Estratégias de Assédio Psicológico (NEAP), o Índice Global de Assédio Psicológico (IGAP) e o Índice Médio de Assédio Psicológico (IMAP), foram propostos por González de Rivera e Rodríguez-Abuín (2005) como parâmetros fundamentais para caracterizar o fenómeno de forma integrada. O NEAP expressa o número de comportamentos distintos assinalados, o IGAP corresponde à intensidade média global, enquanto o IMAP reflete a intensidade média apenas dos comportamentos efetivamente vividos. Em Portugal, diversos estudos aplicaram estes índices à população de enfermeiros. Em 2009, num estudo realizado por Carvalho, numa amostra de 399 enfermeiros, verificou que, em média, cada profissional experienciava 11 comportamentos de *Mobbing*, com um efeito global reduzido (IGAP=0,24) e intensidade baixa a moderada (IMAP=1,32). Resultados semelhantes foram encontrados por Saraiva e Pinto (2015), onde uma amostra de 143 enfermeiros reportou em média oito comportamentos de Assédio, também com efeito reduzido (IGAP=0,20) e intensidade

baixa a moderada (IMAP=1,37). A validação da LIPT-60 em Portugal, realizada por João (2012), com 3227 enfermeiros, confirmou a robustez dos índices globais, o que apresenta elevada consistência interna da Escala ($\alpha=0,97$). Na sequência, João e Portelada (2016) demonstraram que 88,9% dos enfermeiros reportaram pelo menos um comportamento de *Mobbing*, embora apenas 18,3% se assumissem como vítimas formais. Em média, cada enfermeiro referiu 11 comportamentos, confirmando a importância dos índices globais na leitura da discrepância entre vivência objetiva e percepção subjetiva do Assédio. O *Mobbing*, enquanto fenómeno complexo de natureza relacional, não se restringe apenas aos comportamentos hostis que o caracterizam, mas resulta sobretudo da interação entre diferentes intervenientes.

1.2 Intervenientes

O fenómeno do *Mobbing* caracteriza-se por uma dinâmica complexa que envolve múltiplos intervenientes com papéis distintos: vítimas, agressores e espetadores.

1.2.1 As Vítimas

Certas condições tornam alguns Enfermeiros mais vulneráveis ao *Mobbing*. A idade jovem e menor experiência profissional emergem como fatores de risco importantes. Os Enfermeiros, mais novos e recém-formados, tendem a relatar taxas superiores de *Mobbing* (Andrade et al., 2022; Ruíz-González et al., 2020). Essa vulnerabilidade pode ser atribuída à falta de experiência, menor poder hierárquico e maior dificuldade em lidar com dinâmicas de grupo ou situações de conflito. Por outro lado, alguns dados sugerem, que a permanência prolongada no mesmo serviço, também pode associar-se à vitimização (Sousa et al., 2021). Esta aparente contradição pode refletir dinâmicas distintas, os recém-formados sofrem por integração precária e baixo poder (Ruíz-González et al., 2020), enquanto alguns veteranos podem enfrentar conflito com novas lideranças ou isolamento em equipas desgastadas (Sousa et al., 2021).

Uma vez que a Enfermagem é uma profissão maioritariamente feminina, muitos estudos reportam percentagens elevadas de mulheres entre as vítimas de *Mobbing* (Andrade et al., 2022; Atta et al., 2024; Ayakdas Dagli & Arslantas, 2022; Plos & Prosen, 2022), o que reflete de algum modo a demografia da profissão de Enfermagem. O género feminino constitui um fator associado a taxas mais elevadas de Assédio, sobretudo entre Enfermeiras divorciadas ou viúvas, o que sugere menor apoio familiar ou estigma social

nessas situações (Ayakdas Dagli & Arslantas, 2022). Contudo, outros autores encontraram cenários distintos em que os Enfermeiros do género masculino reportam níveis superiores de Assédio (Aristidou et al., 2020; Mendes & Veiga, 2023). Estas discrepâncias podem ser explicadas por fatores culturais e organizacionais, em certas culturas hospitalares os homens podem tornar-se alvos de isolamento, uma vez que estão em minoria na equipa de Enfermagem, noutros casos, pode refletir diferenças de perceção do fenómeno entre géneros. Em suma, o género feminino continua associado à vitimização na maioria dos estudos, mas não é uma regra universal. O género masculino não garante proteção e pode até, em ambientes específicos, conferir vulnerabilidade. Para além de ser jovem ou mulher, outros atributos pessoais e profissionais têm sido ligados ao perfil das vítimas. Há evidências de que Enfermeiros, com menor nível hierárquico ou contrato laboral precário, sofrem mais Assédio (João e at., 2023; Varytis & Giannouli, 2023). Os Enfermeiros, com menos formação e mais jovens, vivenciam mais *Mobbing* do que aqueles com grau académico superior (Liaqat et al., 2021). Tais resultados sugerem que, menor qualificação, pode implicar menor poder dentro da equipa, e maior exposição a tratamento abusivo. Paradoxalmente, há contextos em que ter, maior formação académica, foi associado a maior vitimização (Ayakdas Dagli & Arslantas, 2022). Segundo os autores, Enfermeiros com elevada qualificação académica, podem ser percecionados como uma ameaça à hierarquia institucional ou como motivo de inveja, o que os expõe a condutas hostis por parte de colegas com menor qualificação. De igual forma, Enfermeiros com funções especializadas em serviços muito exigentes, nomeadamente os que trabalham em UCI e SU, apresentaram índices de *Mobbing* superiores àqueles de serviços gerais (Andrade et al., 2022; Ayakdas Dagli & Arslantas, 2022; Tsai & Chang, 2022). Nos estudos conduzidos por Ayakdas Dagli & Arslantas (2022) e João et al. (2023), os Enfermeiros que trabalham por turnos experienciam níveis de *Mobbing* mais elevados.

Outra faceta relevante no perfil das vítimas diz respeito a traços individuais e fatores psicossociais. Certos traços psicológicos podem predispor o profissional a tornar-se alvo de *Mobbing*. Os Enfermeiros, com elevada sensibilidade à ansiedade e menor inteligência emocional, apresentam maior incidência de *Mobbing* percebido (Mendes & Veiga, 2023). Estas características podem significar que o profissional tem mais dificuldade em gerir o *stress* ou afirmar-se perante colegas abusivos, o que o torna um “alvo fácil”. Além disso,

algumas vítimas têm perfis marcados por autoavaliações negativas e medo (Andrade et al.,2022). A falta de suporte social, bem como, os conflitos interpessoais não resolvidos, potenciam dinâmicas de grupo disfuncionais, onde um ou mais indivíduos são isolados e atacados.

1.2.2 Os Agressores

Tal como as vítimas, os agressores em situações de *Mobbing* apresentam padrões identificáveis nas investigações, embora variem consoante a cultura e a estrutura hierárquica de cada organização de saúde. Em termos de características individuais, os agressores tendem a exibir traços de narcisismo e falta de maturidade emocional, bem como níveis reduzidos de inteligência emocional (Molero Jurado et al., 2021). Quanto às motivações subjacentes, as evidências sugerem que o *Mobbing* pode ser impulsionado por inveja ou ciúme em relação ao visado, pelo desejo de afirmar autoridade quando a vítima não se mostra submissa, e até pela resistência dos agressores a mudanças ou ideias inovadoras trazidas por colegas (Mendes & Veiga, 2023; Sousa et al., 2021). Desta forma, o *Mobbing* pode afetar qualquer trabalhador dentro de uma organização, independentemente da sua posição hierárquica. Contudo, vários estudos indicam que Enfermeiros, em posições hierárquicas mais baixas, estão mais expostos a comportamentos de *Mobbing* (João et al; 2023; Serafin & Czarkowska-Paczek, 2019; Varytis & Giannouli, 2023). O *Mobbing* tende a envolver uma relação de poder desequilibrada, em que os perpetradores ocupam posições de vantagem face às vítimas (Aristidou et al., 2020). Frequentemente, o agressor é alguém da própria equipa de Enfermagem com maior antiguidade ou autoridade hierárquica sobre o alvo (Ruíz-González et al., 2020). De facto, várias investigações descrevem o fenómeno como uma forma de *Assédio descendente*: gestores, chefes de equipa ou Enfermeiros-chefes que usam a sua posição para humilhar, sobrecarregar ou isolar subordinados (Mendes & Veiga, 2023; Ruíz-González et al.,2020; Sousa et al.,2021). Estes resultados ecoam a realidade de muitos serviços de saúde, onde o Enfermeiro gestor ou coordenador pode, através de estilos de liderança autoritários ou abusivos, ser o principal perpetrador de *Assédio* sobre a sua equipa. Adicionalmente, ambientes com gestão ineficaz e pressão institucional tendem a gerar líderes agressivos e com pouca empatia, o que contribui para a perpetuação de ciclos de violência psicológica (Sousa et al., 2021). Contudo, se é

verdade que o agressor típico é um superior direto, também há situações de *Mobbing* horizontal e mesmo ascendente, ainda que menos comuns. Em certos contextos, a violência psicológica manifesta-se principalmente entre pares (Plos et al., 2022; Yoo & Ahn, 2020). Ou seja, o agressor pode ser um membro da equipa com semelhante posição hierárquica, mas que exerce influência informal ou age em conluio com outros. Nessas situações de *Mobbing* horizontal, são comuns táticas como boatos maliciosos, exclusão social ou sabotagem do trabalho (Plos et al., 2022). Além disso, não raramente o *Mobbing* assume carácter grupal, com vários membros da equipa alinhados contra um indivíduo (Mendes & Veiga, 2023), “*Mobbing*” no verdadeiro sentido de “cercar em bando”. Esse Assédio coletivo pode ser particularmente devastador, pois a vítima enfrenta não um, mas vários perpetradores coordenados, o que intensifica o isolamento e a pressão psicológica. Em alguns casos, verifica-se quase uma transmissão geracional de comportamentos: Enfermeiros que foram vítimas no passado podem adotar práticas semelhantes quando ascendem a posições de poder, o que perpetua o ciclo de abuso (Piri et al., 2024).

Em termos do género dos agressores, dada a dominância feminina na profissão, muitos dos perpetradores identificados são também mulheres (Plos & Prosen, 2022). Embora possa mais uma vez refletir o predomínio de mulheres na Enfermagem, sugere que o fenómeno não é restrito a homens ou a perfis estereotipados de personalidade agressiva. Pelo contrário, pode emergir de Enfermeiras experientes ou em cargos de liderança que, por *stress*, esgotamento ou modelo de gestão inadequado, adotam comportamentos de intimidação sobre colegas mais frágeis.

Embora o foco principal seja o *Mobbing* entre profissionais de Enfermagem, outros profissionais de saúde também são agressores em casos de Assédio contra Enfermeiros. Existem relatos de médicos que praticam *Mobbing* sobre Enfermeiros (Mendes & Veiga, 2023). A relação médico-enfermeiro, quando marcada por desrespeito e abuso de autoridade, é também um eixo de *Mobbing* a considerar. Os médicos podem excluir deliberadamente Enfermeiros da comunicação, depreciar o seu trabalho perante os outros elementos da equipa ou culpá-los injustamente por erros, o que gera um ambiente de hostilidade contínua.

À luz da evidência previamente apresentada, os agressores no *Mobbing* em Enfermagem situam-se frequentemente em posições de poder. Utilizam estratégias de coerção

psicológica como gritos, críticas públicas, sobrecarga de trabalho propositada, isolamento e rumores, para afirmar controlo ou punição sobre a vítima. Muitas vezes o objetivo do *Mobbing* é forçar a vítima a sair do serviço ou da instituição (Collins et al., 2022). Ao contrário do agressor psicopata caricaturado por vezes na comunicação social, na vida real, estes indivíduos operam dentro de normas desviantes da cultura institucional. Quando a organização tolera ou incentiva estilos autoritários, a linha entre gestão firme e Assédio torna-se ténue, o que facilita o recurso a táticas de intimidação. Essa ligação entre o contexto organizacional e o perfil do agressor é enfatizada por vários autores (Serafin & Czarkowska-Paczek, 2019; Sousa et al., 2021). Os contextos laborais com fraca supervisão dos gestores, ausência de sanções para comportamentos abusivos e clima de competitividade exacerbada produzem mais agressores impunes. Por isso, a identificação do agressor, não deve levar apenas à culpabilização individual, mas principalmente à responsabilização das lideranças de topo e recursos humanos em criar uma cultura de respeito.

1.2.3 Os Espectadores

Entre a díade vítima-agressor, insere-se uma terceira figura crucial nas dinâmicas de *Mobbing*: o espectador, também designado por testemunha. Os espectadores englobam todos os que, não são alvos diretos nem iniciadores do comportamento abusivo, presenciam ou têm conhecimento do *Mobbing* em curso. Na Enfermagem, estes espectadores são tipicamente os colegas de equipa que trabalham lado a lado com vítima e agressor, o que inclui muitas vezes outros membros da hierarquia de Enfermagem. O seu papel tem sido crescentemente estudado, pois reconhece-se que as reações ou a falta delas, por parte dos observadores, podem mitigar ou agravar as consequências do *Mobbing*, e até influenciar a sua perpetuação (Aristidou et al., 2020; Mendes & Veiga, 2023). Um primeiro aspeto a notar é que os comportamentos de Assédio raramente ocorrem às escondidas, pelo contrário, tendem a ser altamente visíveis dentro das equipas. Sendo que os maus-tratos verbais, as injustiças e humilhações acabam por ser percebidos pelos restantes elementos. Vários estudos revelam que uma proporção substancial de Enfermeiros declara ter testemunhado colegas a serem assediados (Aristidou et al., 2020; Sousa et al., 2021). No entanto, estar ciente do problema nem sempre se traduz em ação corretiva. Muitos espectadores adotam uma postura de inação

ou neutralidade aparente, que pode ser interpretada pela vítima como convivência com o agressor. De facto, uma característica comum em contextos de *Mobbing* prolongado é a vítima sentir-se isolada e sem apoio dos colegas (Molero Jurado et al., 2021). De acordo com Ruíz-González et al. (2020), as vítimas referem dificuldade em demonstrar as agressões e articular o problema. No entanto, quando os assediados tentam denunciar o *Mobbing*, nem sempre encontram apoio nos colegas (Molero Jurado et al., 2021). Este isolamento é deliberadamente reforçado pelo agressor, que frequentemente procura virar a equipa contra o alvo, e é agravado pelo silêncio dos demais. Assim, a omissão dos espectadores contribui para a eficácia do *Mobbing*, o que deixa a vítima desprotegida e reforça o poder do perpetrador.

Vários fatores ajudam a explicar, porque é que tantos colegas permanecem como espectadores passivos perante a prática de *Mobbing*. O medo é, sem dúvida, o motivo principal. Os colegas de trabalho temem represálias ou vir a ser os próximos alvos caso intervenham em defesa da vítima (Mendes & Veiga, 2023). No estudo português de João et al. (2023), as principais causas identificadas para o *Mobbing* incluíram não ceder a chantagens ou servilismos e solidarizar-se com colegas injustiçados, comportamentos pelos quais determinados Enfermeiros acabavam punidos pelos agressores. Em hierarquias marcadas por autoridade abusiva, enfrentar o agressor, sobretudo se este for o chefe, pode parecer arriscado ou inútil. Além disso, a normalização do fenómeno numa cultura institucional negativa leva à apatia quando o *Mobbing* se torna frequente. Alguns profissionais encaram-no, ainda que de forma desconfortável, como parte do trabalho e preferem não intervir. A subnotificação sistemática de casos cria um ambiente onde estes atos acabam por ser aceites, o que dificulta a sua prevenção e combate (Andrade et al., 2022). Ou seja, a falta de reação tanto ao nível individual, quanto organizacional, contribui para a continuidade do *Mobbing*, em que as organizações falham em agir e permitem a impunidade dos agressores (Machul et al., 2024). De facto, quando questionados, muitos Enfermeiros sentem falta de apoio institucional (Ayakdas Dagli & Arslantas, 2022; João et al., 2023). Essa lacuna de apoio deixa os colegas espectadores, sem referências ou encorajamento para intervir, o que perpetua o ciclo do silêncio.

Por outro lado, os espectadores não são necessariamente passivos e podem assumir um papel positivo e protetor caso haja condições para tal. A literatura sugere que, o apoio social funciona como amortecedor dos efeitos do *Mobbing*. As características pessoais

predispõem à vitimização, o que pode atenuar o *Mobbing*, se a pessoa perceber apoio suficiente por parte da família, amigos ou pessoas significativas (Molero Jurado et al., 2021). Em consonância com a argumentação precedente e transpondo para o contexto laboral, quando um Enfermeiro assediado sente que alguns colegas o apoiam, escutam e validam, o impacto psicológico negativo diminui (Piri et al., 2024). Esse apoio pode manifestar-se de várias formas, tais como colegas que consolam a vítima em privado, que a aconselham a reportar formalmente o caso, ou mesmo que servem de testemunhas em seu favor. Há evidências de que equipas, com forte solidariedade interna, conseguem conter o alcance do *Mobbing*, o que impede que a vítima fique completamente isolada (Molero Jurado et al., 2021). Quando gestores de topo deixam claro que denúncias serão acolhidas e agressores sancionados, os colegas ganham confiança para não permanecer cúmplices silenciosos. No entanto, muitos espectadores experienciam dilemas morais ao presenciarem injustiças. A literatura descreve reações emocionais negativas nos espectadores, como *stress*, culpa, sentimento de impotência e desgaste psicológico, como consequências por assistir repetidamente a colegas a serem humilhados ou maltratados (Al-Ghabeesh & Qattom, 2019; Andrade et al., 2022; Machul et al., 2024). Quando o ambiente laboral é tóxico, todos os membros da equipa acabam por ser afetados, mesmo os não diretamente visados (Machul et al., 2024). Os mesmos autores sublinham que o *Mobbing* corrói a atmosfera de trabalho e o espírito de equipa, com impacto no bem-estar emocional não só das vítimas, mas também dos colegas e da qualidade dos cuidados prestados. Relatos de Enfermeiros indicam que, quando prevalece o medo e a toxicidade, a confiança mútua entre colegas diminui, o que prejudica a coordenação do trabalho e a segurança do doente (Tsai & Chang, 2022). Assim, o papel do espectador não é neutro: ou ele ajuda a quebrar este ciclo através de apoio ativo à vítima e sinalização do problema, ou, se nada fizer, acaba por reforçar involuntariamente o agressor. Desta forma contribui para um clima de trabalho onde o *Mobbing* é banalizado, o que leva ao comprometimento dos objetivos da equipa de Enfermagem.

A compreensão dos intervenientes envolvidos no fenómeno do *Mobbing*, bem como das interações estabelecidas entre eles, revela-se fundamental para a elucidação dos mecanismos subjacentes à perpetuação desta forma de violência psicológica. Contudo,

reveste-se de ainda maior relevância a análise das consequências concretas decorrentes desta realidade no contexto profissional da Enfermagem.

1.3 Impactos

As repercussões, do *Mobbing* em Enfermagem, são profundas, afetam tanto o nível individual e o funcionamento das equipas como os resultados em saúde (Atta et al., 2024).

1.3.1 Impactos pessoais

Para as vítimas, as consequências psicológicas são as mais imediatas e evidentes. Segundo Sá (2008), o Assédio Moral contribui significativamente para o esgotamento emocional e a deterioração da saúde mental dos Enfermeiros, nomeadamente em contextos de elevada exigência profissional. As publicações apresentam/aludem a sentimentos consequentes como a ansiedade, insónia, depressão, pesadelos, medo, insegurança, irritabilidade, sentimentos de frustração, fracasso, impotência (Andrade et al., 2022; Machul et al., 2024; Zhou et al., 2025) e ideação suicida (Kabir et al., 2023). Estas consequências afetam também a vida pessoal e familiar da vítima. O isolamento em casa, frequentemente observado nestas situações, pode levar a um afastamento emocional, o que dificulta o diálogo e o apoio mútuo dentro da família (Piri et al., 2024). As discussões frequentes com cônjuges e filhos tornam-se uma consequência comum, pois o *stress* acumulado no trabalho acaba por ser transportado para o ambiente doméstico (Teixeira & Dias, 2015). Além disso, a ansiedade nas crianças pode surgir como um reflexo do clima de tensão vivido pelos pais, o que compromete o bem-estar familiar (Piri et al., 2024). Em alguns casos, surgem também queixas somáticas e problemas de saúde física associados ao *stress* prolongado, tonturas, cefaleias, distúrbios gastrointestinais ou agravamento de condições crónicas, o que ilustra o impacto holístico do *Mobbing* no enfermeiro (Mendes & Veiga, 2023). Como consequência direta desses problemas de saúde, o absentismo torna-se uma realidade frequente, com milhares de dias de ausência relacionados ao *Mobbing* (João et al., 2023).

1.3.2 Impactos profissionais

Do ponto de vista profissional, o *Mobbing* gera insatisfação no trabalho (Collins et al., 2022; Mendes & Veiga, 2023; Tsai & Chang, 2022) e pode comprometer o desempenho

(Atta et al., 2024). Muitos Enfermeiros assediados referem desmotivação e queda de produtividade (Andrade et al., 2022), sentem dificuldade em concentrar-se e em cumprir as tarefas com eficiência (Piri et al., 2024). Essa desmotivação individual reflete-se na dinâmica da equipa (Aristidou et al., 2020). O clima de trabalho torna-se tenso e disfuncional, a comunicação entre colegas fica prejudicada (Andrade et al., 2022), a confiança mútua é abalada e instala-se muitas vezes um ciclo vicioso de conflito e silêncio (Ruiz-González et al., 2019). Ou seja, o *Mobbing* não afeta apenas a vítima em isolamento, prejudica de igual forma a coesão e eficácia de todo o grupo de trabalho, na medida em que Enfermeiros intimidados tendem a retrair-se da colaboração e outros colegas podem sentir-se inseguros ou hesitantes em interagir, sobretudo se o agressor ocupa posição de chefia (Al- Ghabeesh & Qattom, 2019). Este ambiente conflituoso e fragmentado compromete a qualidade dos cuidados de Enfermagem. A literatura assinala (Atta et al., 2024; Machul et al., 2024; Piri et al., 2024) que onde há prevalência de *Mobbing*, há maior probabilidade de ocorrência de falhas na continuidade do cuidado, menor atenção ao detalhe e declínio nos padrões de segurança do doente. De facto, os próprios Enfermeiros reconhecem que, sob Assédio, ficam menos aptos a prestar cuidados (Yoo & Ahn, 2020), o que aumenta a ocorrência de erros ou omissões nos cuidados (Machul et al., 2024), e a satisfação dos doentes é negativamente afetada pela atitude menos empática e mais ansiosa de uma equipa sob *stress* (Ruíz-González et al., 2020; Yoo & Ahn, 2020). Outro efeito do *Mobbing* para os profissionais é o abandono da instituição ou da profissão. Diversos autores (Dapilah & Druye, 2024; Tsai & Chang, 2022; Xia et al., 2023) encontraram uma associação significativa entre sofrer de *Mobbing* e a intenção de pedir demissão ou mudar de emprego. Esta rotatividade de pessoal traz implicações graves para as equipas, implica a perda de profissionais experientes, sobrecarga dos que permanecem e dificuldades adicionais de dotação de pessoal, num setor já caracterizado por escassez de Enfermeiros (Anusiewicz et al., 2021; Tsai & Chang, 2022).

Portanto, as consequências do *Mobbing* extrapolam o indivíduo e comprometem a saúde organizacional do serviço, o que torna imperativo a necessidade de intervir sobre o problema para garantir um ambiente terapêutico seguro e humano. Neste contexto, e face à multiplicidade e gravidade das repercussões no plano pessoal, profissional e

organizacional, impõe-se compreender de que forma os enfermeiros reagem a estas vivências adversas.

1.4 Estratégias de *Coping* e respostas ao *Mobbing*

Face ao fenómeno do *Mobbing*, os Enfermeiros desenvolvem diferentes estratégias de *Coping*, que variam conforme a sua perceção do problema, o contexto organizacional e o apoio percebido. O *Coping* pode ser entendido como o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais utilizados pelo indivíduo, para lidar com situações avaliadas como exigentes ou ameaçadoras, com o objetivo de reduzir o sofrimento e restabelecer o equilíbrio psicológico (Yoo & Ahn, 2020). A literatura distingue entre estratégias de *Coping* ativas e passivas. As estratégias ativas consistem em respostas orientadas para a ação e resolução do conflito, como a denúncia formal do agressor, a procura de apoio junto de chefias ou colegas, ou a confrontação assertiva do comportamento hostil. Tais comportamentos revelam ser mais eficazes do que atitudes passivas, em que a vítima adota comportamentos de aceitação e resignação (Plos & Prosen, 2022). Em estudos conduzidos no Irão e na Coreia do Sul, os Enfermeiros que aplicaram estratégias proativas, como solicitar ajuda institucional ou reavaliar cognitivamente o conflito, apresentaram menores níveis de burnout, menor intenção de saída e maior controlo percebido da situação (Homayuni et al., 2021; Yoo & Ahn, 2020). Da mesma forma, o apoio emocional por parte de colegas e supervisores revelou-se um fator moderador importante, que funciona como recurso interno e coletivo de *Coping* eficaz (Molero Jurado et al., 2021; Aristidou et al., 2020). Em contexto de Cuidados Intensivos no Brasil, estratégias ativas institucionais, como mediação de conflitos, incentivo à denúncia e acompanhamento psicológico, foram referidas como eficazes, na contenção do fenómeno e na recuperação do equilíbrio emocional dos profissionais (Sousa et al., 2021).

As competências emocionais e o apoio social, emergem como fatores protetores importantes. Os indivíduos, com níveis mais elevados de inteligência emocional e uma perceção adequada de suporte social, sofrem menos efeitos negativos do *Mobbing* (Molero et al. 2021). A mediação exercida por estas variáveis permite uma maior regulação emocional e um ajustamento mais funcional ao ambiente hostil, o que

promove resiliência e diminuição do impacto psicossocial do assédio (Plos & Prosen, 2022). A autoeficácia, entendida como a crença na própria capacidade de lidar com desafios, surge igualmente como um fator protetor relevante. No estudo de Hsieh et al. (2019), realizado em Taiwan, observou-se que Enfermeiros com maior percepção de autoeficácia apresentavam menos sintomas depressivos e menor intenção de abandonar a profissão. Este dado reforça a importância da promoção de crenças de competência pessoal, como estratégia eficaz de *Coping*, face ao assédio no trabalho. No entanto, como sublinhado por Aristidou et al. (2020), a ausência de suporte, por parte das chefias e dos colegas, pode agravar substancialmente a vivência do *Mobbing*. Esta carência de apoio leva muitas vítimas a abandonar estratégias proativas e a adotar posturas de isolamento e resignação. A falta de confiança nos mecanismos institucionais empurra a vítima a adotar estratégias que incluem o silêncio, a renúncia, o afastamento voluntário, a evicção do agressor e, em casos extremos, o pedido de transferência ou saída do serviço. Em vários estudos, os profissionais indicaram que preferiam suportar a situação em silêncio para evitar agravamentos, o que contribuiu para sentimentos de impotência e sofrimento acumulado (Homayuni et al., 2021; Yang & Zhou, 2021). Estas estratégias de sobrevivência emocional, baseadas no silêncio e no afastamento, embora possam ser funcionais a curto prazo, estão associados a níveis elevados de *stress*, insónia e redução da produtividade (Dagli & Arslantas, 2022). Apesar do conhecimento dos vários canais institucionais de denúncia, os Enfermeiros evitam usá-los, preferem minimizar os comportamentos ou “aguentar” para não comprometer a sua posição hierárquica (Aristidou et al., 2020; Serafin & Czarkowska-Pączek, 2019). As consequências destas estratégias passivas foram identificadas em várias investigações (Alan et al., 2019; Ruíz-González et al., 2020), com graves consequências como maior incidência de exaustão emocional, despersonalização e vontade de abandonar a profissão. Existe uma forte associação entre ausência de *Coping* e diminuição do desempenho, o que aumenta a ocorrência de erros e baixa motivação (Al-Ghabeesh & Qattom, 2019). Por fim, Homayuni et al. (2021) destacam a influência de fatores pessoais como o efeito emocional negativo “*negative affect*” e a autoavaliação negativa “*core self-evaluations*” na maior vulnerabilidade ao *Mobbing*. Estes fatores afetam diretamente a percepção de controlo sobre a situação, o que condiciona a escolha das estratégias de *Coping* disponíveis.

Em contextos clínicos particularmente exigentes, como as UCI e SU, onde o *stress* e a rigidez hierárquica se intensificam, as estratégias de *Coping* são fortemente condicionadas pelo contexto organizacional. Num estudo realizado no México, onde os Enfermeiros relataram sentimentos de impotência perante situações de *Mobbing* é comum o recurso a estratégias de evitação e silêncio, motivado pelo receio de represálias e pela falta de confiança nos mecanismos formais de denúncia (Ruiz-González et al., 2019). De forma semelhante, Al-Ghabeesh e Qattom (2019), na Jordânia, constataram que, embora muitos profissionais afirmem conhecer os procedimentos institucionais para reportar o assédio, esses raramente são acionados de forma eficaz, o que revela uma discrepância significativa entre o conhecimento e a ação. Este fenómeno revela a fragilidade das políticas institucionais de prevenção e a necessidade de capacitar as equipas para uma resposta construtiva e segura.

Em suma, a forma como a equipa e a organização reagem ao *Mobbing* influencia significativamente o desfecho. Equipas que atuam como testemunhas solidárias, intervêm ativamente ou encorajam a vítima a denunciar, contribuem para o reforço do *Coping* ativo. Em contrapartida, o silêncio coletivo, a neutralidade ou a conivência agravam o isolamento e legitimam o agressor (Ruiz-González et al., 2020). A ausência de uma cultura de denúncia, por outro lado, leva a um sentimento generalizado de insegurança institucional (Serafin & Czarkowska-Pączek, 2019; Sousa et al., 2021).

A promoção de estratégias de *Coping* saudáveis, deve passar por formação em competências emocionais, criação de espaços seguros para expressão, políticas de tolerância zero e acompanhamento psicológico acessível. A implementação destes mecanismos é particularmente urgente nos contextos de cuidados à pessoa em situação crítica, onde a pressão assistencial e a exposição ao sofrimento aumentam a vulnerabilidade dos profissionais (Ayakdas Dagli & Arslantas, 2022; Sousa et al., 2021; Tsai & Chang, 2022).

Apenas com a existência de equipas conscientes e instituições comprometidas será possível quebrar o ciclo de vitimização e devolver à Enfermagem a dignidade e segurança que lhe são devidas. Neste sentido, se, por um lado, as estratégias de *Coping* permitem mitigar os efeitos do *Mobbing* ao nível individual, por outro, torna-se imprescindível compreender os contextos profissionais onde este fenómeno tende a emergir com maior intensidade.

1.5 Contextos socio-laborais vs *Mobbing*

A prestação de cuidados de EPSC, nomeadamente UCI e SU, configuram um ambiente profissional de elevada exigência física, emocional e cognitiva, suscetível ao surgimento de fenómenos de violência organizacional, entre os quais se destaca o *Mobbing* (Al-Ghabeesh & Qattom, 2019). Os estudos mais recentes (Andrade et al., 2022; Ayakdas Dagli & Arslantas, 2022; Sousa et al., 2021; Tsai & Chang, 2022), sublinham que os Enfermeiros que trabalham nestes contextos apresentam maior vulnerabilidade à exposição de comportamentos de *Mobbing*, quando comparados com os seus pares de outros serviços. Entre os fatores que contribuem para este risco acrescido, destacam-se o contacto contínuo com situações clínicas de alta complexidade, a responsabilização ética e técnica sobre decisões de vida ou morte, e a pressão associada a equipas frequentemente subdimensionadas para as necessidades assistenciais (Al-Ghabeesh & Qattom, 2019). Estes elementos, conjugados com culturas organizacionais hierarquizadas e, por vezes, permissivas face a condutas abusivas, potenciam a banalização da violência interpessoal no seio das equipas (Sousa et al., 2021; Ruiz-González et al., 2019). No contexto das UCI e SU, em que os Enfermeiros estão expostos a turnos prolongados e ritmos de trabalho intensos, estas condições são identificadas como facilitadoras do *Mobbing* (Ayakdas Dagli & Arslantas, 2022). A ausência de canais eficazes de comunicação e de lideranças protetoras tende a agravar esta problemática, o que contribui para culturas organizacionais marcadas pela normalização do abuso e da intimidação (Varytis & Giannouli, 2023). As consequências do *Mobbing* nestes contextos, são especialmente preocupantes, onde o trabalho de equipa coeso e a comunicação eficaz são literalmente questões de vida ou morte, a presença de Assédio mina a confiança entre colegas e compromete a qualidade dos cuidados, o que influencia negativamente a segurança do doente (Al-Ghabeesh & Qattom, 2019; Ruiz-González et al., 2019; Sousa et al., 2021).

A nível emocional, o *Mobbing* em contexto de EPSC está associado a quadros de exaustão emocional, burnout e intenção de abandonar a profissão (Ruiz-González et al., 2019; Sousa et al., 2021).

Os contextos de EPSC, como as UCI e SU, revelam-se particularmente propensos ao surgimento de *Mobbing*, dada a elevada exigência física, emocional e cognitiva que

impõem aos profissionais. A conjugação de fatores como a sobrecarga laboral, a pressão assistencial constante, a escassez de recursos humanos e a fragilidade das lideranças institucionais, contribuem para a normalização de comportamentos abusivos e para a erosão do clima organizacional. Estas dinâmicas não só comprometem a saúde mental dos enfermeiros, como colocam em risco a segurança dos cuidados prestados. Perante este cenário, torna-se urgente refletir sobre medidas eficazes de intervenção.

1.6 Prevenção

O fenómeno do *Mobbing* em Enfermagem assume proporções preocupantes à escala global, com registos consistentes de elevados níveis de Assédio moral em diferentes contextos culturais e institucionais (Hsieh et al., 2019; João et al., 2023; Molero Jurado et al., 2021; Piri et al., 2024; Varytis & Giannouli, 2023; Zhou et al., 2025). As consequências deste fenómeno, que se estendem do desgaste psicológico dos profissionais à deterioração da qualidade dos cuidados prestados, estão amplamente documentadas na literatura (Zhou et al., 2025; Kabir et al., 2023; Machul et al., 2024). Neste enquadramento, torna-se evidente a necessidade urgente de adotar estratégias de prevenção eficazes, assentes na construção de ambientes de trabalho seguros, respeitadores e psicologicamente saudáveis (Al-Ghabeesh & Qattom, 2019; Atta et al., 2024; Molero Jurado et al., 2021; Serafin & Czarkowska-Pączek, 2019). Estes autores convergem na importância de implementar políticas institucionais que promovam o respeito mútuo, a comunicação aberta, a supervisão ativa e o apoio contínuo aos profissionais como pilares fundamentais para a prevenção do *Mobbing*.

De igual modo, estudos desenvolvidos em diferentes países (Al-Ghabeesh & Qattom, 2019; Ayakdas Dagli & Arslantas, 2022; Serafin & Czarkowska-Pączek, 2019) evidenciam o papel decisivo da liderança ética e da formação contínua na prevenção de comportamentos abusivos. Sublinham ainda a importância de lideranças vigilantes e capacitadas, particularmente em contextos de elevada pressão assistencial, onde os conflitos interpessoais tendem a intensificar-se. A supervisão ativa por parte dos gestores de Enfermagem, aliada à capacitação dos profissionais em competências relacionais e emocionais, emerge assim como estratégia essencial na construção de contextos protetores.

Paralelamente às medidas institucionais, a literatura tem demonstrado o contributo relevante de fatores intrapessoais na abordagem e prevenção do *Mobbing* (Hsieh et al., 2019; Molero Jurado et al., 2021; Piri et al., 2024; Ruíz-González et al., 2020). Destacam-se, neste âmbito, variáveis como a autoeficácia, a resiliência, a inteligência emocional e a perceção de apoio social, que não apenas reduzem a vulnerabilidade à vitimização, como potenciam respostas mais adaptativas perante ambientes de trabalho hostis (Ayakdas Dagli & Arslantas, 2022; Hsieh et al., 2019; Molero Jurado et al., 2021; Ruíz-González et al., 2020).

Ainda no domínio da prevenção, os programas formativos e os mecanismos institucionais de denúncia assumem particular relevância. Estudos realizados em diferentes países como Estados Unidos, Portugal, Irão e China, (Anusiewicz et al., 2021; João et al., 2023; Piri et al., 2024; Zhou et al., 2025) demonstram que ações educativas dirigidas à violência no trabalho, associadas a estruturas eficazes e acessíveis de denúncia, favorecem a deteção precoce de comportamentos abusivos e desencorajam potenciais agressores. Nestes estudos, destaca-se ainda a pertinência de formar os Enfermeiros em estratégias de *Coping* e comunicação assertiva, como medidas prioritárias para o empoderamento dos profissionais e mitigação do risco de vitimização.

Importa, no entanto, reconhecer o papel estrutural da cultura organizacional na génese e perpetuação do *Mobbing*. A literatura recente (João et al., 2023; Molero Jurado et al., 2021; Piri et al., 2024; Varytis & Giannouli, 2023; Zhou et al., 2025) aponta que contextos institucionais marcados por estruturas hierárquicas rígidas, elevada competitividade interna e normalização da violência simbólica favorecem significativamente a ocorrência de Assédio. Em contrapartida, organizações orientadas por princípios éticos, espírito colaborativo e valorização da dignidade dos profissionais tendem a apresentar menores índices de *Mobbing*.

É igualmente relevante sublinhar que, esta problemática não se circunscreve a uma realidade nacional ou regional. A análise dos diversos estudos aqui incluídos (Atta et al., 2024; Ayakdas Dagli & Arslantas, 2022; Kabir et al., 2023; Piri et al., 2024; Plos & Prosen, 2022; Ruíz-González et al., 2020; Varytis & Giannouli, 2023; Xia et al., 2023; Zhou et al., 2025) revela padrões de vulnerabilidade semelhantes entre Enfermeiros, apesar das particularidades culturais e organizacionais. Esta constatação reforça a necessidade de

uma abordagem transversal e colaborativa, sustentada na partilha internacional de boas práticas e na adaptação de estratégias eficazes aos contextos locais.

Desta forma, a prevenção do *Mobbing* em Enfermagem constitui uma responsabilidade coletiva, que envolve profissionais, equipas de trabalho e estruturas institucionais. Requer um compromisso efetivo com a saúde mental dos Enfermeiros, a segurança organizacional e a qualidade dos cuidados prestados. Para tal, impõe-se uma abordagem integrada que contemple ações formativas, liderança ética, fortalecimento da cultura organizacional e definição de políticas institucionais robustas. Apenas através de uma resposta multidimensional e sustentada será possível romper com o ciclo de violência silenciosa que ainda persiste em muitos contextos de trabalho em saúde.

CAPÍTULO II – ESTUDO EMPIRICO

1. METODOLOGIA

O enquadramento teórico desenvolvido no capítulo anterior proporcionou a aquisição de conhecimentos fundamentais que sustentaram a vertente empírica da presente investigação. Concluída a fundamentação teórica, impõe-se, de forma consequente, a apresentação da fase metodológica que orientou a condução do estudo.

1.1 Questão de investigação e Objetivos do estudo

Para o desenvolvimento deste estudo foi formulada a seguinte pergunta de investigação: ***“Qual o nível de prevalência de Mobbing e o respetivo impacto pessoal e profissional destas experiências, no contexto laboral, segundo a perceção da amostra de Enfermeiros na área da EPSC?”***

O objetivo geral do estudo visa analisar o nível de prevalência de *Mobbing* e o impacto pessoal e profissional, segundo a perceção da amostra no contexto laboral dos Enfermeiros na área da EPSC.

Objetivos específicos:

1. Conhecer a amostra do ponto de vista das variáveis sociodemográficas e profissionais.
2. Conhecer o nível de prevalência de *Mobbing*, no contexto laboral, segundo a perceção da amostra, de Enfermeiros na área da EPSC;
3. Analisar a relação entre variáveis sociodemográficas e profissionais da amostra e o nível de prevalência de *Mobbing*;
4. Conhecer as Dimensões de *Mobbing*, no contexto laboral, segundo a perceção da amostra, de Enfermeiros na área da EPSC;
5. Analisar a relação estatística entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e as Dimensões de *Mobbing*, nos contextos laborais dos Enfermeiros na área da EPSC;
6. Identificar características relativas aos intervenientes em processo de *Mobbing*, no contexto laboral, segundo a perceção da amostra de Enfermeiros na área da EPSC;
7. Conhecer o respetivo impacto pessoal das experiências de *Mobbing*, no contexto laboral, segundo a perceção da amostra de Enfermeiros na área da EPSC;

8. Conhecer o respetivo impacto profissional das experiências de *Mobbing*, no contexto laboral, segundo a perceção da amostra de Enfermeiros na área da EPSC;
9. Identificar as estratégias de *Coping* pós experiências de *Mobbing*, segundo a perceção da amostra, nos contextos laborais dos Enfermeiros na área da EPSC;
10. Conhecer as atitudes de prevenção que podem ser desenvolvidas, no sentido de minimizar e ou anular as experiências de *Mobbing*, no contexto laboral, segundo a perceção da amostra de Enfermeiros na área da EPSC.

1.2 Tipo de estudo

Para dar resposta aos objetivos formulados, foi desenvolvido um estudo de natureza mista (a primeira componente de metodologia quantitativa descritiva e analítica, e na terceira e quarta partes algumas questões, cujas respostas, exigem tratamento de análise de conteúdo). Este estudo, de carácter transversal e analítico, emerge a partir da análise aos dados recolhidos, através da aplicação do Instrumento de Recolha de Dados (IRD), “Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT – 60)” validado numa população de Enfermeiros portugueses (Carvalho, 2009; João, 2012) a partir do original (González de Rivera & Rodríguez-Abuín 2005). Este tipo de estudo permite uma compreensão mais abrangente dos fenómenos em análise, explora tanto a profundidade dos dados qualitativos quanto a generalização proporcionada pelos dados quantitativos. Um estudo descritivo procura reconhecer as características de um determinado fenómeno e descobrir possíveis associações entre as variáveis. (Vilelas, 2022)

Após classificar o tipo de estudo, identifica-se a seguir, a população de onde foi extraída a amostra em análise.

1.3 População e Amostra

A população deste estudo é constituída por todos os Enfermeiros que prestam cuidados na área da EPSC. A seleção da amostra foi do tipo não probabilística e por conveniência (Coutinho, 2018) e incluiu 226 Enfermeiros de três instituições hospitalares da região Norte do país, que cumpriram os seguintes critérios: exerceram funções na área da EPSC

há pelo menos seis meses e concordaram em participar na pesquisa durante o período de colheita de dados. Foram excluídos profissionais de outras áreas, estagiários e Enfermeiros que não consentiram em participar no estudo.

1.4 Instrumento de Recolha de Dados

A avaliação do *Mobbing* tem recorrido a escalas, que diferem na sua origem, número de itens, formato de resposta e dimensões contempladas. A Tabela 2, apresenta uma síntese dos Instrumentos de Recolha de Dados, mais referenciados na literatura científica internacional, com destaque para os respetivos autores, características estruturais e principais áreas de avaliação.

Tabela 2 - Apresentação esquemática da análise da literatura relativamente à disponibilidade de IRD para avaliação do Mobbing

Escalas	Autor(es)	N.º de Itens	Formato de Resposta	Principais Dimensões Avaliadas
Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT-45 / LIPT-60)	Heinz Leymann (1990, 1996); versão LIPT-60 por González de Rivera & Rodríguez-Abuín (2005)	45 (LIPT-45) / 60 (LIPT-60)	Likert 0–4 (versão LIPT-60); original dicotómico (sim/não)	Várias condutas de assédio agrupadas por Dimensões (ex.: desprestígio laboral, isolamento, difamação)
Negative Acts Questionnaire – Revised (NAQ-R)	Ståle Einarsen, Helge Hoel & Cary Cooper (2000; rev. 2009)	22	Likert 1–5	Condutas negativas interpessoais e laborais (físicas, verbais, relacionais)
Workplace Bullying Inventory (WBI)	Gary Namie & Ruth Namie (2004)	29	Likert 0–5	Intimidação e humilhação no local de trabalho
Psychological Harassment Questionnaire (PHQ)	Ángel Rodríguez-Carballeira, E. Escartín, J. Visauta, C. Porrúa & R. Martín-Peña (2010)	29	Likert 1–5	Assédio psicológico dividido por categorias comportamentais
Work Harassment Scale (WHS)	Bettina Di Martino, Hoel & Cooper (2003)	25	Likert 1–5	Comportamentos hostis e assédio organizacional
Escala Cisneros	Iñaki Piñuel y Zabala & Araceli Oñate (2002)	43	Likert 1–5	Incidência e impacto do assédio psicológico no trabalho
Bullying Risk Assessment Tool (BRAT)	Aryanne Oade (2011)	Variável (checklist)	Checklist / Escala ordinal	Riscos organizacionais e comportamentais associados ao bullying

Para alcançar os objetivos da investigação, e após análise das diversas escalas passíveis de aplicação, foi selecionada a Escala *Leymann Inventory of Psychological Terrorization*

(LIPT) (González de Rivera & Rodríguez-Abuín 2005), adaptada por João (2012), para a elaboração do Instrumento de Recolha de Dados (IRD) (Anexo II). A escolha justifica-se pelo facto de este instrumento constituir uma referência consolidada no estudo do *Mobbing*, pois apresenta elevada fiabilidade na identificação de comportamentos associados e possibilita uma análise detalhada das diferentes manifestações do fenómeno. A sua utilização em contextos laborais e culturais distintos, incluindo a Enfermagem em Portugal, reforça a adequação à amostra deste estudo. Importa ainda salientar que o autor original da Escala foi pioneiro na utilização do termo *Mobbing* para designar e sistematizar este tipo de violência organizacional.

A Escala Leymann Inventory of Psychological Terrorization – LIPT 60 (González de Rivera & Rodríguez-Abuín 2005) adaptada por João (2012), tem origem na Leymann Inventory of Psychological Terrorization - LIPT 45 (Leymann, 1989), a qual sofreu diversas modificações ao longo do tempo:

A LIPT-45 constituiu um dos primeiros instrumentos de avaliação sistemática do *Mobbing*, organizado em 45 atitudes/comportamentos de assédio psicológico, com registo dicotómico de ocorrência (sim/não). Estas atitudes agrupam-se em cinco Dimensões: Limitar a sua comunicação; Limitar o seu contacto; Difamá-lo diante dos seus colegas; Difamar a sua capacidade profissional e de trabalho e Comprometer a sua saúde. Posteriormente, a equipa espanhola, González de Rivera e Rodríguez-Abuín, identificou estratégias frequentes não contempladas na lista original e, por isso, acrescentou 15 itens (total = 60) e alterou o formato de resposta de dicotómico (sim/não) para Escala tipo Likert (0 = absolutamente nada a 4 = extremamente). Esta alteração permite capturar atitudes mais subtis e culturalmente prevalentes, não abrangidas na LIPT-45; graduar a intensidade de forma a evitar perdas de informação do formato dicotómico e melhorar a validade da avaliação do *Mobbing*. A nova versão passou a contemplar seis Dimensões (Desprestígio laboral; Entorpecimento do Progresso; Bloqueio da Comunicação; Intimidação Encoberta; Intimidação Manifesta; Desprestígio Pessoal), mantendo, ainda 10 itens sem alocação dimensional estável. Foram ainda definidos três índices globais a partir das respostas aos 60 itens:

- Número de Estratégias de Assédio Psicológico (NEAP): número total de estratégias de Assédio psicológico, obtido pela contagem simples de todas as respostas distintas de zero

(Absolutamente Nada), refere-se à diversidade de comportamentos de *Mobbing* experienciados.

- Índice Global de Assédio Psicológico (IGAP): é a soma dos valores assinalados em cada item, que dividido pelo número total de itens (ou seja 60), permite determinar o grau de afetação global de Assédio, corresponde à intensidade média global dos comportamentos de *Mobbing*.

- Índice Médio de Assédio Psicológico (IMAP): obtido através da soma dos valores assinalados em cada item da Escala, dividido pelo número total de respostas positivas. Este número é variável e é determinado pelo NEAP (soma dos valores) dividida pelo NEAP, mede a intensidade média apenas das condutas efetivamente presentes, sendo calculado exclusivamente para os respondentes que experienciaram pelo menos um comportamento de *Mobbing*.

Quanto mais elevados os valores de NEAP/IGAP/IMAP, maior é a variedade e a intensidade de condutas de *Mobbing*.

Em 2009, Carvalho adaptou e validou a Leymann Inventory of Psychological Terrorization- LIPT 60 (González de Rivera & Rodríguez-Abuín 2005), para uma população portuguesa de Enfermeiros em contexto hospitalar, com uma amostra de 399 participantes.

A adaptação portuguesa da Leymann Inventory of Psychological Terrorization- LIPT 60 (González de Rivera & Rodríguez-Abuín 2005) realizada por João (2012) envolveu a tradução certificada, aplicação a uma amostra nacional de 3.227 Enfermeiros e análise psicométrica detalhada. Embora a proposta original dos autores espanhóis previsse seis Dimensões, a análise fatorial exploratória na amostra portuguesa identificou nove Dimensões (Tabela 1): Desprestígio Laboral, Isolamento, Ataques Diretos, Desprestígio Pessoal, Manipulação Profissional, Bloqueio ao Progresso, Difamação, Bloqueio à Comunicação e Intimidação. O estudo reportou elevada consistência interna (alfa de Cronbach total = 0,97) e bons índices de fiabilidade em todas as Dimensões, exceto na de intimidação, que apresentou um valor inferior (alfa de Cronbach total = 0,67), mas aceitável.

Assim, foi construído este IRD, estruturado em quatro partes:

1. A primeira parte corresponde ao Termo de Consentimento Informado, no qual são apresentados ao participante os objetivos do estudo, a natureza voluntária da sua participação, bem como os princípios de confidencialidade e anonimato que

regem o tratamento dos dados recolhidos. A continuação do preenchimento do questionário estará condicionada à aceitação explícita deste consentimento, este requisito é obrigatório para garantir o respeito pelos direitos dos participantes e a conformidade com os princípios éticos da investigação em saúde (Anexo III).

2. Na segunda parte, a variável aqui assumida como objeto de estudo, o *Mobbing*, é operacionalizada, através de 60 itens (Tabela 1), que inserem a Escala Leymann Inventory of Psychological Terrorization-60 – LIPT 60 (González de Rivera & Rodríguez-Abuín 2005), adaptada por João (2012).
3. Na terceira parte, um Questionário de autopreenchimento: “*Reconhecimento de Contexto de Mobbing*” (RCMo, Amado & Veiga, 2024), que foi desenvolvido para este efeito pela equipa de investigação, a partir dos resultados da evidência científica, como consta no Construto Teórico do presente documento. Assim, foi estudada a fundamentação autoral para dar validade ao questionário, com o objetivo de analisar as variáveis relacionadas com o contexto em que ocorrem os comportamentos de *Mobbing* percebidas pelos Enfermeiros que prestam cuidados na área da Pessoa em Situação Crítica.
4. Na quarta parte, apresenta-se um questionário de autopreenchimento relativo às variáveis sociodemográficas e profissionais da amostra.

1.5 Procedimentos de Recolha de Dados

Foram solicitados pedidos de autorização, para recolha de dados, aos Serviços de Direção e das Comissões de Ética de quatro Unidades Locais de Saúde do Norte de Portugal, do que foi obtido o parecer positivo (Anexo V).

A partir dos conteúdos do despacho documental numa Unidade Local de Saúde, com retenção de solicitação entre janeiro e abril de 2025 (Anexo VI), a aplicação deste IRD previa-se mais morosa do que o projeto apresentado, pelo que foi solicitado à Comissão Científica do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica a compreensão deste contexto, e dela ter recebido o consentimento de prorrogação de entrega do documento de Tese (Anexo VII). Contudo, importa referir que, apesar do prolongamento obtido, não foi possível englobar a referida instituição, uma vez que a autorização do Conselho de Administração apenas foi emitida tardiamente. Face a esta

limitação temporal, a equipa de investigação optou pela não aplicação do IRD nessa unidade e decidiu prosseguir a investigação com as restantes três Unidades Locais de Saúde, de modo a garantir a continuidade e viabilidade do estudo.

A recolha de dados foi realizada por meio de uma plataforma digital, nomeadamente o Google Forms, que permitiu uma aplicação eficaz e segura Instrumento de Recolha de Dados. A sua aplicação ficou a cargo do investigador responsável, no contexto de cada unidade hospitalar, com garantia do cumprimento de todas as normas éticas, deontológicas e metodológicas inerentes à investigação científica.

1.6 Variáveis em estudo

A definição e caracterização das variáveis em estudo constituem um passo fundamental para assegurar a coerência metodológica e a validade da investigação. Foram estudadas as seguintes variáveis:

Variáveis sociodemográficas e profissionais: idade; género sexual; estado civil; ter filhos; habilitações académicas; posição hierárquica laboral; tipo de vínculo contratual; serviço onde exerce a atividade principal; tempo de exercício profissional, tempo no atual serviço (atividade principal); tipo de horário.

Variáveis de contexto profissional: satisfação profissional; avaliação do ambiente de trabalho no serviço; frequência em que se trabalha em equipa no serviço e intensão de mudar de serviço ou sair do local de trabalho. Este grupo de variáveis estão aqui em análise, por terem sido consideradas relacionadas com o contexto em que ocorrem os comportamentos de *Mobbing* percecionadas pelos Enfermeiros que prestam cuidados na área EPSC, e apresentadas na literatura, a partir dos resultados da evidência científica, como consta no Construto Teórico.

A variável assumida como objeto de estudo, o *Mobbing*, foi operacionalizada da seguinte forma:

- a) Identificada, através de 60 expressões comportamentais e atitudinais (os itens), tal como atrás se explicita, e que inserem a Escala, “Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT – 60)”

- b) Mensurada através da frequência temporal de ocorrência, já que a cada item/afirmação identificadora de um comportamento/atitude, corresponde uma Escala Likert, ordinal de concordância, em que 0 = Absolutamente Nada 1 = Um pouco 2 = Moderadamente 3 = Muito 4 = Extremamente.
- c) Para dar resposta ao objetivo “Conhecer o nível de prevalência de *Mobbing*, no contexto laboral, segundo a percepção da amostra, de Enfermeiros na área da EPSC; foram considerados, os elementos temporais apresentados na questão que pretende medir quanto tempo é que o respondente considera ter acontecido? E foi determinado, para esta investigação, ser assumida a seguinte sequência de 4 Níveis de Prevalência:
1. Nível Médio – Durante um período de 6 meses
 2. Nível Alto – Durante o período entre 7 a 12 meses
 3. Nível Muito Alto – Durante o período entre 13 a 36 meses
 4. Nível Extremamente Alto – Durante um período acima de 36 meses

1.7 Considerações Éticas

Este estudo foi desenvolvido em conformidade com os princípios da Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (2013), respeitando as normas éticas aplicáveis à investigação em seres humanos. Foram observados os seguintes artigos considerados pertinentes para o presente estudo:

- Artigo 7 (Valor da investigação): a investigação foi concebida com valor científico e social, de forma a aprofundar o conhecimento sobre o fenómeno do *Mobbing* em Enfermagem e contribuir para a melhoria das condições de trabalho dos profissionais de saúde.
- Artigo 9 (Prioridade ao bem-estar do participante): o bem-estar dos Enfermeiros participantes foi colocado acima dos interesses da ciência e da sociedade, o que permitiu assegurar que nenhum procedimento colocou em risco a sua integridade física, psicológica ou profissional.
- Artigo 12 (Protocolos de investigação): o projeto foi elaborado com base num protocolo de investigação, numa linguagem clara, submetido à apreciação da equipa de orientação científica e das respetivas Comissões de Ética inerentes às

instituições onde foi selecionada a amostra, de forma a garantir conformidade metodológica e ética.

- Artigo 16 (Aprovação por comissão de ética): previamente à recolha de dados, foram solicitados pareceres às Comissões de Ética das Unidades Locais de Saúde envolvidas, tendo sido obtidas as respetivas autorizações (Anexo V) para a aplicação do instrumento de recolha de dados.
- Artigo 19 (Consentimento livre e esclarecido): todos os respondentes foram devidamente informados sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios do estudo, tendo a participação ocorrido, apenas após a manifestação de consentimento livre, esclarecido e voluntário.
- Artigo 21 (Privacidade e confidencialidade): foi assegurada a proteção da privacidade dos Enfermeiros participantes, garantindo o anonimato e a confidencialidade das respostas recolhidas.

Após a seleção do IRD, foi solicitada autorização aos autores para a utilização da Escala Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT-60) (Anexo IV), e obtido o respetivo consentimento, acompanhado da especificação dos critérios éticos e metodológicos para o seu uso. O cumprimento dessas condições foi integralmente assegurado, o que garantiu o respeito autoral e metodológico. A observância destes princípios, permitiu que a investigação decorresse dentro dos padrões éticos, salvaguardou a dignidade, os direitos e a segurança dos participantes e reforçou o compromisso dos investigadores com as normas internacionais de proteção dos seres humanos em investigação.

1.8 Procedimentos de Análise de Dados

Procedeu-se à análise descritiva das variáveis com recurso a quadros de distribuição de frequências (no caso das variáveis nominais) e ao exame de algumas medidas tais como a média, desvio padrão, mínimo e máximo (no caso das variáveis de natureza quantitativa).

Foi analisada a fiabilidade interna das Dimensões obtidas na solução fatorial de João (2012) executada aos Enfermeiros portugueses da Escala LIPT-60. Essa análise foi obtida através do alpha de Cronbach, foram adotados os seguintes intervalos na sua

consideração: < 0,5 – Inaceitável; 0,5 a 0,6 – Pobre; 0,6 a 0,7 – Questionável; 0,7 a 0,8 – Aceitável; 0,8 a 0,9 – Bom; > 0,9 – Excelente (George & Mallery, 2003).

Procurou-se através das variáveis independentes género, idade, estado civil, ter filhos, habilitações académicas, posição hierárquica laboral, tipo de contrato, serviço onde exerce atividade, tempo de trabalho profissional e tipo de horário sinalizar diferenças estatisticamente significativas nas Dimensões de *Mobbing* do LIPT-60.

Para detetar diferenças estatisticamente Dimensões de *Mobbing* do LIPT-60, perspetivou-se a utilização de testes paramétricos (testes t de student para duas amostras independentes e teste 1-way ANOVA). Quando não se validou o pressuposto da normalidade populacional, adotaram-se as alternativas não paramétricas do teste Mann-Whitney e Kruskal-Wallis). Invocou-se o teorema do limite central para amostras de grande Dimensão ($n > 30$) para assumir a normalidade populacional em alguns grupos. Para examinar relações de interdependência entre as Dimensões de *Mobbing* do LIPT-60 e as variáveis ‘idade’, ‘tempo de trabalho profissional’ e ‘tempo no atual serviço, local principal de trabalho’ foram apresentados coeficientes de correlação de Pearson e respetivos níveis de significância estatística.

A mesma tipologia de análise inferencial foi utilizada para verificar diferenças ou associações na prevalência de *Mobbing*.

Visto a baixa representação das categorias ‘Enfermeiro Gestor’ e ‘Outro’ (na posição hierárquica laboral), da categoria ‘Viúvo’ (no estado civil) e da categoria ‘Doutoramento’ (nas habilitações literárias) optou-se pela sua não contemplação na análise inferencial. Esta opção foi tomada no sentido de simplificar a análise inferencial e potenciar a viabilização da execução de testes paramétricos.

Os níveis de significância utilizados como valor critério para a rejeição da hipótese nula, são 5% (0,05).

Todas as análises estatísticas e procedimentos de recodificação foram realizados com IBM SPSS Statistics 24.0 (Chicago, IL).

Relativamente às questões abertas, procurou-se captar o padrão dos temas abordados através de uma análise qualitativa de dados que contabilizasse a frequência das respostas e entendesse como se ramificava o discurso dos respondentes nessas respostas. Após uma codificação inicial, através da organização dos segmentos de textos em categorias, seguiu-se uma codificação focalizada, com seleção do material mais relevante, de acordo

com as categorias definidas posteriormente. Nesta estratégia de codificação focalizada e seletiva, as categorias temáticas não foram definidas antes da análise. Elas emergiram dos dados numa abordagem indutiva, os códigos foram atribuídos à medida que o investigador lia cada resposta.

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo, apresentam-se os resultados obtidos na fase de recolha de dados, organizados segundo a ordem dos objetivos formulados. Esta estrutura permite uma leitura mais clara e objetiva dos dados, ao mesmo tempo que respeita a lógica sequencial dos objetivos estabelecidos e os princípios orientadores da investigação.

2.1 Caracterização da Amostra

A amostra constituída por 226 Enfermeiros (Tabela 3), é maioritariamente do género feminino (77,0%), com uma média etária de 40,36 anos (DP = 9,45). A faixa etária com maior representatividade (46,9%) situa-se entre 35 e 44 anos. Relativamente ao estado civil, a maioria encontra-se em situação de conjugalidade, sendo 47,8% casados e 16,4% a viver em união de facto. Verificou-se ainda que 58,0% dos respondentes têm filhos. No que se refere às habilitações académicas, 34,5% possuem licenciatura, 10,2% pós-graduação, 35,0% mestrado, 0,9% doutoramento e 19,5% o título de especialista.

Tabela 3 - Apresentação dos valores absolutos e relativos das variáveis de caracterização sociodemográfica da amostra

		n	%
Género	Feminino	174	77.0
	Masculino	52	23.0
Escalaões Etários*	≤25 anos	4	1.8
	25 a 34 anos	56	24.8
	35 a 44 anos	106	46.9
	45 a 54 anos	41	18.1
	55 a 64 anos	17	7.5
	≥65 anos ou mais	2	0,9
Estado Civil	Solteiro	74	32.7
	Casado	108	47.8
	União de Facto	37	16.4
	Divorciado	6	2.7
	Viúvo	1	0.4
Tem filhos	Não	95	42.0
	Sim	131	58.0
Habilitações literárias	Licenciatura	78	34.5
	Pós-graduação	23	10.2
	Especialidade	44	19.5
	Mestrado	79	35.0
	Doutoramento	2	0.9

*Idade Media (40,36) DP (9,45); Min (22); Máx (66)

Pela análise da Tabela 4 a evidencia-se que, em termos de posição hierárquica, 69,5% dos enfermeiros respondentes assinalaram a categoria Enfermeiro, 27,9% assinalaram a categoria de Enfermeiro Especialista e 2,6% a de Enfermeiro Gestor. Dentro desta última Quanto ao tipo de vínculo contratual, a maioria detém contrato individual de trabalho sem termo (69,9%). Identificou-se que 42,0% dos enfermeiros acumulam funções em outros contextos laborais. A atividade principal é desenvolvida, maioritariamente, em UCI (57,5%). A prestação de cuidados em regime de turnos é predominante, o que abrange 87,6% da amostra. No que diz respeito à perceção do ambiente de trabalho, 47,8% classificam-no como bom ou muito bom, enquanto 38,9% o consideram razoável. A perceção de trabalho em equipa é expressiva: 72,6% indicam que frequentemente trabalham em equipa e 12,8% afirmam que tal ocorre sempre. Quanto à intenção de mudar de serviço ou abandonar o local de trabalho, no momento da aplicação do questionário, 58,0% dos respondentes indicaram não ter essa intenção.

A experiência profissional média é de 16,47 anos (DP = 8,47), e a média de tempo no serviço atual é de 9,44 anos (DP = 7,78), (Tabela b).

Tabela 4a - Apresentação dos valores absolutos e relativos das variáveis de caracterização profissional da amostra

	n	%
Posição Hierárquica Laboral	Enfermeiro	157 69.5
	Enfermeiro Especialista	63 27.9
	Enfermeiro Gestor	6 2.6
Tipo de vínculo contratual	Contrato de trabalho em Funções públicas (Lugar de quadro)	62 27.4
	Contrato individual de trabalho sem termo	158 69.9
	Contrato individual de trabalho a termo	6 2.7
Acumula funções em outros locais	Não	131 58.0
	Sim	95 42.0
Serviço onde exerce a sua atividade principal	Serviço de Urgência	96 42,5
	Cuidados Intensivos	130 57,5
Tipo de Horário que pratica	Fixo	28 12.4
	Turnos	198 87.6
Como avalia o ambiente de trabalho no seu serviço	Muito bom	26 11.5
	Bom	82 36.3
	Razoável	88 38.9
	Mau	18 8.0
	Muito mau	12 5.3
Com que frequência considera que se trabalha em equipa no seu serviço?	Sempre	29 12.8
	Frequentemente	164 72.6
	Raramente	31 13.7
	Nunca	2 0.9
Neste momento, tem intensão de mudar de serviço ou sair do seu local de trabalho?	Não	131 58.0
	Sim	49 21.7
	Talvez	46 20.4

Tabela 4 b - Apresentação dos valores de tendência central e de dispersão em relação ao tempo profissional e tempo no atual serviço

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Tempo de trabalho profissional (Anos):	16,47	8,47	0,5	43
Tempo no atual serviço, local principal de trabalho (Anos):	9,44	7,78	0,5	40

2.2 Nível de prevalência de *Mobbing*

O estudo do contexto de ser vítima de *Mobbing* no atual serviço (Tabela 5), permite constatar que 23,9% dos Enfermeiros viveram *Mobbing* no serviço onde estão, e destes, há 11,1% que indicam estar ainda a experienciar situações de assédio moral no momento da resposta ao questionário.

Nos casos em que o fenómeno foi reportado como ocorrido no passado, verificou-se que, em 31,5% das situações, a duração aproximada foi de 12 meses.

No que diz respeito ao Nível de Prevalência de *Mobbing*, verifica-se que 14 enfermeiros, (25.9% da amostra) assume ter vivido um Nível Médio de *Mobbing*, porque durou um período de 6 meses. A maioria, 31.5%, viveu um Nível Alto de *Mobbing*, porque durou um período entre 7 a 12 meses. Verificou-se que 10 enfermeiros (18.5%), assumiram ter sido vítimas de um Nível Muito Alto de *Mobbing* (entre 13 e 36 meses), e há mesmo 7 enfermeiros, que assinalaram ter sido vítimas, de um Nível Extremamente Alto de *Mobbing*, ou seja, durante mais de 36 meses.

Tabela 5 - Apresentação dos valores absolutos e relativos das variáveis da existência e Prevalência de Mobbing

		n	%
Vítima de <i>Mobbing</i> (n=226)	Não	172	76.1
	Sim	54	23.9
Tempo que durou o <i>Mobbing</i> (n=54)	Estou a ser vítima de <i>Mobbing</i>	6	11.1
	Durante um período de 6 meses	14	25.9
	Durante o período entre 7 a 12 meses	17	31.5
	Durante o período entre 13 a 36 meses	10	18.5
	Durante um período acima de 36 meses	7	13,0

2.3 Relação entre variáveis sociodemográficas e profissionais da amostra e o nível de prevalência de *Mobbing*

A partir das Tabelas 6 e 7, é possível constatar que não existem diferenças estatisticamente significativas na prevalência de *Mobbing* consoante a caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes. Considera-se que em média, a população que assume vitimização por *Mobbing* se situa em 12,89 meses, pese embora com um desvio de mais ou menos 8,21 meses. Visto a baixa representação das categorias 'Enfermeiro Gestor' e 'Outro' (na posição hierárquica laboral), da categoria 'Viúvo' (no estado civil) e da categoria 'Doutoramento' (nas habilitações literárias) optou-se pela sua não contemplação na análise inferencial. Esta opção foi tomada no sentido de simplificar a análise inferencial e potenciar a viabilização da execução de testes paramétricos.

Tabela 6 - Apresentação dos valores da média, desvio padrão, mediana e o valor de significância estatística (p) relativamente à relação entre a Prevalência de *Mobbing* (em meses) e as variáveis de caracterização sociodemográfica e profissional da amostra(n=54)

	Média	Desvio Padrão	Mediana	Teste utilizado	P
Geral	12.89	8.21	12.00		
Género					
Feminino	12.49	9.01	12.00	t de student para duas amostras independentes	0,551
Masculino	13.76	6.28	12.00		
Estado Civil					
Solteiro	10.77	4.60	12.00	Kruskal-Wallis	0,767
Casado	14.32	9.30	12.00		
União de Facto	13.71	11.73	12.00		
Divorciado	16.00	12.49	12.00		
Tem Filhos					
Não	11.28	6.26	12.00	t de student para duas amostras independentes	0,184
Sim	14.28	9.48	12.00		
Habilitações Literárias					
Licenciatura	13.13	10.21	9.00	Kruskal-Wallis	0,325
Pós-graduação	8.00	3.10	6.00		
Especialidade	16.50	8.93	12.00		
Mestrado	12.52	7.16	12.00		
Posição Hierárquica					
Enfermeiro	12.51	8.22	12.00	t de student para duas amostras independentes	0,636
Enfermeiro Especialista	13.67	8.62	12.00		
Tipo de vínculo contratual					
Contrato em Funções públicas	15.38	9.97	12.00	Kruskal-Wallis	0,295
Contrato sem termo	11.31	6.71	12.00		
Contrato a termo	18.00	12.00	18.00		
Acumulação de funções					
Não	13.15	9.34	12.00	t de student para duas amostras independentes	0,766
Sim	12.45	6.02	12.00		
Serviço					
Serviço de Urgência	12.79	8.94	12.00	t de student para duas amostras independentes	0,494
Cuidados Intensivos	11.30	6.19	12.00		
Tipo de horário					
Fixo	16.13	11.88	12.00	t de student para duas amostras independentes	0,231
Turnos	12.33	7.43	12.00		
Satisfação com o trabalho					
Não	11.86	7.88	12.00	t de student para duas amostras independentes	0,452
Sim	13.59	8.45	12.00		
Intenção de mudar de serviço					
Não	12.82	7.24	12.00	1-way ANOVA	0,954
Talvez	12.43	8.87	12.00		
Sim	13.33	9.21	12.00		

Nota: Prevalência de *Mobbing* (em meses), obtida através da atribuição de valores numéricos pelos pontos médios das classes.

Tabela 7 - Apresentação dos valores do coeficiente de correlação de Pearson (r) e o respetivo nível de significância (p-value), da relação entre Prevalência de *Mobbing* (em meses) e as variáveis idade, tempo de serviço, ambiente de trabalho e frequência de trabalho

	Pearson (r)	p-value
--	-------------	---------

Idade	-0,073	0,604
Tempo de trabalho profissional (Anos)	0,122	0,379
Tempo no atual serviço (Anos)	0,191	0,167
Ambiente de trabalho no serviço	-0,015	0,913
Trabalho em equipa no serviço	0,001	0,998

2.4 Dimensões de *Mobbing*

Tendo por base a análise fatorial de João (2012) (ver Tabela 1), observa-se, a partir da Tabela 8, que existem muito bons resultados de fiabilidade interna com os valores de alphas de Cronbach entre 0,84 e 0,95. Somente na Dimensão Intimidação é que existe um valor alpha de 0,71 que está apenas dentro do aceitável.

Verifica-se que os valores, destas Dimensões da LIPT-60, tem como referência a Escala de 0 – Absolutamente Nada a 4 – Extremamente.

O Bloqueio à Comunicação é a Dimensão de *Mobbing* com maior expressão na amostra ($\bar{x}=1,47$; DP= 0,63) seguida da Difamação ($\bar{x}=1,15$; DP= 0,54) e Isolamento ($\bar{x}=1,00$; DP= 0,44). Os Ataques Diretos ($\bar{x}=0,82$; DP=0,14) e Manipulação Profissional ($\bar{x}=0,86$; DP= 0,24) são as Dimensões menos frequentes na amostra (Tabela 8).

Tabela 8 - Apresentação dos valores de consistência interna (α) e dos valores das medidas de tendência central de e de dispersão das Dimensões de *Mobbing*, LIPT-60

	Nº itens	Alpha de Cronbach	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Intervalo de Variação
Dimensões LIPT-60							
Desprestígio Laboral	11	0.95	0.90	0.56	0.00	3.86	3.86
Isolamento	7	0.90	1.00	0.44	0.00	3.54	3.54
Ataques Diretos	8	0.88	0.82	0.14	0.00	2.40	2.40
Desprestígio Pessoal	7	0.89	0.89	0.28	0.00	2.86	2.86
Manipulação profissional	6	0.88	0.86	0.24	0.00	2.94	2.94
Bloqueio de Progresso	8	0.86	0.95	0.33	0.00	3.00	3.00
Difamação	5	0.87	1.15	0.54	0.00	3.84	3.84
Bloqueio à Comunicação	5	0.84	1.47	0.63	0.00	4.00	4.00
Intimidação	3	0.71	0.89	0.29	0.00	2.94	2.94

A Tabela 9 apresenta os índices globais do LIPT-60, permitindo uma visão integrada da diversidade e intensidade das condutas de assédio psicológico experienciadas. O NEAP revelou uma média de 14,32 (DP=13,11), indicando que, em média, cada participante assinalou mais de 14 condutas distintas de assédio. O valor máximo (60) demonstra que existiram casos em que todos os comportamentos foram reportados, evidenciando situações de exposição extrema. O desvio padrão elevado reflete uma considerável

heterogeneidade na amostra, com respondentes que não experienciaram qualquer conduta e outros que referiram múltiplos episódios.

No que respeita ao IGAP, verificou-se uma média de 1,05 (DP=0,27), com valores entre 0,25 e 3,15. Este índice expressa a intensidade global ponderada para toda a amostra, revelando que, apesar da existência de situações de maior gravidade, a intensidade global média de condutas de *Mobbing* se manteve relativamente baixa.

Por sua vez, o IMAP apresentou uma média de 1,87 (DP=0,91), variando entre 0,10 e 4,00. Estes resultados sugerem que, embora a intensidade global ponderada (IGAP) seja reduzida, os participantes que experienciaram condutas de assédio atribuíram-lhes uma intensidade relativamente elevada, com alguns casos a aproximarem-se do valor máximo da Escala.

Tabela 9 - Apresentação dos valores de consistência interna (α) e dos valores das medidas de tendência central de e de dispersão dos índices globais NEAP, IGAP e IMAP

	Nº itens	Alpha de Cronbach	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Intervalo de Variação
Índices Globais LIPT-60							
NEAP	60	NA	14.32	13.11	0.00	60.0	60.0
IGAP	60	NA	1.05	0.27	0.25	3.15	2.90
IMAP	60	NA	1.87	0.91	0.10	4.00	3.90

2.5 Relação estatística entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e as Dimensões de *Mobbing*

Relativamente ao género, a partir da Tabela 10, é possível observar que os respondentes do género feminino apresentam médias significativamente superiores na Dimensão Isolamento ($\chi=1,02$; DP= 0,48) e Difamação ($\chi=1,18$; DP= 0,58).

Tabela 10 - Apresentação dos valores de tendência central e de dispersão bem como o valor de p das Dimensões LIPT-60 relativamente à variável género

	Feminino			Masculino			P
	Média	Desvio Padrão	Mediana	Média	Desvio Padrão	Mediana	
Desprestígio Laboral	1.14	0.56	0.87	1.10	0.57	0.87	0,720
Isolamento	1.02	0.48	0.80	0.93	0.25	0.80	<0,05

Ataques Diretos	0.82	0.10	0.80	0.84	0.23	0.80	0,381
Desprestígio Pessoal	0.90	0.30	0.80	0.87	0.19	0.80	0,553
Manipulação Profissional	0.86	0.22	0.80	0.88	0.30	0.80	0,577
Bloqueio de Progresso	0.95	0.33	0.80	0.95	0.34	0.80	1,000
Difamação	1.18	0.58	0.96	1.06	0.38	0.80	<0,05
Bloqueio à Comunicação	1.49	0.66	1.36	1.42	0.51	1.44	0,510
Intimidação	0.89	0.30	0.80	0.89	0.25	0.80	0,976

Nota: Testes t de student para amostras independentes (invocou-se o teorema do limite central em alguns cruzamentos)

As evidências estatísticas da Tabela 11, demonstram que ter (ou não ter filhos) não tem qualquer influência na vivência de situações de *Mobbing*.

Tabela 11 - Apresentação dos valores de tendência central e de dispersão bem como o valor de p das Dimensões LIPT-60 relativamente à variável ter filhos

	Sem filhos			Com filhos			P
	Média	Desvio Padrão	Mediana	Média	Desvio Padrão	Mediana	
Desprestígio Laboral	1.11	0.49	0.87	1.14	0.87	0.62	0,768
Isolamento	1.00	0.42	0.80	1.00	0.80	0.46	0,955
Ataques Diretos	0.83	0.12	0.80	0.82	0.80	0.15	0,633
Desprestígio Pessoal	0.90	0.29	0.80	0.88	0.80	0.28	0,622
Manipulação Profissional	0.83	0.13	0.80	0.88	0.80	0.29	0,145
Bloqueio de Progresso	0.95	0.32	0.80	0.95	0.80	0.34	0,951
Difamação	1.15	0.54	0.80	1.14	0.96	0.55	0,895
Bloqueio à Comunicação	1.52	0.60	1.44	1.43	1.28	0.65	0,309
Intimidação	0.88	0.28	0.80	0.89	0.80	0.30	0,738

Nota: Testes t de student para amostras independentes (invocou-se o teorema do limite central em alguns cruzamentos)

A análise da Tabela 12 permite constatar que não existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de *Mobbing* em função do estado civil.

Tabela 12 - Apresentação dos valores de tendência central e de dispersão bem como o valor de p das Dimensões LIPT-60 relativamente à variável estado civil

	Solteiro			Casado			União de Facto			Divorciado			P
	χ	DP	Md	χ	DP	Md	χ	DP	Md	χ	DP	Md	
Desprestígio Laboral	1.12	0.50	0.94	1.12	0.56	0.87	1.16	0.71	0.80	1.11	0.48	0.91	0,918
Isolamento	0.99	0.38	0.80	0.98	0.40	0.80	1.06	0.64	0.80	0.97	0.32	0.80	0,929
Ataques Diretos	0.83	0.11	0.80	0.82	0.16	0.80	0.83	0.13	0.80	0.82	0.04	0.80	0,645
Desprestígio Pessoal	0.90	0.27	0.80	0.86	0.23	0.80	0.95	0.41	0.80	0.90	0.23	0.80	0,534
Manipulação Profissional	0.84	0.12	0.80	0.88	0.31	0.80	0.86	0.18	0.80	0.85	0.11	0.80	0,967
Bloqueio de Progresso	0.96	0.34	0.80	0.93	0.31	0.80	0.98	0.38	0.80	0.98	0.33	0.80	0,877

Difamação	1.16	0.53	0.96	1.14	0.50	0.96	1.18	0.73	0.96	1.18	0.54	0.88	0,927
Bloqueio à Comunicação	1.52	0.59	1.44	1.40	0.60	1.28	1.57	0.74	1.44	1.46	0.88	1.04	0,398
Intimidação	0.90	0.24	0.80	0.86	0.22	0.80	0.91	0.43	0.80	1.06	0.66	0.80	0,734

Nota: \bar{x} - média; DP - desvio padrão; Md - mediana. Testes Kruskal-Wallis em todos os cruzamentos

No que respeita ao cruzamento com as habilitações literárias, a média do Bloqueio à Comunicação é significativamente inferior nos participantes com grau de especialista ($\bar{x}=1,26$; DP=0,41), o que sugere menor suscetibilidade ao *Mobbing* nesta Dimensão (ver Tabela 13).

Tabela 13 - Apresentação dos valores de tendência central e de dispersão bem como o valor de p das Dimensões LIPT-60 relativamente à variável habilitações literárias

	Licenciatura			Pós-graduação			Especialidade			Mestrado			P
	\bar{x}	DP	Md	\bar{x}	DP	Md	\bar{x}	DP	Md	\bar{x}	DP	Md	
Desprestígio Laboral*	1.10	0.62	0.84	1.06	0.33	1.02	1.00	0.32	0.87	1.25	0.66	0.94	0,173
Isolamento*	0.97	0.45	0.80	0.97	0.23	0.80	0.90	0.20	0.80	1.10	0.55	0.80	0,145
Ataques Diretos*	0.82	0.08	0.80	0.84	0.17	0.80	0.81	0.03	0.80	0.85	0.20	0.80	0,582
Desprestígio Pessoal*	0.92	0.38	0.80	0.87	0.14	0.80	0.83	0.07	0.80	0.90	0.27	0.80	0,506
Manipulação Profissional*	0.90	0.32	0.80	0.84	0.17	0.80	0.82	0.09	0.80	0.86	0.22	0.80	0,578
Bloqueio de Progresso*	0.96	0.41	0.80	0.97	0.26	0.80	0.89	0.21	0.80	0.98	0.32	0.80	0,667
Difamação*	1.10	0.58	0.80	1.14	0.42	0.96	1.07	0.34	0.96	1.25	0.64	0.96	0,378
Bloqueio à Comunicação	1.38	0.66	1.20	1.62	0.51	1.60	1.26	0.41	1.28	1.62	0.70	1.60	<0,05
Intimidação*	0.90	0.30	0.80	0.86	0.20	0.80	0.84	0.12	0.80	0.91	0.36	0.80	0,650

Nota: \bar{x} - média; DP - desvio padrão; Md - mediana *Testes Kruskal-Wallis. Os restantes cruzamentos em que não se fez esta sinalização são testes 1-way ANOVA

As evidências estatísticas da Tabela 14, demonstram que a posição hierárquica não tem qualquer influência na vivência de situações de *Mobbing*.

Tabela 14 - Apresentação dos valores de tendência central e de dispersão bem como o valor de p das Dimensões LIPT-60 relativamente à variável posição hierárquica

	Enfermeiro			Enfermeiro Especialista			P
	Média	Desvio Padrão	Mediana	Média	Desvio Padrão	Mediana	
Desprestígio Laboral	1.13	0.56	0.87	1.14	0.58	0.87	0,901
Isolamento	0.98	0.42	0.80	1.05	0.50	0.80	0,326
Ataques Diretos	0.82	0.10	0.80	0.84	0.22	0.80	0,329
Desprestígio Pessoal	0.90	0.31	0.80	0.86	0.19	0.80	0,464
Manipulação Profissional	0.86	0.25	0.80	0.85	0.23	0.80	0,668
Bloqueio de Progresso	0.95	0.34	0.80	0.94	0.29	0.80	0,860
Difamação	1.14	0.58	0.96	1.18	0.47	0.96	0,715
Bloqueio à Comunicação	1.46	0.63	1.44	1.49	0.63	1.44	0,847

Intimidação	0.90	0.28	0.80	0.88	0.32	0.80	0,692
-------------	------	------	------	------	------	------	-------

Nota: Testes t de student para amostras independentes (invocou-se o teorema do limite central em alguns cruzamentos)

As evidências estatísticas da Tabela 15, demonstram que o serviço onde os respondentes exercem a sua atividade principal não tem qualquer influência na vivência de situações de *Mobbing*.

Tabela 15 - Apresentação dos valores de tendência central e de dispersão bem como o valor de p das Dimensões LIPT-60 relativamente à variável serviço onde exerce a atividade principal

	Serviço de Urgência			Cuidados Intensivos			P
	Média	Desvio Padrão	Mediana	Média	Desvio Padrão	Mediana	
Desprestígio Laboral	1.14	0.56	0.91	1.12	0.57	0.87	0,951
Isolamento	1.01	0.41	0.80	1.00	0.47	0.80	0,797
Ataques Diretos	0.84	0.13	0.80	0.82	0.15	0.80	0,386
Desprestígio Pessoal	0.90	0.28	0.80	0.89	0.30	0.80	0,609
Manipulação Profissional	0.86	0.20	0.80	0.86	0.20	0.80	0,432
Bloqueio de Progresso	0.95	0.31	0.80	0.96	0.36	0.80	0,734
Difamação	1.20	0.54	1.04	1.13	0.56	0.80	0,505
Bloqueio à Comunicação	1.57	0.66	1.44	1.38	0.61	1.28	0,101
o	0.93	0.36	0.80	0.86	0.23	0.80	0,288

Nota: Testes t de student para amostras independentes (invocou-se o teorema do limite central em alguns cruzamentos)

Os participantes que não acumulam funções em outros serviços têm uma média significativamente superior na Dimensão Isolamento ($x=1,06$; $DP=0,52$) (ver Tabela 16).

Tabela 16 - Apresentação dos valores de tendência central e de dispersão bem como o valor de p das Dimensões LIPT-60 relativamente à variável acumulação de funções em outros serviços

	Não acumula funções			Acumula funções			P
	Média	Desvio Padrão	Mediana	Média	Desvio Padrão	Mediana	
Desprestígio Laboral	1.17	0.61	0.87	1.06	0.50	0.87	0,186
Isolamento	1.06	0.52	0.80	0.93	0.28	0.80	<0,05
Ataques Diretos	0.83	0.11	0.80	0.82	0.17	0.80	0,842
Desprestígio Pessoal	0.90	0.31	0.80	0.87	0.23	0.80	0,366
Manipulação Profissional	0.88	0.26	0.80	0.84	0.19	0.80	0,191
Bloqueio de Progresso	0.98	0.38	0.80	0.90	0.23	0.80	0,082
Difamação	1.19	0.60	0.96	1.10	0.46	0.96	0,194
Bloqueio à Comunicação	1.50	0.69	1.44	1.43	0.54	1.28	0,489
Intimidação	0.90	0.34	0.80	0.86	0.20	0.80	0,300

Nota: Testes t de student para amostras independentes (invocou-se o teorema do limite central em alguns cruzamentos)

Os respondentes com contrato individual de trabalho a termo perfilam-se com médias de Intimidação significativamente superiores ($\bar{x}=1,25$; $DP=0,86$) face aos que têm outros vínculos contratuais (ver Tabela 17).

Tabela 17 - Apresentação dos valores das de tendência central e de dispersão bem como o valor de p Dimensões LIPT-60 relativamente à variável tipo de vínculo contratual

	Contrato Funções públicas			Contrato sem termo			Contrato a termo			P
	\bar{x}	DP	Md	\bar{x}	DP	Md	\bar{x}	DP	Md	
Desprestígio Laboral*	1.12	0.66	0.87	1.12	0.52	0.87	1.30	0.72	0.94	0,751
Isolamento*	0.97	0.40	0.80	1.00	0.42	0.80	1.28	0.95	0.86	0,263
Ataques Diretos*	0.84	0.22	0.80	0.82	0.08	0.80	0.92	0.29	0.80	0,148
Desprestígio Pessoal*	0.90	0.34	0.80	0.87	0.26	0.80	1.05	0.37	0.86	0,295
Manipulação Profissional*	0.89	0.31	0.80	0.85	0.21	0.80	0.85	0.11	0.80	0,617
Bloqueio de Progresso	0.95	0.37	0.80	0.94	0.31	0.80	1.10	0.32	0.95	0,528
Difamação	1.11	0.52	0.96	1.15	0.55	0.96	1.46	0.74	1.20	0,323
Bloqueio à Comunicação*	1.39	0.65	1.28	1.49	0.61	1.44	1.86	0.92	1.60	0,179
Intimidação	0.89	0.32	0.80	0.87	0.22	0.80	1.25	0.86	0.80	<0,05

Nota: \bar{x} .-média; DP - desvio padrão; Md - mediana *Testes Kruskal-Wallis. Os restantes cruzamentos em que se não se fez esta sinalização são testes 1-way ANOVA

Os participantes que trabalham num horário fixo têm médias significativamente superiores nas situações de Desprestígio Pessoal ($\bar{x}=1.01$; $DP=0,47$), Manipulação Profissional ($\bar{x}=0,99$; $DP= 0,54$) e de Ataques Diretos ($\bar{x}=0,88$; $DP=0,31$), (ver Tabela 18).

Tabela 18 - Apresentação dos valores de tendência central e de dispersão bem como o valor de p das Dimensões LIPT-60 relativamente à variável tipo de horário

	Fixo			Turnos			P
	Média	Desvio Padrão	Mediana	Média	Desvio Padrão	Mediana	
Desprestígio Laboral	1.27	0.91	0.84	1.10	0.50	0.87	0,139
Isolamento	1.13	0.62	0.80	0.98	0.41	0.80	0,101
Ataques Diretos	0.88	0.31	0.80	0.82	0.10	0.80	<0,05
Desprestígio Pessoal	1.01	0.47	0.80	0.87	0.24	0.80	<0,05
Manipulação Profissional	0.99	0.54	0.80	0.84	0.15	0.80	<0,05
Bloqueio de Progresso	1.01	0.42	0.80	0.94	0.31	0.80	0,298
Difamação	1.27	0.75	0.96	1.14	0.51	0.96	0,198
Bloqueio à Comunicação	1.46	0.82	1.12	1.47	0.60	1.44	0,956
Intimidação	0.97	0.46	0.80	0.87	0.26	0.80	0,094

Nota: Testes t de student para amostras independentes (invocou-se o teorema do limite central em alguns cruzamentos)

A partir dos coeficientes do p -values correlação de Pearson sempre superiores a 0,05 que constam na Tabela 19, verifica-se que a idade, o tempo de trabalho profissional e o tempo no atual serviço não têm influência em qualquer Dimensão de *Mobbing*

Quando correlacionadas as Dimensões de *Mobbing* com avaliação do ambiente de trabalho e com a frequência com que se trabalha em equipa, detetam-se correlações estatisticamente significativas em todos os casos ($p < 0,001$). Com base nos coeficientes de correlação negativos, conclui-se que uma melhor avaliação do ambiente de trabalho e uma maior frequência de trabalho em equipa estão associadas a uma menor vivência de *Mobbing* em todas as suas vertentes.

Tabela 19 - Apresentação das Correlações entre as Dimensões LIPT-60 e às variáveis idade, tempos de serviço, ambiente de trabalho e frequência de trabalho em equipa

		Idade	Tempo de trabalho (Anos)	Tempo no atual serviço (Anos)	Ambiente de trabalho no serviço	Frequência de trabalho em equipa no serviço
Desprestígio Laboral	r	0.096	0.056	0.046	-0,534	-0.318
	p-value	0.149	0.406	0.487	<0,001	<0,001
Isolamento	r	0.102	0.081	0.051	-0.490	-0.237
	p-value	0.126	0.226	0.450	<0,001	<0,001
Ataques Diretos	r	0.046	0.061	0.071	-0.266	-0.113
	p-value	0.491	0.364	0.286	<0,001	<0,001
Desprestígio Pessoal	r	0.060	0.048	0.095	-0.368	-0.179
	p-value	0.368	0.473	0.153	<0,001	<0,001
Manipulação Profissional	r	0.071	0.037	-0.019	-0.340	-0.268
	p-value	0.287	0.581	0.782	<0,001	<0,001
Bloqueio de Progresso	r	0.058	0.018	0.005	-0.442	-0.238
	p-value	0.385	0.789	0.942	<0,001	<0,001
Difamação	r	0.110	0.065	0.085	-0.508	-0.341
	p-value	0.099	0.329	0.204	<0,001	<0,001
Bloqueio à Comunicação	r	0.022	-0.024	0.007	-0.557	-0.315
	p-value	0.737	0.725	0.923	<0,001	<0,001
Intimidação	r	0.059	0.024	-0.006	-0.294	-0.128
	p-value	0.374	0.719	0.934	<0,001	<0,001

r - Coeficiente de Correlação de Pearson

Nota: ‘Como avalia o ambiente de trabalho no seu serviço?’ medido de 1 – Muito Mau a 5 – Muito Bom. ‘Com que frequência considera que se trabalha em equipa no seu serviço?’ medido de 1 – Nunca a 4 - Sempre

A Tabela 20 evidencia que os profissionais que referem estar satisfeitos com o seu trabalho apresentam médias significativamente mais baixas de *Mobbing* em praticamente todas as Dimensões, com exceção da Dimensão Ataques Diretos ($p = 0,35$).

Tabela 20 - Apresentação dos valores das de tendência central e de dispersão bem como o valor de p Dimensões LIPT-60 relativamente à variável satisfação com o trabalho

	Não			Sim			P
	Média	Desvio Padrão	Mediana	Média	Desvio Padrão	Mediana	
Desprestígio Laboral	1.40	0.75	1.09	1.03	0.80	0.45	<0,001
Isolamento	1.26	0.70	0.91	0.91	0.80	0.24	<0,001

Ataques Diretos	0.84	0.13	0.80	0.82	0.80	0.14	0,35
Desprestígio Pessoal	1.00	0.43	0.80	0.85	0.80	0.19	<0,05
Manipulação Profissional	0.93	0.34	0.80	0.84	0.80	0.18	<0,05
Bloqueio de Progresso	1.10	0.46	0.90	0.90	0.80	0.25	<0,001
Difamação	1.49	0.75	1.12	1.03	0.80	0.39	<0,001
Bloqueio à Comunicação	1.93	0.73	1.60	1.31	1.28	0.50	<0,001
Intimidação	0.97	0.40	0.80	0.86	0.80	0.23	<0,05

Nota: Testes t de student para amostras independentes (invocou-se o teorema do limite central em alguns cruzamentos)

Quem não tem intenção de mudar de serviço apresenta médias significativamente menores de *Mobbing* em todas as Dimensões. (ver Tabela 21).

Tabela 21 - Apresentação dos valores das de tendência central e de dispersão bem como o valor de p Dimensões LIPT-60 relativamente à variável intenção de mudar de serviço

	Não			Talvez			Sim			P
	\bar{x}	DP	Md	\bar{x}	DP	Md	\bar{x}	DP	Md	
Desprestígio Laboral	0.97	0.29	0.80	1.22	0.58	1.02	1.46	0.86	1.09	<0,001
Isolamento	0.90	0.22	0.80	1.05	0.50	0.80	1.23	0.67	0.91	<0,001
Ataques Diretos	0.81	0.03	0.80	0.86	0.17	0.80	0.86	0.24	0.80	<0,05
Desprestígio Pessoal	0.84	0.10	0.80	0.93	0.38	0.80	0.98	0.43	0.80	<0,05
Manipulação Profissional	0.81	0.05	0.80	0.87	0.18	0.80	0.98	0.46	0.80	<0,05
Bloqueio de Progresso	0.86	0.14	0.80	0.99	0.40	0.80	1.14	0.49	0.90	<0,05
Difamação	0.99	0.31	0.80	1.26	0.61	0.96	1.46	0.78	1.12	<0,05
Bloqueio à Comunicação	1.26	0.47	1.12	1.74	0.78	1.60	1.77	0.63	1.60	<0,05
Intimidação	0.84	0.20	0.80	0.96	0.41	0.80	0.94	0.33	0.80	<0,05

Nota: \bar{x} - média; DP - desvio padrão; Md - mediana *Testes 1-way ANOVA (invocou-se o teorema do limite central em alguns cruzamentos)

2.6 Características relativas aos Intervenientes

Examinando os elementos do agressor (Tabela 22), verifica-se que o crime de *Mobbing* é perpetrado mais prevalentemente – e por oposição ao sexo masculino (22,2%) - por mulheres (38,9%) ou por grupos de ambos os sexos (38,9%). É no intervalo etário entre os 40 e os 60 anos onde se encontra maior frequência de agressores (59,2%). A agressão parte em 40,7% dos casos de superiores hierárquicos, 24,1% de colegas em contexto coletivo, 18,5% de colegas em contexto individual e 16,7% de médicos.

Tabela 22 - Apresentação dos valores absolutos e relativos das variáveis de caracterização do agressor

	n	%
Sexo do/s agressor/es (n=54)	Feminino	21 38.9
	Masculino	12 22.2
	Ambos (grupos/equipas)	21 38.9
Idade do/s agressor/es (n=54)	Entre 30-40 anos	12 22.2
	Entre 40 e 50 anos	18 33.3
	Entre 50 e 60 anos	14 25.9
	Mais de 60 anos	5 9.3

	Não sei responder	5	9.3
	Um colega	10	18.5
	De vários colegas	13	24.1
De quem partiu a agressão (n=54)	Do seu superior hierárquico	22	40.7
	De um médico	9	16.7

A análise da Tabela 23 permite constatar que 49,1% dos respondentes referem ter presenciado condutas de *Mobbing*, perpetradas por uma ou mais pessoas, dirigidas a outrem que apresentava dificuldade em se defender dessas ações.

Uma percentagem significativa dos respondentes (36,9%) não especificou claramente as emoções sentidas perante essas situações. Contudo, entre os que o fizeram, destacam-se reações emocionais intensas, predominantemente associadas a sentimentos de revolta (19,8%), impotência (6,3%) e vergonha (6,3%). São igualmente referidas emoções como raiva (3,6%), percepção de injustiça (4,5%), repulsa (4,5%) e indignação (3,6%), as quais evidenciam um mal-estar de natureza ética e social face à situação observada. Embora com menor frequência, surgiram também referências a emoções como tristeza (2,7%), desconforto (2,7%) e impulso para agir ou intervir (1,8%), o que revela um envolvimento emocional significativo por parte dos participantes. Relativamente à atuação perante tais situações, os dados evidenciam uma diversidade de respostas, o que traduz distintos níveis de envolvimento e estratégias adotadas. As ações relatadas variam entre intervenções diretas e explícitas, atitudes mais reservadas e, em alguns casos, a ausência de qualquer tipo de ação. Observa-se uma tendência para a adoção de comportamentos proativos (80,2%), ainda que com diferentes graus de intensidade e intenção. Em contrapartida, uma proporção menor da amostra (19,8%) revela posturas mais passivas ou de evitamento. Esta heterogeneidade reflete a complexidade das reações humanas perante contextos interpessoais sensíveis, influenciadas por fatores individuais, emocionais e situacionais. Adicionalmente, 43,2% dos respondentes referiram que a vítima contou com algum tipo de apoio, prestado maioritariamente por colegas (28,6%) e pelo próprio inquirido (12,2%).

Tabela 23 - Apresentação dos valores absolutos e relativos das variáveis referentes aos espetadores

		n	%
Presenciar condutas de <i>Mobbing</i> (n=226)	Não	115	50.9
	Sim	111	49.1
Sentimento perante o <i>Mobbing</i> (n=111)	Sem especificar	41	36.9
	Revolta	22	19.8
	Impotência	7	6.3
	Vergonha	7	6.3
	Raiva	4	3.6
	Injustiça	5	4.5
	Repulsa/Repúdio/Nojo	5	4.5
	Indignação	4	3.6
	Desprezo	3	2.7
	Desconforto/Mal-estar	3	2.7
	Tristeza	3	2.7
	Necessidade de intervir/agir	2	1.8
	Solidariedade/Compaixão/Pena	2	1.8
	Medo	2	1.8
	Frustração	1	0.9
	Comportamento em relação ao <i>Mobbing</i> (n=111)	Apoio direto à vítima	16
Intervenção ativa para defender ou confrontar		14	12.6
Defesa ativa (sem especificar confrontos)		13	11.7
Intervenção pessoal ou direta com os envolvidos		10	9
Apoio combinado com aconselhamento ou mediação		8	7.2
Tentativas de resolver ou acabar com a situação		8	7.2
Expressão de opinião e manifestação pessoal		6	5.4
Comunicação com superiores ou chefias		5	4.5
Informação a terceiros ou partilha com colegas		5	4.5

	Apoio em forma de orientação ou ajuda para agir	4	3.6
	Ignorar ou não agir	12	10.8
	Apoio indireto ou discreto	3	2.7
	Respostas não especificadas ou vagas	3	2.7
	Ações para evitar o agressor ou a situação	2	1.8
	Observação passiva	2	1.8
Apoio à vítima (n=111)	Não	63	56.8
	Sim	48	43.2
	Sem especificar	21	43.8
	Por colegas	14	28.6
	Por mim	6	12.2
	Por mim e colegas	2	3.5
	Por a equipa (ou parte dela)	2	3.5
	Por chefia/superior hierárquico	2	3.5
	Por colegas e chefia	1	1.7
	Outros elementos específicos (pares, ref.)	2	3.5

2.7 Impacto pessoal

Ao explorar a tabela 24, observa-se que 88,9% dos participantes referiram que o *Mobbing* afetou negativamente a sua saúde física e/ou mental. Entre as manifestações mais frequentemente mencionadas destacam-se a ansiedade, os distúrbios do sono (insónias e pesadelos) (37,5%), bem como sentimentos de medo e insegurança (33,3%). Além dos sintomas de natureza emocional e psicológica, 6,3% dos respondentes reportaram manifestações físicas, como diarreia, vômitos, náuseas, tonturas e dores corporais inespecíficas. Relativamente ao impacto na esfera social e familiar, observou-se que 6,3% dos participantes indicaram alterações no seio familiar e a mesma percentagem referiu situações de isolamento social associadas à vivência de *Mobbing*. No que diz respeito às consequências laborais, 4,2% dos Enfermeiros afirmaram ter recorrido a atestado médico.

Tabela 24 - Apresentação dos valores absolutos e relativos das variáveis relativas às variáveis de Impacto pessoal das experiências de *Mobbing*

		n	%
O <i>Mobbing</i> afetou a saúde física ou mental. (n=54)	Não	6	11.1
	Sim	48	88.9
Consequências (n=48)	Depressão	3	6.3
	Atestado médico	2	4.2
	Ansiedade, pesadelos e insónias	18	37.5
	Medo e Insegurança	16	33.3
	Manifestações físicas (diarreia, vômitos, náuseas, tonturas, dores...)	3	6.3
	Isolamento social	3	6.3
	Alterações no seio familiar	3	6.3

2.8 Impacto profissional

A análise da tabela 25 revela que 64,8% dos Enfermeiros respondentes consideram que o *Mobbing* comprometeu negativamente o seu desempenho no local de trabalho. Dos 53,3% dos participantes que relataram impactos negativos no desempenho profissional, 55,6% não especificaram os efeitos, o que pode indicar uma vivência subjetiva de desconforto ou dificuldade em verbalizar as consequências do Assédio. Entre os resultados mais frequentemente referidos encontram-se o mau ambiente laboral (11,1%), a ansiedade (6,7%), a falta de motivação para trabalhar (6,7%), o *stress* excessivo (4,4%), o isolamento social (2,2%) e as dificuldades no desenvolvimento profissional (2,2%). Foram ainda mencionadas outras manifestações de mal-estar psicológico e retração na dinâmica da equipa.

Tabela 25 - Apresentação dos valores absolutos e relativos das variáveis do Impacto profissional das experiências de *Mobbing*

		n	%
Ser vítima de <i>Mobbing</i> , comprometeu o seu desempenho no local de trabalho? (n=54)	Não	19	35.2
	Sim	35	64.8
Ser vítima de <i>Mobbing</i> , teve efeitos negativos no seu local de trabalho? (n=54)	Não	9	46.7
	Sim	45	53.3
Se sim, quais? (n=45)	Sem especificar	25	55.6
	Mau ambiente	5	11.1
	Ansiedade	3	6.7
	Falta de vontade de ir trabalhar	3	6.7
	Stress Excessivo	2	4.4
	Desconforto perante a pessoa	1	2.2
	Dificuldade no processo de desenvolvimento profissional.	1	2.2
	Divergências com alguns colegas.	1	2.2
	Mais inquietude, <i>stress</i> , ansiedade em níveis controlados.	1	2.2
	Mal-estar perante os colegas	1	2.2
Menos disponibilidade da minha parte	1	2.2	
Isolamento social	1	2.2	

2.9 Estratégias de *Coping* pós experiências de *Mobbing*

A partir da análise da Tabela 26 pode-se constatar que a situação de *Mobbing* foi denunciada em 55,6% das vezes. Essa denuncia ocorreu com maior frequência junto do enfermeiro gestor (33,3%), mas também é junto da rede social e familiar que essas denuncias ocorrem 23,3% a familiares e 13,3% a amigos. Mencione-se que a maior parte destes participantes não procurou ajuda (59,3%). Os motivos dessa não procura foram de ordem muito diversa: consideraram que podiam superar a situação sozinhos (18,8%), tinham receio de represálias (9,4%), por desvalorizarem a situação (9,4%) ou por medo de ser julgado (9,4%). Os que procuram ajuda, mencionam com maior frequência que procuram apoio psicológico (40,7%). A análise da Tabela 26 permite constatar que as estratégias mais frequentes para superar o *Mobbing* foram aprender a não se deixar perturbar (44,4%) e manifestar indiferença perante as situações de abuso (14,8%). Quando questionados sobre eventuais iniciativas para minimizar ou pôr fim ao *Mobbing* experienciado, 61,1% dos respondentes afirmou ter tomado medidas. A confrontação respetivos agressores (21,2%) e dialogo com os colegas (9,1%) surgiram como as estratégias descritas mais frequentemente adotadas.

Tabela 26 - Apresentação dos valores absolutos e relativos das variáveis das Estratégias de *Coping* pós experiências de *Mobbing*

		n	%
Alguma vez denunciou a situação de que foi/é vítima? (n=54)	Não	24	44.4
	Sim	30	55.6
Se sim, a quem? (n=30)	Amigo	4	13.3
	Familiar	7	23.3
	Colega	4	13.3
	Enfermeiro gestor	10	33.3
	Sindicato	2	6.7
	Ordem dos Enfermeiros	3	10.0
Procurou ajuda ou apoio? (n=54)	Não	32	59.3
	Sim	22	40.7
Se respondeu sim, quais? (n=22)	Psicólogo	9	40.9
	Amigos	3	13.6
	Colegas	2	9.1
	Psiquiatra	2	9.1
	Família	1	4.5
	Terapeuta	1	4.5
	Sem especificar	4	18.2
Se respondeu não, porquê? (n=32)	Resolveu/superou sozinho	6	18.8
	Coação/Medo de represálias	3	9.4
	Não valorizou	3	9.4
	Medo de ser julgado	3	9.4
	Tinha suporte emocional na família	2	6.3
	Demitiu-se	1	3.1
	Acreditou no seu trabalho	1	3.1
	Chefe mudou de departamento	1	3.1
	Não quis divulgar o assunto	1	3.1

	Vergonha	1	3.1
	Sem especificar	10	31.3
Que estratégias utiliza ou utilizou para superar o <i>Mobbing</i> de que é ou foi alvo? (n=54)	Aprende a não se deixar perturbar e não entra no jogo do agressor	24	44.4
	Indiferença perante as situações de abuso	8	14.8
	Dá conhecimento às pessoas responsáveis e competentes, relacionadas com a sua profissão	6	11.1
	Reage com humor	5	9.3
	Procura ajuda psicológica profissional	5	9.3
	Procura apoio de pessoas de confiança (familiares, amigos...)	4	7.4
	Arranja desculpas e afasta-se do local de trabalho	2	3.7
Fez alguma coisa para declarar/minimizar/acabar com o <i>Mobbing</i> que tem vivido no seu local de trabalho? (n=54)	Não	21	38.9
	Sim	33	61.1
Se Sim, o que fez? (n=33)	Sem especificar	18	54.5
	Confrontar o(s) agressor(es)	7	21.2
	Falou com colegas	3	9.1
	Deixou de manifestar opiniões	1	3.0
	Procurou formação comportamental	1	3.0
	Reportou à Medicina do Trabalho	1	3.0
	Foco exclusivo no trabalho	1	3.0
	Mudou de serviço	1	3.0

2.10 Prevenção

Quando questionados a responder abertamente ao que poderia ser feito para declarar/prevenir o *Mobbing* nas instituições de saúde, a denúncia sistemática dos casos às entidades responsáveis ora de forma anónima, ora de forma explícita foi a resposta mais frequente (21,8%). As ações de formação sobre o tema transversal a hierarquias (10%), a comunicação aberta/eficaz sobre o tema e incidentes (8,6%) e a criação de gabinete institucional para as situações de *Mobbing* (8,2%) foram respostas também dadas com alguma frequência. Também se mencionou que as chefias deveriam estar mais vigilantes e atentas aos incidentes (7,3%) e que se deveria apostar mais na promoção de cultura organizacional de ética (6,8%) e na criação de ambientes de trabalho saudáveis (5,9%) (ver Tabela 27).

Tabela 27 - Apresentação dos valores absolutos e relativos das variáveis relativas às variáveis de Prevenção de comportamentos de *Mobbing* segundo amostra

Na sua opinião, o que pode ser feito para declarar/prevenir o <i>Mobbing</i> nas instituições de saúde? (n=220)	N	%
Denunciar	48	21.8
Formação	22	10.0
Comunicação aberta/eficaz	19	8.6
Gabinete de apoio institucional	18	8.2
Maior atenção/vigilância por parte das chefias	16	7.3
Promover uma cultura ética	15	6.8
Promoção de ambientes de trabalho saudáveis	13	5.9

Apoio psicológico	10	4.5
Sensibilização	7	3.2
Imparcialidade	7	3.2
Promoção de direitos humanos	6	2.7
Auditorias e fiscalização	5	2.3
Questionários anónimos periódicos	5	2.3
Justiça	4	1.8
Maior solidariedade	4	1.8
Melhores condições de trabalho	4	1.8
Promover reuniões de equipa/teambuilding	3	1.4
Transparência nos procedimentos e decisões	2	0.9
Fortalecer o espírito de equipa	2	0.9
Escolha adequada de chefias	2	0.9
Liderança forte	2	0.9
<i>Não sabe/Não se aplica</i>	6	2.7

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação da análise estatística dos resultados, apresenta-se uma reflexão crítica fundamentada, centrada na temática em estudo. Parte-se do conhecimento teórico para as características das variáveis, respeitando a sequência de cada um dos objetivos e discute-se a evidência previamente publicada com os resultados encontrados.

Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra

A amostra deste estudo é coerente com o perfil típico do tecido humano em enfermagem crítica, descrito em outras pesquisas. A predominância feminina (77%) insere-se na faixa esperada de 70–90% de feminização da enfermagem, referida internacionalmente, sendo o valor aqui obtido, semelhante, por exemplo, aos 75% relatados num estudo nacional recente de João et al. (2023). A média etária de 40 anos corrobora o observado por Varytis & Giannouli (2023) na Grécia e Ruíz-González et al. (2020) no México, ou seja, enfermeiros em plena maturidade e experiência clínica. Além destes elementos, a variável estado civil - com a maioria casada ou em união estável e com filhos - reflete um padrão familiar já notado por Atta et al. (2024) e Yoo & Ahn (2020), entre enfermeiros de diversos países (Egito, Irão, Coreia do Sul, Portugal). A variável qualificação, parabeniza a enfermagem enquanto campo de trabalho em evolução, com elevada proporção de enfermeiros com formação de pós-graduação - especialidades e mestrados -, num total amostral de 55%. Esta imagem de desenvolvimento formativo, expressa a tendência evolutiva da enfermagem portuguesa na última década e encontra paralelo em estudos europeus, Plos et al. em 2022 na Eslovénia e Serafin e Czarkowska-Pączek em 2019 na

Polónia, além de que, também reportaram um aumento de especialistas e mestres nas equipas de enfermagem hospitalar. A afetação dos participantes maioritariamente a Unidades de Cuidados Intensivos (57,5%) e a elevada adesão ao regime de turnos (87,6%) também acompanham o padrão esperado para contextos do doente crítico, em que o cuidado é contínuo 24h e intensivo. Finalmente, o fato de apenas 13% avaliarem o ambiente de trabalho como mau ou muito mau, enquanto 48% o consideram bom ou muito bom, sugere que apesar da reconhecida pressão desses ambientes, a maioria da amostra considera-os satisfatórios ou pelo menos razoáveis. Esse dado de perceção positiva do clima relacional, foi ligeiramente superior ao encontrado, por exemplo, por Collins (2022) nos EUA, onde 39% dos enfermeiros na EPSC, relataram ambientes de trabalho adversos.

A média de 16,47 anos de experiência profissional também apresenta correspondência com os dados reportados por João et al. (2023), Piri et al. (2024) e Aristidou et al. (2020). Em suma, pode afirmar-se que os dados da amostra exibem suficiente convergência com perfis já descritos na literatura, o que reforça a comparabilidade externa deste estudo e a validade das inferências que dele derivam.

O que há de novo a dizer em relação ao Nível de Prevalência?

Após este enquadramento da amostra, importa agora analisar os dados relativos à prevalência do *Mobbing*, o que permite situar a realidade observada neste estudo face ao panorama nacional e internacional. Na análise realizada, 23,9% dos respondentes consideraram que já foram vítimas de *Mobbing*, o que representa uma prevalência moderada, quando comparada com a vasta gama de valores reportados internacionalmente. Este dado coloca o contexto analisado numa posição intermédia entre realidades mais extremas. Por exemplo, investigações realizadas no Mississippi (Collins et al., 2022) reportam valores elevados, com 91,6% dos Enfermeiros a referirem exposição ao *Mobbing* no último ano. De igual modo, investigações em contextos EPSC, como no Irão (Tsai & Chang, 2022) e no Chipre (Aristidou et al., 2020), reportam prevalências de 76% e 68,1% respetivamente. Por outro lado, os resultados da pesquisa em questão, estão mais próximos dos observados no Brasil (Sousa et al., 2021), onde foram reportados 33% de casos em UCI. Curiosamente, na Eslovénia (Plos & Prosen, 2022), a prevalência é de apenas 5,9%, valor que contrasta fortemente com o da maioria dos estudos e que pode indicar uma perceção cultural distinta do *Mobbing*,

estratégias organizacionais preventivas eficazes ou menor propensão à denúncia. Os dados desta investigação revelam uma prevalência de *Mobbing* (23,9%) inferior à reportada em investigações nacionais anteriores, como as de João et al. (2023) com 46,4% e Sá (2008) com 67%, podendo esta discrepância resultar de diferenças metodológicas ou contextuais. Ainda assim, os resultados do presente estudo, mostram que das 54 vítimas, 25,9% experienciaram *Mobbing* durante seis meses, 31,5% entre 7 e 12 meses, 18,5% entre 13 e 36 meses e 13,0% por mais de 36 meses. Estes valores confirmam episódios de curta e média duração, em linha com os reportados por João (2012), 21,0% durante seis meses; 59,0% durante mais de um ano, e por Teixeira e Dias (2015), 24,1% durante seis meses; 10,3% durante um ano e 6,9% ainda estavam a ser vítimas no momento da recolha de dados. Contudo, os resultados desta investigação, acrescentam a identificação de situações prolongadas superiores a três anos, o que evidencia que, em EPSC, o *Mobbing* não só é frequente como tende a perdurar no tempo, acentuando o seu carácter de cronicidade comportamental, por parte dos perpetradores, e a configuração de quadros sintomáticos preocupantes, com impactos na saúde dos profissionais, na dinâmica das equipas e na qualidade dos cuidados prestados.

A relação entre variáveis sociodemográficas e profissionais da amostra e o nível de prevalência de *Mobbing*.

No presente estudo, foi possível constatar que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no nível de prevalência de *Mobbing* em função das variáveis sociodemográficas e profissionais dos participantes. Este resultado sugere que o fenómeno se manifesta de forma transversal, independentemente de fatores como idade, género, estado civil, habilitações académicas ou tempo de exercício profissional. Contudo, importa salientar que não foram encontrados dados relativos a esta corelação em outros estudos analisados, o que impossibilita estabelecer comparações diretas e reforça a necessidade de futuras investigações que explorem esta relação.

Dimensões de *Mobbing*, no contexto laboral.

Após a identificação da prevalência do fenómeno, torna-se relevante explorar as suas Dimensões mais recorrentes.

Neste estudo, as Dimensões de *Mobbing* mais evidentes foram o Bloqueio à Comunicação ($x=1,47$; $DP=0,63$), a Difamação ($x=1,15$; $DP=0,54$) e o Isolamento ($x=1,00$;

DP=0,44). Estes resultados apresentam pontos de convergência e divergência com a literatura existente.

À semelhança dos estudos nacionais de João e Portelada (2016) e de Teixeira e Dias (2015), também aqui o Bloqueio à Comunicação e a Difamação se destacaram, confirmando que a ocultação de informação clínica, a desvalorização da opinião do Enfermeiro e a propagação de rumores permanecem condutas recorrentes no ambiente laboral.

Contudo, o presente trabalho identificou o Isolamento como Dimensão central em contexto de cuidados ao doente crítico. Esta forma de *Mobbing*, caracterizada pela exclusão intencional do Enfermeiro das dinâmicas da equipa e pela omissão de informações relevantes, encontra suporte nos achados de Ruíz-González et al. (2020), que descrevem a sua incidência em UCI. A relevância deste dado é significativa, uma vez que em ambientes de elevada complexidade clínica, o afastamento do profissional compromete não apenas o seu bem-estar, mas também a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Por outro lado, Dimensões como os Ataques Diretos, o Desprestígio Pessoal ou a Manipulação Profissional, salientadas em estudos de Al-Ghabeesh e Qattom (2019), Sousa et al. (2021) e Ruíz-González et al. (2020), não se evidenciaram com a mesma expressão nesta amostra, os Ataques Diretos ($x=0,82$; DP=0,14) e Manipulação Profissional ($x=0,86$; DP=0,24) são as Dimensões menos frequentes. Essa discrepância pode ser explicada pelas especificidades do contexto em análise, onde as formas de *Mobbing* se manifestam de modo mais subtil e relacional do que através de agressões explícitas.

No que diz respeito aos Índices Globais, os estudos de Carvalho (2009) e de Saraiva e Pinto (2015), os enfermeiros reportaram, em média, 11 e 8 comportamentos de *Mobbing*, respetivamente, com IGAP reduzido (0,20–0,24) e IMAP baixo a moderado (1,32–1,37). Estes valores revelam uma expressão global limitada do fenómeno, ainda que presente em diferentes contextos. Quando comparados com os resultados do presente estudo, verifica-se um NEAP superior (14,32), que traduz maior diversidade de condutas experienciadas, e um IMAP também mais elevado (1,87), o que indica perceção de maior intensidade nas situações vividas. Já o IGAP (1,05), embora continue a situar-se em patamar baixo, apresenta-se mais expressivo face aos estudos

anteriores. Assim, os resultados não se alinham totalmente com a literatura nacional, uma vez que apontam para uma vivência mais abrangente e intensa do *Mobbing* nesta amostra, possivelmente relacionada com as especificidades do contexto de cuidados na pessoa em situação crítica, reconhecido como ambiente laboral de maior pressão e vulnerabilidade para o *Mobbing*.

Relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e as Dimensões de *Mobbing*

Compreender os padrões de vitimização requer, para além da identificação das Dimensões predominantes, a análise das variáveis sociodemográficas e profissionais que modulam a exposição ao *Mobbing*. Verificou-se que os respondentes do género feminino apresentaram médias significativamente superiores nas Dimensões de Isolamento e Difamação, o que se articula com a maioria dos estudos analisados (Andrade et al., 2022; Ayakdas Dagli & Arslantas, 2022; Plos & Prosen, 2022), que apontam o género feminino como particularmente vulnerável ao assédio moral em Enfermagem. Esta maior exposição poderá estar relacionada com a predominância feminina na profissão, mas também com questões de desigualdade de poder e fatores socioculturais. No entanto, como sublinhado por autores como Aristidou et al. (2020) e Mendes e Veiga (2023), o género masculino não está isento de vitimização, em determinados contextos organizacionais, constitui também um fator de risco, especialmente quando os homens se encontram em minoria na equipa. No que se refere à formação académica, os dados mostram que os Enfermeiros com o grau de especialista apresentam médias significativamente inferiores na Dimensão de Bloqueio à Comunicação, o que pode indicar uma maior capacidade para se protegerem de dinâmicas de silenciamento e exclusão. Este resultado vai ao encontro do argumento de Liaqat et al. (2021), que defendem que uma menor qualificação académica se associa a maior exposição ao *Mobbing*. Contudo, a literatura também revela evidência contraditória: Ayakdas Dagli & Arslantas (2022) apontam que, em alguns contextos, os profissionais mais qualificados podem tornar-se alvo de hostilidade devido à perceção de ameaça ou inveja por parte dos pares, o que demonstra a complexidade da influência das habilitações académicas neste fenómeno. Relativamente ao tipo de vínculo contratual, os profissionais com contrato individual de trabalho a termo registaram médias significativamente superiores na Dimensão Intimidação, o que revela uma maior vulnerabilidade associada à

precariedade laboral. Este dado encontra respaldo nas conclusões de João et al. (2023) e Varytis e Giannouli (2023), que relacionam vínculos precários com maior incidência de *Mobbing*, o que sugere que a insegurança contratual reduz a capacidade de resistência e denúncia dos comportamentos abusivos. Enquanto Ayakdas Dagli e Arslantas (2022) e João et al. (2023) identificaram níveis mais elevados de *Mobbing* entre enfermeiros que trabalham por turnos, os resultados do presente estudo apresentam uma tendência distinta. Neste caso, foram os profissionais com horário fixo que registaram médias superiores nas Dimensões de Desprestígio Profissional, Manipulação Profissional e Ataques Diretos. Por outro lado, o presente estudo não encontrou diferenças significativas na experiência de *Mobbing* em função do estado civil, de ter ou não filhos, da posição hierárquica ocupada, ou do serviço onde se exerce a atividade principal. Estes dados contrastam com alguns estudos internacionais que indicam que o menor estatuto hierárquico (João et al., 2023), a juventude e a inexperience profissional (Handa et al., 2019; Ruíz-González et al., 2020) são fatores que aumentam a probabilidade de vitimização. Interessantemente, os participantes que não acumulavam funções em outros serviços apresentaram médias significativamente superiores na Dimensão Isolamento, o que poderá indicar que a diversidade de contextos laborais atua como fator protetor, na medida em que facilita a criação de redes de apoio, proporciona novas dinâmicas de equipa e reduz a exposição prolongada a ambientes tóxicos. Tal como Machul et al. (2024) e Tsai e Chang (2022) referem, os ambientes de trabalho tóxicos afetam negativamente toda a equipa, o estudo atual demonstrou que uma melhor avaliação do ambiente laboral e maior frequência de trabalho em equipa estão associadas a menores níveis de *Mobbing* em todas as Dimensões. Adicionalmente, em consonância com Machul et al. (2024), verificou-se que os profissionais satisfeitos com o seu trabalho ou sem intenção de mudar de serviço apresentam médias significativamente inferiores de *Mobbing*, o que pode sugerir que a insatisfação laboral e o desejo de mudança podem resultar da exposição a comportamentos abusivos; por outro lado, ambientes de trabalho saudáveis tendem a favorecer a retenção de profissionais e a promoção da satisfação no exercício da profissão.

Características dos intervenientes em processo de *Mobbing*.

Para uma compreensão mais abrangente da dinâmica do *Mobbing* em contexto de Enfermagem, importa abordar os seus intervenientes. Na análise efetuada, a maioria dos

agressores identificados pertence ao género feminino, resultado coerente com a predominância de mulheres na profissão de Enfermagem. Esta tendência encontra respaldo em Plos e Prosen (2022), que associam esse dado à composição feminina das equipas, e não a fatores intrínsecos ao género. Os resultados reforçam a conceção do *Mobbing* como um fenómeno relacional e dependente do contexto. Relativamente à faixa etária, 59,2% dos agressores têm entre 40 e 60 anos, o que sugere que a senioridade poderá favorecer a adoção de comportamentos abusivos. Esta conclusão encontra suporte em Ruíz-González et al. (2020), que associaram os agressores a maior antiguidade ou poder hierárquico, e interpretaram essa associação como uma forma de abuso de autoridade ou manifestação de resistência à mudança. No que respeita à hierarquia, 40,7% dos comportamentos de *Mobbing* tiveram origem em superiores, o que configura uma forma de *Mobbing* descendente. Este padrão surge em consonância com estudos de Mendes e Veiga (2023), Sousa et al. (2021) e Ruíz-González et al. (2020), que identificaram lideranças como potenciais fontes de condutas abusivas. Simultaneamente, 42,6% das situações reportadas ocorreram entre colegas, o que evidencia a relevância do *Mobbing* horizontal. Esta realidade é confirmada por Plos e Prosen (2022) e Yoo e Ahn (2020), que associam tais episódios a rivalidades, competição e conflitos interpessoais. Adicionalmente, 16,7% das agressões foram atribuídas a médicos, o que demonstra a complexidade inerente às dinâmicas interprofissionais. Embora esta vertente não constitua o foco central da maioria dos estudos, Mendes e Veiga (2023) identificaram desigualdades de poder e falhas na comunicação como potenciais fatores de *Mobbing* entre diferentes grupos profissionais. Em síntese, os dados obtidos confirmam a existência de múltiplas origens para o *Mobbing*, tanto verticais como horizontais, influenciadas por fatores como a antiguidade, a posição hierárquica e a estrutura relacional das equipas.

No presente estudo, constata-se que 49,1% dos respondentes afirmam já ter presenciado condutas de *Mobbing* dirigidas a colegas em situação de vulnerabilidade. Este resultado está em linha com diversos estudos, como os de Aristidou et al. (2020) e Sousa et al. (2021), que revelam também uma proporção significativa de Enfermeiros que testemunharam comportamentos abusivos em contexto laboral. Esta convergência evidencia que o *Mobbing*, para além de afetar diretamente as vítimas, é um fenómeno visível para a equipa, com implicações éticas e emocionais para os observadores. No

entanto, os dados analisados também demonstram uma diversidade nas respostas emocionais e comportamentais dos colegas que assistem a estas situações. As reações referidas pelos participantes incluem sentimentos intensos de revolta, impotência, vergonha, raiva e injustiça, o que se coaduna com o descrito por Al-Ghabeesh & Qattom (2019), Andrade et al. (2022) e Machul et al. (2024), que destacam o sofrimento emocional dos espectadores como um efeito colateral relevante do *Mobbing*. Estas emoções traduzem um profundo mal-estar ético e uma percepção de violação dos princípios de justiça e solidariedade profissional.

Impacto pessoal das experiências de *Mobbing*.

No presente estudo, 88,9% das vítimas afirmaram que o *Mobbing* afetou negativamente a sua saúde física e/ou mental. Entre as manifestações mais frequentes, destacam-se ansiedade, distúrbios do sono (insónias e pesadelos), e sentimentos de medo e insegurança. Estes achados são consistentes com a literatura internacional e nacional, onde se identificam frequentemente sintomas como ansiedade, insónia, depressão, irritabilidade, frustração, impotência, medo e sensação de fracasso, em consequência do *Mobbing* (Andrade et al., 2022; Machul et al., 2024; Mendes & Veiga, 2023; Sá, 2008; Zhou et al., 2025).

Além dos sintomas emocionais e psicológicos, no presente estudo foram também referidas manifestações físicas (6,3%), o que inclui diarreia, vômitos, náuseas, tonturas e dores físicas inespecíficas. Embora tais queixas somáticas sejam menos referidas neste estudo, Mendes e Veiga (2023) confirmam a associação entre *Mobbing* e problemas de saúde física, nomeadamente distúrbios gastrointestinais, cefaleias e agravamento de patologias crónicas, o que corrobora os resultados aqui encontrados.

Outro aspeto relevante da presente investigação prende-se com o impacto do *Mobbing* na esfera social e familiar. Verificou-se que 6,3% dos respondentes relataram alterações no seio familiar e igual percentagem mencionou isolamento social como consequência direta da experiência de *Mobbing*. Estes dados estão em consonância com as conclusões de Teixeira e Dias (2015), que identificaram discussões conjugais e dificuldades no seio familiar como efeitos colaterais frequentes, e com Piri et al. (2024), que destacam o impacto psicológico do *Mobbing* nos familiares, inclusive nas crianças, devido ao ambiente emocionalmente instável gerado pelo sofrimento do profissional de saúde.

Ainda no presente estudo, 4,2% dos enfermeiros recorreram a atestado médico, o que indica a presença de um nível de perturbação com impacto no desempenho laboral. Embora esta percentagem seja modesta, converge com a literatura que associa o *Mobbing* a absentismo laboral prolongado e perdas funcionais significativas (João et al., 2023). Por outro lado, não foram reportados casos de ideação suicida, uso de psicofármacos ou abandono profissional, aspetos que são mencionados em algumas publicações como manifestações extremas das consequências do *Mobbing* (Zhou et al., 2025; Andrade et al., 2022).

Impacto profissional das experiências de *Mobbing*.

As consequências individuais estendem-se ao contexto laboral, o que afeta a qualidade dos cuidados e a dinâmica das equipas. Os dados do presente estudo revelam que 64,8% dos enfermeiros participantes consideram que o *Mobbing* comprometeu o seu desempenho no local de trabalho. Entre as consequências concretas identificadas encontram-se o mau ambiente (11,1%), a ansiedade (6,7%), a falta de vontade de ir trabalhar (6,7%), o *stress* excessivo (4,4%), o isolamento social (2,2%) e as dificuldades no desenvolvimento profissional (2,2%), entre outras manifestações de mal-estar e retração na dinâmica de equipa. Estes achados alinham-se com os resultados de Collins et al. (2022), Tsai e Chang (2022), Mendes e Veiga (2023) e Sá (2008) de que o *Mobbing* compromete significativamente a performance profissional, é identificado como fator de quebra de produtividade, perda de motivação e insatisfação com o ambiente de trabalho. No presente estudo, dos 53,3% de respondentes que referiram consequências negativas no trabalho, 55,6% não especificaram as causas. Este resultado é congruente com autores como Piri et al. (2024) e Andrade et al. (2022), que salientam a dificuldade em verbalizar os efeitos do *Mobbing*, o que origina uma vivência subjetiva de mal-estar difuso, mas com impacto visível no desempenho. A desmotivação, a indisponibilidade emocional e a retração relacional, tal como identificadas pelos participantes (“menos disponibilidade da minha parte”, “desconforto perante a pessoa”, “mal-estar perante os colegas”), refletem um clima organizacional desgastante, que, segundo Ruiz-González et al. (2019), tende a gerar desequilíbrios na comunicação, enfraquecimento da confiança e perturbações no funcionamento da equipa. A literatura confirma que as equipas expostas ao *Mobbing* experienciam deterioração das relações interpessoais, o que é igualmente sugerido pelos relatos dos respondentes neste estudo, que apontam

divergências com colegas (2,2%) e isolamento social (2,2%) como impactos do *Mobbing* no cotidiano profissional. Tal como descrito por Ghabeesh e Qattom (2019), nestes contextos, os Enfermeiros tendem a retrair-se e a evitar confrontos, o que reduz o seu envolvimento nas atividades coletivas, fragiliza a coesão grupal e compromete a eficácia do serviço. Além disso, os dados da investigação presente mostram uma multiplicidade de efeitos laborais com raízes emocionais, relacionais e funcionais, como o *stress* controlado, mas persistente (2,2%), e a dificuldade em progredir profissionalmente. Estes fatores refletem, de forma prática, as consequências apontadas por diversos autores (Atta et al., 2024; Machul et al., 2024), que associam o *Mobbing* à interrupção do desenvolvimento profissional, à desorganização da equipa e ao declínio da qualidade dos cuidados prestados.

Portanto, o presente estudo corrobora amplamente as conclusões da literatura internacional e confirma que o *Mobbing* compromete o desempenho profissional, tanto ao nível individual como na estrutura funcional e relacional das equipas de Enfermagem.

Estratégias de Coping pós experiências de Mobbing.

Após identificar os efeitos do *Mobbing*, é pertinente compreender de que forma os profissionais lidam com estas situações no contexto EPSC. No presente estudo verificou-se que 55,6% dos enfermeiros denunciaram situações de *Mobbing*, sobretudo ao enfermeiro gestor (33,3%), mas também a familiares (23,3%) e amigos (13,3%). Este dado confirma a importância do apoio institucional e social, já salientado por Plos e Prosen (2022), que identificam a denúncia formal e o suporte das redes de proximidade como estratégias de Coping mais eficazes. Ainda assim, destaca-se que 59,3% dos participantes não procuraram ajuda, justificando-se pelo receio de represálias, pela desvalorização da situação ou pelo medo de julgamento. Esta tendência para o silêncio e para a evitação confirma os achados de Homayuni et al. (2021) e Alan et al. (2019) que descrevem o medo e a falta de confiança nos mecanismos institucionais como barreiras à denúncia. Quanto às estratégias de Coping, a mais referida foi “aprender a não se deixar perturbar” (44,4%), seguida da indiferença (14,8%), comportamentos que se aproximam das estratégias passivas descritas por Dagli e Arslantaş (2022), associadas a maior *stresse* e menor produtividade. Apesar disso, 61,1% dos respondentes tomaram medidas para enfrentar o assédio, sendo a confrontação direta (21,2%) e o diálogo com os agressores

(9,1%) as respostas mais frequentes. Estas atitudes enquadram-se nas estratégias ativas, apontadas por Yoo e Ahn (2020) como mais eficazes para reduzir burnout e reforçar a perceção de controlo.

Em suma, os resultados deste estudo confirmam que, em contexto de EPSC, coexistem respostas passivas, que tendem a perpetuar o sofrimento, e estratégias ativas, que contribuem para a superação do fenómeno. Contudo, a elevada proporção de profissionais que não procura ajuda formal reforça a fragilidade dos mecanismos institucionais e a necessidade de promover políticas de prevenção e suporte efetivas, tal como defendido por Sousa et al. (2021) e Ruíz-González et al. (2020).

Prevenção

Os resultados do presente estudo mostraram que, quando questionados sobre medidas para declarar ou prevenir o *Mobbing*, os Enfermeiros destacaram sobretudo a necessidade de denúncia sistemática às entidades responsáveis (21,8%), quer de forma anónima, quer explícita. Este dado confirma a centralidade dos mecanismos institucionais de denúncia já sublinhada na literatura internacional, que associa a existência de canais eficazes de reporte à deteção precoce do assédio e à diminuição da sua perpetuação (Anusiewicz et al., 2021; João et al., 2023; Piri et al., 2024; Zhou et al., 2025).

Outras propostas apontadas pelos participantes incluíram a implementação de ações de formação transversais às hierarquias (10%), a promoção da comunicação aberta sobre o tema (8,6%) e a criação de gabinetes institucionais de apoio (8,2%). Estes resultados alinham-se com estudos que destacam a importância da formação contínua e da liderança vigilante como estratégias centrais na prevenção do *Mobbing*, sobretudo em contextos clínicos de elevada pressão assistencial (Al-Ghabeesh & Qattom, 2019; Ayakdas Dagli & Arslantas, 2022; Serafin & Czarkowska-Pączek, 2019).

Também foram salientadas pelos respondentes medidas como a necessidade de maior vigilância por parte das chefias (7,3%), a promoção de uma cultura ética (6,8%) e a criação de ambientes de trabalho saudáveis (5,9%). Estes achados convergem com a literatura que identifica a cultura organizacional como fator determinante na génese ou prevenção do fenómeno. Instituições caracterizadas por estruturas rígidas e pela normalização de práticas abusivas apresentam maior prevalência de *Mobbing*, ao passo que aquelas

orientadas por princípios éticos e colaborativos tendem a registar índices mais baixos de *Mobbing* (João et al., 2023; Molero Jurado et al., 2021; Varytis & Giannouli, 2023).

Em síntese, os dados do presente estudo corroboram a evidência internacional ao evidenciar que a prevenção do *Mobbing*, segundo a percepção dos Enfermeiros, requer uma abordagem multidimensional, que passa por reforçar a confiança nos mecanismos de denúncia, apostar em formação e comunicação eficazes, fortalecer o papel da liderança ética e consolidar uma cultura organizacional baseada na dignidade e respeito pelos profissionais.

Apesar da consistência metodológica e da utilização de um instrumento de colheita de dados validado para a população portuguesa, este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas. A utilização de uma amostra probabilística e o desenho transversal restringem a generalização dos resultados e não permitem estabelecer relações de causalidade. Ainda assim, o tamanho da amostra e a pertinência das variáveis analisadas conferem robustez aos resultados, que constituem um contributo relevante para a compreensão do *Mobbing* em contexto da EPSC.

4. CONCLUSÕES

O presente estudo permitiu caracterizar o *Mobbing* em contexto de EPSC, alcançando os objetivos inicialmente delineados.

1- A caracterização da amostra revelou um grupo de 226 profissionais, maioritariamente feminino (77,0%), com idade média de 40,36 anos, elevada qualificação académica (54,5%), incluindo 35,0% de mestres e 19,5% de especialistas. A maioria encontrava-se em situação de conjugalidade (64,2%), tinha filhos (58,0%), possuía vínculos estáveis (97,3%) e exercia funções em UCI (57,5%) em regime de trabalho por turnos (87,6%). A média de experiência profissional situou-se em 16,47 anos, o que reflete uma população consolidada do ponto de vista profissional e integrada em contextos de elevada exigência clínica.

2- No que respeita à prevalência, verificou-se que 23,9% dos enfermeiros referiram ter sido vítimas de *Mobbing*, 25,9% referiram que o *Mobbing* teve uma duração de seis meses, 31,5% entre 7 e 12 meses, 18,5% entre 13 e 36 meses e 13,0% por mais de 36

meses. Estes resultados confirmam que o fenómeno não se limita a episódios esporádicos, assumindo, em muitos casos, carácter crónico.

3- Os resultados da análise da relação entre variáveis sociodemográficas e profissionais e o nível de prevalência de *Mobbing*, demonstraram que não existe diferenças estatisticamente significativas. Este achado indica que o fenómeno se manifesta de forma transversal na amostra, independentemente de fatores como idade, género, estado civil, nível académico, vínculo contratual ou tempo de serviço.

4- As Dimensões mais evidentes foram o Bloqueio à Comunicação ($x=1,47$), a Difamação ($x=1,15$) e o Isolamento ($x=1,00$). Os índices globais evidenciaram maior diversidade e intensidade de condutas face a estudos anteriores, com NEAP de 14,32, IGAP de 1,05 e IMAP de 1,87, o que sugere uma vivência mais abrangente e intensa do fenómeno no contexto da EPSC.

5- Foram observadas diferenças significativas entre algumas variáveis sociodemográficas e profissionais, e as Dimensões do *Mobbing*. As mulheres apresentaram médias mais elevadas nas Dimensões de Isolamento ($x=1,02$; $DP=0,48$) e Difamação ($x=1,18$; $DP=0,58$), o que confirma maior vulnerabilidade a estas formas de *Mobbing*. Os Enfermeiros Especialistas registaram valores inferiores no Bloqueio à Comunicação ($x=1,26$; $DP=0,41$), o que sugere que a formação avançada pode atuar como fator protetor. Em contrapartida, os profissionais com contrato a termo mostraram-se mais expostos em determinadas Dimensões, enquanto os que exerciam em horário fixo evidenciaram médias inesperadamente superiores em Desprestígio Pessoal ($x=1,01$; $DP=0,47$), Manipulação Profissional ($x=0,99$; $DP=0,54$) e de Ataques Diretos ($x=0,88$; $DP=0,31$). Verificou-se ainda que uma perceção mais favorável do ambiente laboral e a maior frequência de trabalho em equipa se associaram a níveis mais baixos de *Mobbing* em todas as Dimensões. De igual modo, os profissionais que se declararam satisfeitos com o seu trabalho ou sem intenção de mudar de serviço apresentaram médias significativamente inferiores, o que reforça a importância da satisfação profissional e da estabilidade organizacional como fatores protetores.

6- Quanto aos intervenientes, a maioria dos agressores identificados eram mulheres (38,9%) ou de ambos os sexos (38,9%), situando-se maioritariamente na faixa etária dos

40–60 anos (59,2%). Em termos hierárquicos, 40,7% das condutas foram atribuídas a superiores hierárquicos e 42,6% a colegas, confirmando a coexistência de *Mobbing* descendente e horizontal. Um total de 16,7% foi atribuído a médicos, ilustrando a complexidade das dinâmicas interprofissionais.

7- O impacto pessoal do fenómeno foi marcado por repercussões significativas: 88,9% dos enfermeiros referiram consequências na saúde física e/ou mental. Entre as manifestações mais frequentes destacaram-se ansiedade, insónias e pesadelos (34,5%) e sentimentos de medo e insegurança (33,3%). Foram ainda reportadas queixas físicas (6,3%), alterações na dinâmica familiar (6,3%) e isolamento social (6,3%), confirmando que os efeitos do *Mobbing* ultrapassam o espaço laboral e atingem a esfera pessoal e familiar.

8- No plano profissional, 64,8% dos enfermeiros afirmaram que o *Mobbing* comprometeu o seu desempenho. As principais repercussões incluíram mau ambiente de trabalho (11,1%), ansiedade (6,7%), falta de vontade de trabalhar (6,7%), *stress* excessivo (4,4%), isolamento social (2,2%) e dificuldades no desenvolvimento profissional (2,2%). Ainda, 4,2% recorreram a atestado médico, o que confirma repercussões objetivas na prática profissional.

9- No que se refere às estratégias de coping, verificou-se que a situação foi denunciada em 55,6% dos casos, sobretudo junto do Enfermeiro Gestor (33,3%), mas também a familiares (23,3%) e amigos (13,3%). Contudo, 59,3% não procuraram ajuda, alegando acreditar que poderiam superar a situação sozinhos (18,8%), receio de represálias (9,4%), desvalorização do problema (9,4%) ou medo de julgamento (9,4%). Entre os que procuraram apoio, destacou-se a procura de apoio psicológico (40,7%). As estratégias mais referidas foram “não se deixar perturbar” (44,4%) e indiferença (14,8%), ainda que 61,1% tenham adotado medidas ativas, como confrontação direta (21,2%) e diálogo com os agressores (9,1%).

10- Por fim, a prevenção do *Mobbing*, segundo a perceção da amostra, foi associada a uma abordagem institucional estruturada e multidimensional. A denúncia sistemática, anónima ou explícita, foi considerada central (21,8%), seguida pela valorização de formação contínua (10%), promoção da comunicação aberta (8,6%), criação de gabinetes

de apoio (8,2%), maior vigilância das chefias (7,3%), promoção de cultura ética (6,8%) e incentivo a ambientes de trabalho saudáveis (5,9%). Estes resultados confirmam que apenas instituições comprometidas com a dignidade profissional, o respeito mútuo e a segurança dos colaboradores conseguem reduzir a incidência do fenómeno e promover contextos laborais mais humanizados.

O facto é que o *Mobbing* é uma problemática mensurável que afeta negativamente a saúde mental e o desempenho profissional e relacional dos enfermeiros. A investigação futura, pode explorar os padrões longitudinais de *Mobbing*, e obter uma amostra mais representativa a nível nacional, para examinar a eficácia destas ou outras intervenções direcionadas para criar ambientes de trabalho mais seguros e favoráveis. Em suma, recriem-se os significados e sentidos da Deontologia profissional e os princípios da Ética.

5. PROJETOS PARA O FUTURO

A problemática do *Mobbing* em Enfermagem, nomeadamente na área da EPSC, impõe uma reflexão aprofundada sobre as estratégias de intervenção a desenvolver no futuro. No quadro da prática avançada, o Enfermeiro Especialista assume um papel central na prevenção, identificação precoce e atuação face a situações de violência organizacional. A sua formação diferenciada e a posição estratégica que ocupa nas equipas de saúde conferem-lhe competências específicas para intervir de forma proativa na promoção de ambientes de trabalho saudáveis.

Entre as medidas concretas a implementar, destaca-se a promoção de programas de mentoria clínica e apoio entre pares, com o objetivo de reforçar a coesão das equipas, prevenir o isolamento e fomentar uma cultura de entreajuda e solidariedade profissional. A dinamização de ações formativas regulares sobre comunicação assertiva, gestão de conflitos, inteligência emocional e liderança ética revela-se igualmente essencial para capacitar os profissionais e reduzir a ocorrência de comportamentos hostis.

No plano institucional, recomenda-se a participação ativa do Enfermeiro Especialista na conceção e implementação de protocolos específicos de deteção e registo de situações de *Mobbing*, com garantias de confidencialidade, imparcialidade e proteção para as vítimas. A colaboração na definição de indicadores de ambiente ético e relacional,

integrados nos sistemas de monitorização da qualidade e segurança, poderá também constituir uma ferramenta útil para avaliação contínua do clima organizacional.

Para além das intervenções práticas, a produção de conhecimento sobre o fenómeno deverá ser aprofundada através de futuras investigações. A realização de estudos longitudinais permite avaliar a evolução das situações de *Mobbing* ao longo do tempo e os seus efeitos cumulativos na saúde dos profissionais. Bem como investigações qualitativas podem explorar com maior profundidade a vivência subjetiva das vítimas, as estratégias de Coping adotadas e os fatores que condicionam a denúncia ou o silêncio. A comparação entre diferentes instituições e estilos de liderança contribui para a identificação de contextos protetores ou potenciadores do fenómeno.

A validação de instrumentos de rastreio e diagnósticos adaptados à realidade nacional e aos serviços de cuidados ao doente crítico também é uma prioridade, uma vez que permite intervir de forma mais célere e eficaz. A articulação entre investigação, formação e prática clínica, sob liderança dos Enfermeiros Especialistas, assume-se como uma via promissora para a construção de ambientes laborais mais justos, seguros e humanizados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Ghabeesh, S. H., & Qattom, H. (2019). Workplace bullying and its preventive measures and productivity among emergency department nurses. *BMC Health Services Research*, 19(445), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4268-x>
- Alan, H., Ozen Bekar, E., Ciftcioglu, G., & Karadag, M. (2019). Relationship between mobbing encountered by nurses and learned resourcefulness. *International Journal of Caring Sciences*, 12(2), 1008–1016. <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org>
- Andrade, M. J. S., Valverde, C. J. L., & Guimarães, M. I. G. G. C. (2022). Assédio moral nos profissionais de Enfermagem na União Europeia: Meta-análise qualitativa [Dissertação de mestrado não publicada]. Universidade Católica do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.14/38863>
- 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.org/10.1002/nur.22117>
- Aristidou, L., Mpouzika, M. D. A., & Karanikola, M. N. K. (2020). Exploration of workplace bullying in emergency and critical care nurses in Cyprus. *Connect: The World of Critical Care Nursing*, 13(4), 162–174. <https://doi.org/10.1891/WFCCN-D-19-00010>
- Assembleia da República. (2009, 12 de fevereiro). Lei n.º 7/2009 — Aprova a revisão do Código do Trabalho. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 29. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/7-2009-499656>
- Assembleia da República. (2017, 16 de agosto). Lei n.º 73/2017 — Reforça o quadro legislativo para a prevenção da prática de assédio, procedendo à 12.ª alteração ao Código do Trabalho. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 157, 4715–4717.
- Atta, M. H. R., Elzohairy, N. W., Abd Elaleem, A. E. D. M. H., Othman, A. A., Hamzaa, H. G., El-Sayed, A. A. I., & Zoromba, M. A. (2024). Comprehending the disruptive influence of workplace gaslighting behaviours and mobbing on nurses' career entrenchment: A multi-centre inquiry. *Journal of Advanced Nursing*, 1–14. <https://doi.org/10.1111/jan.16368>
- Ayakdas Dagli, D., & Arslantas, H. (2022). Mobbing and relevant factors experienced by nurses in the workplace: A cross-sectional study from Western Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 15(1), 177–190. <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org>

- Carvalho, G. D. (2009). O mobbing nos enfermeiros. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 73–81. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832323007>
- Collins, B. (2021). *Mobbing and job satisfaction among registered nurses in Mississippi* [Tese de doutoramento, University of Southern Mississippi]. Aquila Digital Community. <https://aquila.usm.edu/dissertations/1908>
- Collins, B. (2022). *Mobbing and workplace bullying among registered nurses in Mississippi*. *The ABNFF Journal*, 1(2), 20–33.
- Costigan, R., & Brink, K. (2020). Developing listening and oral expression skills: Pillars of influential oral communication. *Journal of Management Education*, 44(2), 129–164. <https://doi.org/10.1177/1052562919890895>
- Coutinho, C. P. (2018). *Metodologia de investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e prática*. Almedina.
- Dapilah, E., & Druye, A. A. (2024). Investigating workplace bullying (WPB), intention to quit and depression among nurses in the Upper West Region of Ghana. *PLOS ONE*, 19(11), e0305026. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305026>
- Durmuş, S. Ç., Topçu, İ., & Yıldırım, A. (2018). *Mobbing behaviors encountered by nurses and their effects on nurses*. *International Journal of Caring Sciences*, 11(2), 905–913. <https://www.researchgate.net/publication/328353743>
- Einarsen, S. V., Hoel, H., Zapf, D., & Cooper, C. L. (Eds.). (2020). *Bullying and harassment in the workplace: Theory, research and practice* (3rd ed.). CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9780429462528>
- Fishman, J., Yang, C., & Mandell, D. (2021). Attitude theory and measurement in implementation science: A secondary review of empirical studies and opportunities for advancement. *Implementation Science*, 16(87), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01153-9>
- Gonçalves, J., & Oliveira, R. T. (2018). Assédio moral no trabalho: Aspectos fundamentais de entendimento e coping. In R. T. Oliveira, S. R. Tolfo, L. A. Künzle, F. C. Zanin, & C. M. F. Prisco (Orgs.), *Assédio moral no trabalho: Fundamentos e ações* (pp. 22–49). Lagoa Editora.
- González de Rivera, J. L., & Rodríguez-Abuín, M. (2005). Cuestionario de estrategias de acoso psicológico: El LIPT-60. *Psiquiatria.com*, 7. <http://www.psiquiatria.com>

- Hirigoyen, M.-F. (2001). *Assédio moral: A violência perversa no cotidiano*. Bertrand Brasil.
- 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(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00578-3>
- João, A. L. S. (2012). Estudo de validação da Escala LIPT-60 nos enfermeiros portugueses. *INFAD Revista de Psicologia*, 4(1), 335–343. <https://www.researchgate.net/publication/312990587>
- João, A., & Portelada, A. (2016). *Mobbing* and its impact on interpersonal relationships at the workplace. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(14), 2879–2901. <https://doi.org/10.1177/0886260516662850>
- João, A. L., Vicente, C. M., & Portelada, A. F. (2023). Impacto e prevalência do assédio no trabalho no contexto de enfermagem em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), e22059. <https://doi.org/10.12707/RVI22059>
- Kabir, H., Chowdhury, S. R., Roy, A. K., Chowdhury, S. A., Islam, M. N., Chomon, R. J., Akter, M., & Hossain, A. (2023). Association of workplace bullying and burnout with nurses' suicidal ideation in Bangladesh. *Scientific Reports*, 13, 14641. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-41594-4>
- Leymann, H. (1989). Presentation av LIPT-formulret: Konstruktion, vlidering, utfal [Leymann Inventory for Psychological Terrorization: Development, validation, and results]. *Violen.*
- Leymann, H. (1996). The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), 165–184. <https://doi.org/10.1080/13594329608414853>
- Liaqat, M., Liaqat, I., Liaqat Awan, R., & Bibi, R. (2021). Exploring workplace bullying and turnover intention among registered nurses in tertiary hospitals, Lahore, Pakistan. *International Journal of Nursing Education*, 13(2), 70–76. <https://doi.org/10.37506/ijone.v13i2.14636>
- Machul, M., Krasucka, K. N., Pelc, D., & Dziurka, M. (2024). Impact of workplace bullying on nursing care quality: A comprehensive review. *Medical Science Monitor*, 30, e944815. <https://doi.org/10.12659/MSM.944815>
- Mendes, B. M. S., & Veiga, M. A. R. (2023). *Mobbing – Assédio moral no trabalho como fator desencadeante de stress laboral em enfermeiros* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca Digital do IPB.

- Molero Jurado, M. M., Martos Martínez, Á., Barragán Martín, A. B., Simón Márquez, M. M., Oropesa Ruiz, N. F., Sisto, M., Pérez-Fuentes, M. 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>
- Nunes, S. F. H. (2019). Assédio moral no trabalho: O caso do contexto hospitalar [Dissertação de mestrado, Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório ISCTE-IUL. <http://hdl.handle.net/10071/19935>
- Pérez-Álvarez, M. (2018). Psychology as a science of subject and comporment, beyond the mind and behavior. *Integrative Psychological & Behavioral Science*, 52(1), 25–51. <https://doi.org/10.1007/s12124-017-9408-4>
- Pinto, A., & Nunes, A. (2015). *Mobbing* nos enfermeiros em ambiente hospitalar [Dissertação de mestrado não publicada]. Universidade da Beira Interior. <http://hdl.handle.net/10400.6/3436>
- Piri, S., Jalali, R., & Khatony, A. (2024). Consequences of workplace bullying from nurses' perspectives: A qualitative descriptive study in Iran. *Nursing Open*, 11, e70060. <https://doi.org/10.1002/nop2.70060>
- Plos, A., Prosen, M., & Bizjak, M. (2022). Workplace mobbing and intimidation among Slovenian hospital staff nurses: A pilot study. *Kontakt*, 24(3), 221–228. <https://doi.org/10.32725/kont.2022.023>
- Regulamento n.º 361/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015, 26 de junho). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem em pessoa em situação crítica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 123.
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018, 16 de julho). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 135.

- Rodríguez, C. V., & Paravic, K. T. (2017). Abuso verbal e assédio moral em serviços de atendimento pré-hospitalar no Chile. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, e2894. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1807.2894>
- Ruíz-González, K. J., Pacheco-Pérez, L. A., García-Bencomo, M. I., Gutiérrez Diez, M. C., & Guevara-Valtier, M. C. (2020). Percepción del mobbing entre el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 31(3), 113–119. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.03.007>
- Sá, L. (2008). O assédio moral e o “bornout” na saúde mental dos enfermeiros [Manuscrito não publicado]. ResearchGate.
- Saraiva, D. M. R. F., & Pinto, A. S. S. (2011). *Mobbing* em contexto de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(5), 83–93. <https://doi.org/10.12707/RIII1156>
- Serafin, L. I., & Czarkowska-Pączek, B. (2019). Prevalence of bullying in the nursing workplace and determinant factors: A nationwide cross-sectional Polish study survey. *BMJ Open*, 9(12), e033819. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033819>
- Sousa, L. S., Oliveira, R. M., Santiago, J. C. S., Bandeira, É. S., Brito, Y. C. F., Alves, H. F. A., & Almeida, P. C. (2021). Predictors of moral harassment in nursing work in critical care units. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(3), e20200442. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0442>
- Sun, M., Han, J., Qiao, Y., Wang, J., Jiang, M., & Zhang, M. (2024). Latent classes of personality traits and their relationship with workplace bullying among acute and critical care nurses. *Journal of Nursing Management*, 2024, 3238636. <https://doi.org/10.1155/2024/3238636>
- Teixeira, D. L. A. I., Dias, A. M., & Perreira, C. M. F. (2015). *Mobbing* nos enfermeiros [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/3225>
- Tsai, J. C., & Chang, W. P. (2022). The mediating effect of job satisfaction on the relationship between workplace bullying and organizational citizenship behavior in nurses. *Work*, 72(4), 1099–1108. <https://doi.org/10.3233/WOR-210036>
- Varytis, A., & Giannouli, V. (2023). Workplace mobbing, group cohesion and intraindividual variables in nurses from a rural hospital in Northern Greece: A correlation study. *Work*, 76(3), 1255–1261. <https://doi.org/10.3233/WOR-220607>

- Vilelas, J. (2022). *Investigação: O processo de construção do conhecimento* (3.ª ed.). Edições Sílabo.
- Xia, G., Zhang, Y., Dong, L., Alan, F., Pu, Y., Luo, J., Chen, Y., & Lei, Z. (2023). The mediating role of organizational commitment between workplace bullying and turnover intention among clinical nurses in China: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 22(360), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01547-8>
- Yang, Y.-M., & Zhou, L.-J. (2021). Workplace bullying among operating room nurses in China: A cross-sectional survey. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(1), 27–32. <https://doi.org/10.1111/ppc.12519>
- Yoo, S. Y., & Ahn, H. Y. (2020). Nurses' workplace bullying experiences, responses, and ways of coping. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 7052. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197052>
- Zhou, J.-Z., Liu, X., & Ye, G.-J. (2025). The impact of workplace bullying on depression among clinical nurses in China: A comparative analysis. *Medicine*, 104(2), e41246. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000041246>

