UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

BENEDITA GONÇALES DE ASSIS RIBEIRO

ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DA
NURSING INCIVILITY SCALE – NIS
PARA ENFERMEIROS BRASILEIROS

RIBEIRÃO PRETO
2018

BENEDITA GONÇALES DE ASSIS RIBEIRO

**ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DA
NURSING INCIVILITY SCALE – NIS
PARA ENFERMEIROS BRASILEIROS**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem.

LINHA DE PESQUISA:

PRÁTICA SOCIAL E PROFISSIONAL EM SAÚDE

ORIENTADOR:

PROF^a. DR^a. MARIA LÚCIA DO CARMO
CRUZ ROBAZZI

**RIBEIRÃO PRETO
2018**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

Bibliotecária: Aparecida de Lourdes Mariani – CRB-9/1230

R484a Ribeiro, Benedita Gonçalves de Assis.

Adaptação cultural e validação da *Nursing Incivility Scale* – NIS para enfermeiros brasileiros / Benedita Gonçalves de Assis Ribeiro. – Ribeirão Preto, 2018.
215 f. : il.

Orientador: Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi.

Tese (Doutor em Ciências) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem, 2018. Inclui bibliografia.

1. Incivildade – Teses. 2. Enfermeiros – Conduta – Teses. 3. Ambiente de Trabalho – Teses. 4. Estudos de validação – Teses. I. Robazzi, Maria Lúcia do Carmo Cruz. II. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

BENEDITA GONÇALES DE ASSIS RIBEIRO

**ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DA *NURSING INCIVILITY*
SCALE – NIS PARA ENFERMEIROS BRASILEIROS**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Doutor em
Ciências, Programa Interunidades de
Doutoramento em Enfermagem.

APROVADO EM: ____/____/____

COMISSÃO JULGADORA

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Dedicatória

A Deus,
que tem sido rico em misericórdia,
Toda Honra, Glória e Poder.
"Instruir-te-ei e ensinar-te-ei o caminho que deves
seguir: guiar-te-ei com os meus olhos" Sl 32:8

Aos meus filhos Rebeca e Pedro Ivo
que os momentos de ausência possam ser
recompensados por um futuro de conquistas
e alegrias; é por e para vocês mais esta vitória.

A vocês, todo meu amor!

Agradecimentos

Ao meu pai Zely de Assis Ribeiro,
um grande exemplo de honestidade e garra
que procuro seguir sempre.

À minha mãe Maria Gonçalves Ribeiro,
pelas incansáveis palavras de motivação.
Nunca me esquecerei das suas mensagens positivas:
"Jogue a peteca pra cima, não deixe cair".

À querida professora Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi,
que mais do que minha orientadora, é minha amiga,
uma fada nos momentos em que mais preciso.
Obrigada por acreditar em mim!
Muito obrigada pela paciência e carinho.

Às minhas cunhadas Renata e Leda,
por todo carinho, cuidado e atenção para comigo e
para com meus filhos em todos os momentos,
cada uma do seu jeito, tempo e maneiras, vocês
são especiais e indispensáveis em nossas vidas.

Às minhas irmãs Lília e Dami,
obrigada pelo incentivo, pelas palavras
de encorajamento em diferentes
momentos da minha vida,
amo vocês!

Às Professoras Dra. Eleine Penha Martins,
Maria Cristina Ferreira Fontes,
Andréia Bendine Gastaldi,
Maria Cristina Bobroff, Juliana Montezeli,
Denise Pereira Meier, Aline Franco da Rocha,
minhas companheiras de área, por toda a colaboração
e incentivo para minha capacitação. Sou muito grata
pela oportunidade de trabalhar junto a vocês.

Às Professoras Julia e Maria do Carmo
pelo incentivo.

Às amigas Sonia Akiko Hirazawa,
Inês Gimenes Rodrigues e
Olga Chizue Takahashi (*in memoriam*),
pelo grande incentivo, "empurrão",
para a chegada a este momento.

Às minhas amigas Marisa, Fátima e Maurem,
"existem amigos mais chegados que um irmão".
Obrigada por estarem sempre
por perto, vocês são mais que especiais.

Aos meus colegas de doutorado,
que fizeram deste um momento especial.
Principalmente Camila Sampaio;
juntas trocamos angústias e conquistas, crescemos
e amadurecemos e, com certeza, tornamo-nos
profissionais mais capacitadas.

Às professoras Maria Helena Palucci Marziale
e Fernanda Ludmila Rossi Rocha,
pelas valiosas contribuições e carinho
no exame de qualificação.

À Professora Claudia Benedita,
por ter compartilhado seus saberes.

Ao Prof. Dr. Steve Jex,
autor da escala original, pela atenção e repostas
imediatas as minhas questões, meu muito obrigado.

Aos professores das disciplinas cursadas no Doutorado,
muito obrigada pelo muito que aprendi com cada um de vocês.

Às instituições hospitalares e aos enfermeiros
que participaram do estudo, muito obrigada
pela disponibilidade.

A todos os profissionais do Comitê de Juízes,
pelo brilhantismo no trabalho e valiosa contribuição
para o processo de adaptação da escala.

À Andressa Fernanda,
querida companheira de pós graduação,
obrigada pelas excelentes contribuições para
a finalização desta jornada.

Ao grupo de pesquisa NUESTUEL,
pelas experiências e conhecimentos divididos.

Aos profissionais e profissionalismo de
Sonia Akiko Hirazawa, Wilian e
Professores do Top Course,
pela tradução para o Português e/ou
retrotradução para o Inglês e à
Vilma pela normalização das referências.

À Universidade Estadual de Londrina,
Departamento de Enfermagem,
que mais do que um local de trabalho, tornou-se
parte da minha vida nestes longos anos.
Minha vida profissional estabeleceu-se e
fortificou-se graças a vocês.

Às minhas alunas, Jessica, Edrian, Mariana e Amanda,
sem vocês seria muito difícil chegar até aqui.
Obrigada!

À Édna,
obrigada pela dedicação e arte neste trabalho.

Enfim a todos que, de forma direta e indireta,
ajudaram na realização desta pesquisa,
meu muito obrigada!

*"Somente quando arrancamos da rotina
os comportamentos nocivos,
é que alteramos positivamente a
ambiência que nos cerca"*

PE. FÁBIO DE MELO

RIBEIRO, Benedita Gonçalves de Assis. **Adaptação cultural e validação da *Nursing Incivility Scale* - NIS para Enfermeiros Brasileiros**. 2018. 215 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

RESUMO

A Incivildade no local de trabalho é definida como uma conduta divergente, com intenção obscura de prejudicar o outro, colega de trabalho, em descumprimento das regras de convivência profissional; algumas de suas manifestações são rudeza, descortesia, falta de consideração com os colegas, levando ao aumento do absenteísmo, diminuição da produtividade e até ao desligamento da vítima da instituição. O comportamento incivil na enfermagem recai particularmente sobre os profissionais recém-formados e, ainda, sobre os graduandos de enfermagem, pois são considerados mais suscetíveis, por serem mais jovens, com menor experiência de vida pessoal e profissional, mais inibidos para o confronto, tornando-os expostos aos “ataques” de incivildade. Este estudo, de delineamento metodológico, quantitativo, tem como objetivos traduzir e adaptar culturalmente para o Brasil o instrumento *Nursing Incivility Scale* (NIS), bem como avaliar as propriedades psicométricas da versão brasileira em enfermeiros. A NIS é um instrumento americano, autoaplicável que permite o levantamento de diversas situações de incivildades para com o enfermeiro, instigadas por diferentes sujeitos que participam do cotidiano no ambiente laboral hospitalar do enfermeiro. São 42 itens, distribuídos em 8 subescalas de situações de incivildades, divididas em 5 instigadores da incivildade para com o enfermeiro, apresentando a escala Likert de resposta. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número 67446417.9.0000.5393 em 12 de julho de 2017. Para a adaptação cultural, seguiu-se as diretrizes recomendadas pela literatura: tradução da NIS para a língua portuguesa escrita e falada no Brasil; obtenção da primeira versão consensual em português; retrotradução; obtenção da versão consensual em inglês e comparação com a versão original; avaliação dos itens por um comitê de juízes e avaliação semântica da NIS; pré-teste da versão em português. A versão adaptada foi aplicada no período de janeiro e fevereiro de 2018, os dados foram coletados em três hospitais de grande porte, de atenção terciária em uma cidade da região sul do Brasil, a um total de 332 enfermeiros. A maioria dos entrevistados era do sexo feminino (89,2%) e com idade entre 22 a 39 anos (68,9%), sendo que 52,3% eram casados ou tinham união estável. Quanto as propriedades psicométricas, a Validade de Construto Convergente verificou a correlação de Pearson entre a NIS e o Inventário de Estresse em Enfermeiros – IEE, com $p=0,479$ ($p<0,001$) demonstrando existência de correlação entre elas. A Validade de Construto foi verificada por meio da análise fatorial exploratória (AFE) e da análise fatorial confirmatória (AFC), com oito fatores, com variância de 0,77 no total, a análise com oito fatores sugeriu a exclusão do item 35, mantendo a escala com 42 itens. A fidedignidade foi investigada por meio da consistência interna, considerando que o *Alfa de Cronbach* para fatores 1 e 2 juntos foi de 0,836 e para os fatores 3, 4 e 5 foi de 0,911. Assim pode-se concluir que a versão adaptada da *Nursing Incivility Scale*, para a realidade brasileira, apresenta resultados satisfatórios de validade e fidedignidade. Este estudo produziu novos conhecimentos científicos relevantes para o trabalhador enfermeiro, na avaliação inicial de incivildade no ambiente de trabalho e pode oferecer às instituições hospitalares informações para aprofundar o tema entre seus colaboradores.

Descritores: Incivildade, trabalho, enfermeira, hospital, tradução, estudo de validação.

RIBEIRO, Benedita Gonçalves de Assis. **Cultural adaptation and validation of the Nursing Incivility Scale - NIS for Brazilian Nurses**. 2018. 215f. Theses (Doctorate) – Ribeirão Preto Nursing School, São Paulo University, Ribeirão Preto, 2018.

ABSTRACT

Incivility in the workplace is defined as a divergent conduct with the obscure intention of harming a coworker, in violation of professional coexistence rules; sometimes it is manifested through rudeness, discourtesy, lack of consideration with coworkers, leading to increase in absenteeism, diminished productivity and even employment termination. Uncivil behavior in nursing falls particularly over recently graduated professionals, but also over undergraduate nurses, who are considered more susceptible as they are younger, with less personal and professional experience, more inhibited to confront, making them more prone to “incivility attacks”. This study of methodological and quantifiable delimitation has the objective of translating and culturally adapting to Brazil the instrument Nursing Incivility Scale (NIS), evaluating the psychometrical properties of the Brazilian version in nurses. NIS is a self-applicable American instrument, which allows for the identification of several incivility situations toward nurses, instigated by different individuals that participate in the day-to-day activities of the nurse’s hospital work environment. There are 42 items, distributed in 8 subscales of incivility situations, divided in 5 instigators of incivility towards nurses, presenting the Likert scale of response. This study was approved by the Research Ethics Committee under number 67446417.9.0000.5393 in July 12, 2017. For the cultural adaptation, the following literature recommended directives were followed: (i) translation into Portuguese written and spoken in Brazil (ii) completion of the first consensual version in Portuguese (iii) retro translation; (iv) completion of the consensual version in English and comparison with the original version; (v) evaluation of the items by a committee of judges; (vi) semantical evaluation of the NIS; (vii) pretest of the Portuguese version. The adapted version was applied between January and February 2018, with data being collected in 3 large hospitals of tertiary care, in a large city in the South Region of Brazil, canvassing 332 nurses, most of which were female (89.2%), aged between 22 and 39 years old (68.9%), and 52.3% were married or had a stable relationship. Regarding the psychometric properties, the validity of the convergent construct was verified by the Pearson correlation between NIS and the Inventory of Stress in Nurses (*Inventário de Estresse em Enfermeiros – IEE*), with $p=0.479$ ($p<0.001$) demonstrating the correlation between them. The validity of the construct was verified by the exploratory factorial analyses (EFA) and the confirmatory factorial analyses (CFA), with 8 factors, with a variance of 0.77 in total. The analyses with 8 factors suggested the exclusion of item 35, maintaining the scale with 42 items. The reliability was investigated through the internal consistency, considering the *Alfa de Cronbach* for factors 1 and 2 together of 0.836 and for factors 3, 4 and 5 of 0.911. We reached the conclusion that the version of the Nursing Incivility Scale adapted to the Brazilian reality presented satisfactory results of validity and reliability. This study produced new scientific knowledge relevant to nurses, in the initial appraisal of incivility in the workplace, and can provide hospital institutions with information that can help understand how this issue affects their workforce.

Descriptors: Incivility, work, nurse, hospital, translation, validation study.

RIBEIRO, Benedita Gonçalves de Assis. **Adaptación cultural y validación de la *Nursing Incivility Scale* - NIS para Enfermeros Brasileños**. 2018. 215f. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

RESUMEN

La Incivilidad en el lugar de trabajo es definida como una conducta divergente, con intención oscura de perjudicar al colega de trabajo, en incumplimiento de las normas de convivencia profesional; algunas de sus manifestaciones son rudeza, descortesía, falta de consideración con los colegas, ocasionando el aumento del absentismo, disminución de la productividad e incluso el pedido de dimisión por parte de la víctima. El comportamiento descortés en la enfermería recae particularmente sobre los profesionales recién-graduados y, aún sobre los graduandos de enfermería, pues son considerados más susceptibles, por el hecho de que sean más jóvenes, con menos experiencia de vida personal y profesional, más inhibidos para el confronto, haciéndolos expuestos a los “ataques de incivilidad”. Este estudio, de delineamiento metodológico, cuantitativo, tiene como objetivos traducir y adaptar culturalmente para el Brasil el instrumento *Nursing Incivility Scale* (NIS), así como evaluar las propiedades psicométricas de la versión brasileña en enfermeros. NIS es un instrumento americano, auto aplicable que permite el análisis de diversas situaciones de incivildades para con el enfermero, instigadas por diferentes sujetos que participan del día a día en el ambiente laboral hospitalario del enfermero. Son 42 ítems, distribuidos en 8 subescalas de situaciones de incivildades, divididas en 5 instigadores de la incivildad para con el enfermero, presentando la escala Likert de respuesta. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación con el número 67446417.9.0000.5393 el 12 de julio de 2017. Para la adaptación cultural, fueron seguidas las directrices recomendadas por la literatura: traducción de la NIS a la lengua portuguesa hablada y escrito en Brasil; obtención de la primera versión consensual en portugués; retro traducción; obtención de la versión consensual en inglés y comparación con la versión original; evaluación de los ítems por un comité de jueces; y evaluación semántica de la NIS; prueba previa de la versión en portugués. La versión adaptada fue aplicada en el período de enero y febrero de 2018, los datos fueron recopilados en 3 hospitales de gran porte, de atención terciaria en una ciudad de la región sur de Brasil, con un total de 332 enfermeros. La mayoría de los entrevistados era del sexo femenino (89,2%) y con la edad entre 22 y 39 años (68,9%), siendo que el 52,3% eran casados o tenían unión estable. En cuanto a las propiedades psicométricas, la validez de constructo convergente fue verificada la correlación de Pearson entre la NIS y el Inventario de Estrés en Enfermeros – IEE, con $p=0,479$ ($p<0,001$) demostrando existencia de correlación entre ellas. La validez de constructo fue verificada a través del análisis factorial exploratoria (AFE) y del análisis factorial confirmatoria (AFC), con ocho factores, con variancia de 0,77 en el total, el análisis con ocho factores sugirió la exclusión del ítem 35, manteniendo la escala con 42 ítems. La fiabilidad fue investigada a través de la consistencia interna, considerando que el *Alfa de Cronbach* para factores 1 y 2 juntos fue de 0,836 y para los factores 3, 4 y 5 fue de 0,911. De ese modo podemos concluir que la versión adaptada de la *Nursing Incivility Scale*, para la realidad brasileña, presenta resultados satisfactorios de validez y fiabilidad. Este estudio produjo nuevos conocimientos científicos relevantes para el trabajador enfermero, en la evaluación inicial de incivildad en el ambiente laboral y puede ofrecer a las instituciones hospitalarias informaciones para profundizar el tema entre sus colaboradores.

Descriptores: Incivildad, trabajo, enfermería, hospital, traducción, estudio de validación.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAOS/IWH	<i>Academy of Orthopedic Surgeons/Institute for Work and Health</i>
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AFE	Análise Fatorial Exploratória
CC	Confiabilidade Composta
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFI	Comparative Fit Index
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CP1	Consenso Português 1
CP2	Consenso Português 2
DISABKIDS	<i>Disabilities Kids</i>
ECO	Estrutura e Cultura Organizacional
EERP/USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
EUA	Estados Unidos da América
FIT	Fatores Intrínsecos ao Trabalho
H₀	Hipótese nula
H1	Hospital “1”
H2	Hospital “2”
H3	Hospital “3”
HEL	Hospital Evangélico de Londrina
HUL	Hospital Universitário de Londrina
IEE	Inventário de Estresse em Enfermeiros
IHS	Inquérito de Incivilidade de Saúde

ISCAL	Irmandade Santa Casa de Londrina
NIS	<i>Nursing Incivility Scale</i>
OR	<i>Odds Ratio</i>
PEC	Papéis Estressores na Carreira
PWCC	Escala Percebida de Trabalho de Civilidade Climática
RMSEA	<i>Rot Mean Square Error of Approximation</i>
RT1	Retrotradução 1
RT2	Retrotradução 2
RT3	Consenso da Retrotradução
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SRMR	<i>Standardized Root-mean-square Residual</i>
T1	Tradução 1
T2	Tradução 2
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TLI	<i>Turcker-Lewis Fit Index</i>
VF	Versão Final
VME	Variância Média Extraída
WLQ	Questionário de Trabalho e Limitações
WRMR	<i>Weighted Root-mean-square Residual</i>

LISTA DE FIGURAS

FIGURA	1	Esquema do processo de tradução, adaptação e validação da <i>Nursing Incivility Scale</i> , Londrina, Paraná, Brasil, 2017 - 2018	84
---------------	----------	---	----

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Principais características, efeitos sobre as vítimas e autores que estudaram a incivilidade e outros comportamentos semelhantes nos ambientes de trabalho. Londrina, Paraná, Brasil, 2018	34
QUADRO 2	Principais consequências dos atos de incivilidade entre enfermeiros em diferentes países. Londrina, Paraná, Brasil, 2018	41
QUADRO 3	Síntese dos passos percorridos no processo de tradução e adaptação da <i>Nursing Incivility Scale</i> para a língua portuguesa-Brasil. Londrina, Paraná, Brasil, 2018	68
QUADRO 4	Identificação do Índice de Validade de Conteúdo da versão traduzida para o português do Brasil da <i>Nursing Incivility Scale</i> , realizado após a avaliação pelo Comitê de Juízes. Londrina, Paraná, Brasil, 2017	86
QUADRO 5	Itens da <i>Nursing Incivility Scale</i> que demonstraram alteração após a avaliação dos Juízes e do Pré-teste. Londrina, Paraná, Brasil, 2017	92
QUADRO 6	Versão Brasileira da <i>Nursing Incivility Scale</i> , para Enfermeiros. Londrina, Paraná, Brasil, 2018	97

LISTA DE TABELAS

TABELA	1	Avaliação da validação semântica realizada pelos enfermeiros (n=20) da Versão Brasileira da <i>Nursing Incivility Scale</i> , de acordo com o formulário geral do DISABKIDS*. Londrina, Paraná, Brasil, 2017	88
TABELA	2	Distribuição dos enfermeiros participantes do processo de validação da Versão Brasileira da <i>Nursing Incivility Scale</i> , segundo os dados sociodemográficos, Londrina, Paraná, Brasil, 2018. (n= 332)	99
TABELA	3	Medidas de tendência central e variabilidade dos itens da Versão Brasileira da <i>Nursing Incivility Scale</i> – Londrina, Paraná, Brasil, 2018	101
TABELA	4	Apresentação dos resultados da análise Fatorial Confirmatória da Versão Brasileira da <i>Nursing Incivility Scale</i> com exclusão do item 35 – Londrina, Paraná, Brasil, 2018	103
TABELA	5	Média/mediana e desvio padrão da aplicação da Versão Brasileira da <i>Nursing Incivility Scale</i> nos enfermeiros – Londrina, Paraná, Brasil, 2018	105
TABELA	6	Demonstrativo do <i>Odds Ratio</i> entre o maior e menor índice de incivilidade nos 3 hospitais. – Londrina, Paraná, Brasil, 2018	107
TABELA	7	Demonstrativo do <i>Odds Ratio</i> entre o maior e menor índice de estresse nos 3 hospitais. – Londrina, Paraná, Brasil, 2018	108

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
2 OBJETIVOS	25
2.1 OBJETIVOS GERAL	26
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
3 EMBASAMENTO TEÓRICO-METODOLÓGICO	27
3.1 EMBASAMENTO TEÓRICO	28
3.1.1 A CIVILIDADE E A INCIVILIDADE NO TRABALHO	28
3.1.2 INCIVILIDADE COM OS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM, CONSEQUÊNCIAS E A <i>NURSING INCIVILITY SCALE – NIS</i>	36
3.1.3 O TRABALHO NA ENFERMAGEM	45
3.1.4 ESTRESSE	49
3.2 EMBASAMENTO METODOLÓGICO	52
3.2.1 PROCESSO DE ADAPTAÇÃO CULTURAL	52
3.2.2 ANÁLISE DAS PROPRIEDADES MÉTRICAS DA VERSÃO PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO DE UM INSTRUMENTO	55
4 MATERIAL E MÉTODO	58
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	59
4.2 PERMISSÃO DO AUTOR PARA A ADAPTAÇÃO CULTURAL, VALIDAÇÃO E USO DA ESCALA DE MEDIDA	59
4.3 PROCESSO DE ADAPTAÇÃO CULTURAL	59
4.3.1 TRADUÇÃO DA <i>NURSING INCIVILITY SCALE</i> PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL	60
4.3.2 SÍNTESE E CONSENSO DAS TRADUÇÕES	60

4.3.3 RETROTRADUÇÃO OU TRADUÇÃO REVERSA (<i>BACK-TRANSLATION</i>)	61
4.3.4 AVALIAÇÃO PELO COMITÊ DE JUÍZES	62
4.3.5 ANÁLISE SEMÂNTICA	65
4.3.6 PRÉ-TESTE	67
4.4 ANÁLISE DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO ADAPTADA PARA O PORTUGUÊS DA ESCALA <i>NURSING INCIVILITY SCALE</i>	69
4.4.1 CENÁRIO DE ESTUDO	69
4.4.2 PERÍODO DE REALIZAÇÃO	70
4.4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO	70
4.4.4 COLETA DE DADOS	70
4.4.5 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS	72
4.4.5.1 <i>NURSING INCIVILITY SCALE</i> – NIS	72
4.4.5.2 INVENTÁRIO DE ESTRESSE EM ENFERMEIROS – IEE	73
4.4.5.3 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DE ASPECTOS DO TRABALHO	73
4.4.6 TAMANHO AMOSTRAL	74
4.4.7 AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS	75
4.4.7.1 ESTATÍSTICA UNIVARIADA E SENSIBILIDADE PSICOMÉTRICA	75
4.4.7.2 VALIDADE	75
4.4.7.3 CONFIABILIDADE	79
4.4.7.4 REGRESSÃO LOGÍSTICA BIVARIADA, <i>ODDS RATIO</i>	80
4.4.8 NÍVEL DE SIGNIFICÂNCIA, <i>SOFTWARE</i> ESTATÍSTICOS, PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	80
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	81

5 RESULTADOS	82
5.1 PRIMEIRA PARTE – ADAPTAÇÃO CULTURAL, VALIDAÇÃO SEMÂNTICA E PRÉ-TESTE	85
5.1.1 AVALIAÇÃO DO COMITÊ DE JUÍZES	85
5.1.2 VALIDAÇÃO SEMÂNTICA	88
5.1.3 APLICAÇÃO DO PRÉ-TESTE	89
5.2 SEGUNDA PARTE — ANÁLISE DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO BRASILEIRA DA <i>NURSING INCIVILITY SCALE</i>	98
5.2.1 CONSISTÊNCIA INTERNA	100
5.2.2 ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA	102
5.3 TERCEIRA PARTE – APLICAÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA DA <i>NURSING INCIVILITY SCALE</i> NOS ENFERMEIROS	104
6 DISCUSSÃO	110
6.1 TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DA NIS PARA A LÍNGUA PORTUGUESA — BRASIL	114
6.2 ANÁLISE DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO BRASILEIRA DA <i>NURSING INCIVILITY SCALE</i>	120
6.3 CORRELAÇÃO ENTRE A NIS E OS ENFERMEIROS E O IEE E OS ENFERMEIROS	123
7 CONCLUSÕES	128
REFERÊNCIAS	130
 APÊNDICES	
APÊNDICE A – T1 Escala de Incivilidade em Enfermagem - NIS Original	153
APÊNDICE B – T2 Escala de Incivilidade na Enfermagem	157
APÊNDICE C – CP1 Escala de Incivilidade em Enfermagem – Síntese	161

APÊNDICE D – RT1 Nursing Incivility Scale – Synthesis	164
APÊNDICE E – RT2 Nursing Incivility Scale - Synthesis	167
APÊNDICE F – RT3 Final Nursing Incivility Scale - Synthesis	170
APÊNDICE G – Instrumento para Realização da Etapa dos Juízes	172
APÊNDICE H – Convite para participação do comitê de juízes	174
APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para Comitê de Especialistas/Juízes	185
APÊNDICE J – CP2 Escala de Incivilidade em Enfermagem – Após o Comitê dos Juízes	187
APÊNDICE K – Instrumento de Caracterização Sócio Demográficas e de Trabalho	190
APÊNDICE L – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	192
APÊNDICE M – Avaliação da Escala de Incivilidade para Enfermeiros Fase Pré-Teste	194
APÊNDICE N – Versão Final	195
APÊNDICE O – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Enfermeiros	198

ANEXOS

ANEXO A – <i>Nursing Incivility Scale</i> – NIS Original	201
ANEXO B – Inventário de Estresse em Enfermeiros	204
ANEXO C – Comunicação Eletrônica com um dos Autores da NIS	206
ANEXO D – Formulário de Validação Semântica	210
ANEXO E – Formulário de Validação Semântica – Específico	211
ANEXO F – Comunicação Eletrônica com a Responsável pelo DISABKIDS no Brasil	212
ANEXO G – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	213

1 Introdução

O trabalho é importante para a humanidade e tem sido perpetuado pelos tempos; ele tem um significado para o homem; é concebido como uma profissão traduzindo o que somos ou como um emprego indicando o que temos; nesse sentido, pode ser considerado o centro definidor de cada pessoa.

É o elemento central da exploração social, porque é uma fonte de estudo de preservação das comunidades; entretanto a sua organização é um espaço que propicia o aparecimento de dissabores mentais e enfrentamento de problemas e, ao mesmo tempo, permite repor as energias dispendidas nas situações consideradas estressantes e de sobrecarga laboral de trabalho (GRADELLA JÚNIOR, 2010).

O trabalho é permeado por relações interpessoais derivadas dos entrosamentos com colegas de trabalho, supervisores, diretores, em que todos se entrelaçam, em confrontos, interpretações, a fim de estabelecer-se a comunicação.

O mundo globalizado induziu mudanças no trabalho e, conseqüentemente, no trabalhador exigindo-lhe mais competência e qualificação, o que o tem levado à sobrecarga de trabalho. Esta situação não tem sido diferente na enfermagem; os vários comportamentos observados em seus trabalhadores emergem e são congruentes com os de uma equipe vigiada porque a profissão é, em parte, controlada por elementos externos que, às vezes, podem ser profissionais médicos, gerentes e diretores, associada à falta de autonomia e com controle de atividades (WOELFLE; MCCAFFREY, 2007).

Estas e outras características profissionais da enfermagem que incluem reduzido prestígio social (SOUSA; SILVA, 2001), baixos salários (VERSA; MATSUDA, 2014), predominância feminina (LOPES; LEAL, 2005), duplos vínculos empregatícios (FRANÇA et al., 2012), cansaço físico e mental (GALINDO et al., 2012; RISSARDO; GASPARINO, 2013), excesso de trabalho (ROBAZZI et al., 2012), adoecimentos (FERRARESE; FERREIRA; CARVALHO, 2006), entre outras, podem levar ao comportamento incivil na enfermagem. Esse tipo de comportamento recai, particularmente, sobre os profissionais recém-formados e, ainda, sobre os graduandos de enfermagem, considerados mais suscetíveis, mais porque são jovens, com menor experiência de vida pessoal e profissional, mais

inibidos para o confronto, tornando-os expostos aos “ataques de incivilidade” (VESSEY; DEMARCO; DIFAZIO, 2011; DELLASEGA, 2009).

Incivilidade no local de trabalho é definida como uma conduta divergente, com intenção obscura de prejudicar o outro, companheiro de trabalho em descumprimento das regras de convivência profissional; algumas de suas manifestações são rudeza, descortesia, falta de consideração com os colegas, levando ao aumento do absenteísmo, diminuição da produtividade e, até, ao desligamento da vítima da instituição (LEWIS; MALECHA, 2011).

Normalmente, a incivilidade é dirigida a um colega de trabalho, que pode ser alguém com menos poder em relação à uma pessoa em situação de poder (MCNAMARA, 2012). Porquanto, os comportamentos incivis que mais têm aparecido na enfermagem envolvem gritar com o colega, criticar, espalhar boatos sobre ele, faltar-lhe com o apoio. Estes comportamentos diferem de *bullying* que, além dessas características anteriormente citadas, é acompanhado de intimidação e abuso psicológico, os quais ocorrem de forma repetitiva (ANA, 2012; CLARK; AHTEN, 2012; MCNAMARA, 2012).

O interesse para pesquisar este tema decorre da minha experiência profissional. Estive como Diretora de Enfermagem no Hospital Universitário de Londrina no período de 2010 a 2014 e vivenciei algumas dificuldades de relacionamento entre os colegas de trabalho, que geravam estresse e outras formas de adoecimento.

O ambiente hospitalar revela que os profissionais de enfermagem estão em constantes trocas de relações interpessoais e estas, muitas vezes, são cheias de sentimentos que chegam ao sofrimento, pelas situações vivenciadas, com manifestações como raiva, humilhação vergonha, tristeza, angústia, ansiedade, não valorização do trabalho, depressão e descontentamento laboral (DALMOLIN et al., 2012; JEONG; KURCGANT, 2010; MARTINS; ROBAZZI; PLATH, 2007; PRESTES et al., 2010).

Ao aprofundar-me, teoricamente, nessa temática deparei-me com artigos sobre a ocorrência de incivilidade na enfermagem, como uma das fontes

causadoras de estresse. Fiquei motivada, debrucei-me nesse tema e realizei uma Revisão Integrativa da Literatura com o título de “Ações de Incivilidade com os Trabalhadores de Enfermagem: evidências na prática clínica”. Na ocasião, consegui identificar 282 artigos nas bases LILACS, *PUBMED*, *CINAHL*, *WEB OF SCIENCE* e na biblioteca virtual *SCIENSE DIRECT*; entretanto, não foi encontrado texto no idioma português e, somente, 30 artigos foram selecionados para a reanálise. Destes, onze trataram sobre incivilidade com e entre profissionais de enfermagem em ambientes hospitalares e os demais versavam sobre a incivilidade com outros profissionais de saúde ou, ainda, com alunos de graduação em enfermagem. Durante esta busca deparei-me com um artigo de Ashley M. Guidroz, et al. (2010) e encontrei a “*Nursing Incivility Scale - NIS*”; esses autores descreviam essa escala, seu desenvolvimento e validação.

Portanto, considerando o desejo de aplicar esse constructo na realidade brasileira e observando a sua relevância e o resultado positivo obtido na validação da escala nos Estados Unidos, a NIS é o instrumento escolhido para ser adaptado culturalmente e validado para uso no Brasil.

Diante do exposto questiona-se: o instrumento “*Nursing Incivility Scale - NIS*”, construído no idioma inglês americano (GUIDROZ et al., 2010) desenvolvido para mensurar a incivilidade entre os trabalhadores da enfermagem é fidedigno e válido para a realidade dos trabalhadores de enfermagem do Brasil?

2 Objetivos

2.1 OBJETIVO GERAL

- ▶ Traduzir, adaptar culturalmente e validar para o idioma português falado no Brasil a “*Nursing Incivility Scale* – NIS”.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ▶ Caracterizar os trabalhadores de enfermagem participantes, por meio dos dados sociodemográficos, de trabalho e do estresse ocupacional;
- ▶ Traduzir e adaptar culturalmente a versão original em inglês americano da *Nursing Incivility Scale* para o idioma português falado no Brasil;
- ▶ Realizar a adaptação cultural desse instrumento por meio da sua tradução e retrotradução;
- ▶ Avaliar a validade de face e de conteúdo da versão brasileira adaptada da *Nursing Incivility Scale* por meio de análise de comitê de juízes;
- ▶ Avaliar as propriedades psicométricas da versão brasileira adaptada da *Nursing Incivility Scale*;
- ▶ Correlacionar a *Nursing Incivility Scale* e as variáveis sócio demográficas, laborais e de estresse dos trabalhadores enfermeiros participantes do estudo.

3 Embasamento Teórico-Metodológico

3.1 EMBASAMENTO TEÓRICO

3.1.1 A CIVILIDADE E A INCIVILIDADE NO TRABALHO

A palavra civilidade origina-se do idioma latino *civile*, designando o habitante da cidade - *civitate*. Com a agregação dos seres humanos e diante do raciocínio e consciência do Eu, iniciaram-se as relações humanas, tornando-se necessário haver o respeito entre as pessoas, surgindo a codificação das regras de convívio social (BUARQUE DE HOLANDA, 1995).

A civilidade exige, então, obediência às normas sociais, não para o bem pessoal, mas para o bem de um importante propósito moral (ROOKSTOOL, 2007).

O entendimento de civilidade é proporcional à ética, à modernidade, à renovação, à educação; se uma pessoa apresenta como prerrogativas um comportamento civil, ela necessita ser cordial e bem educada, tanto nas ações quanto no comportamento. O conceito de pessoa moral aplica-se quando ela compõe uma coletividade; nesse sentido a moral harmoniza-se com a ética e o respeito, elementos básicos para se ter um grupo civilizado (BUARQUE DE HOLANDA, 1995). A comunicação de atitudes morais faz com que a civilidade seja considerada uma virtude moral (ROOKSTOOL, 2007).

Existem muitos termos que têm sido descritos que embasam o comportamento civilizado, como: o respeito pelos outros, o cuidado, a consideração, a cortesia, o respeito pelos sentimentos dos outros, a amabilidade, a cordialidade, o respeito por outras opiniões, a maturidade, a bondade, as boas maneiras, a complacência, a justiça, a decência, o autocontrole, a preocupação, a tolerância, o altruísmo, a etiqueta, o serviço comunitário, a igualdade, a sinceridade, a moralidade, a honestidade, a consciência, a lealdade, a amizade, as boas maneiras de moderação, de escuta, de compaixão, o ser agradável, a simpatia, o estender a mão, o decoro, a observação das regras, ter boa cidadania e paz (FORNI, 2002).

Espera-se que as pessoas que pertencem a uma comunidade sejam tratadas com algum grau de respeito e cortesia; na ausência dessas qualidades do tratamento entre as pessoas, a incivilidade prevalece (CONNELLY, 2009).

No trabalho, a civilidade e a incivilidade constituem-se em fenômenos inerentes ao ambiente social laboral e apresentam implicações importantes para o bem estar psicológico dos trabalhadores (NITZSCHE, 2016).

Ser civil significa ter um comportamento que demonstra cortesia, sensibilidade e consideração pelos outros; no local de trabalho, ajuda a preservar as normas do respeito mútuo e torna-se essencial para o desenvolvimento de confiança, empatia e de relações interpessoais positivas (PEARSON, ANDERSSON, PORATH, 2000; ANDERSSON, PEARSON, 1999).

No trabalho, a civilidade pressupõe que deva existir a presença de quatro características, que são: respeito e aceitação, cooperação, relações de apoio entre colegas e resolução justa de conflitos (METERKO et al., 2007; OSATUKE et al., 2009).

Quanto à incivilidade, é uma palavra que tem raízes na palavra latina antiga incivilidade, a qual significa uma falta de civilidade, ou seja, de comunidade ou cidade (CONNELLY, 2009). Etimologicamente deriva do latim *incivilitas*, que significa violência, brutalidade e surgiu em 1727 (VIEIRA, 2007).

O termo “incivilidade” refere-se às frequentes erupções de desordem, manifestações de difícil identificação, mescladas no cotidiano, sendo compreendida, nos termos propostos por Debarbieux (1967-1997), como as transgressões no cotidiano, violações do código de boas maneiras. Não são consideradas ações ilegais, mas desrespeito à ordem determinada na vida cotidiana. Assim, as expressões de incivildades dão-se por quebras de convívio em harmonia que sinalizam uma ruptura com as normas e valores sociais convencionais. No entanto essa ruptura, trazida pelas incivildades, vai além das regras, atingindo também as expectativas em relação à convivência e os pactos sociais que perpassam as relações humanas, questões que, se supõe, sejam aprendidas desde a infância (GARCIA, 2006).

Entende-se que a civilidade e a incivilidade não chegam a ser opostos, mas se não existirem comportamentos incivis não vai haver a base para o surgimento da civilidade (LASCHINGER et al., 2014).

Nas ciências sociais a incivilidade relaciona-se aos comportamentos antissociais, transgressões e delitos (VICKERS, 2006). É uma qualidade ou caráter da consciência com ausência de manifestações formais, boas maneiras e cortesia, demonstrados por atos e palavras (VIEIRA, 2007).

É considerada uma descortesia deliberada em direção ao outro, definida como um ato de agressão, tal como, abuso verbal ou emocional ou ainda físico, sutil ou real, de um colega para com os outros; é um tipo de mau trato, uma atitude rude como ignorar alguém, interromper quem está falando, creditar para si uma ideia de outro, propalar boatos e realizar a violação não intencional de normas sociais (GUITENS, 2011, LONGO, SHERMAN, 2007, PETERS, 2014), entre outros.

O termo “incivilidade no local de trabalho” é utilizado desde 1999, quando Andersson e Pearson (1999) publicaram um artigo sobre a incivilidade nas instituições empresariais, definindo-a como um comportamento prejudicial ao outro no local de trabalho, violando normas de respeito, com as pessoas apresentando atitudes rudes, descorteses e com falta de consideração, para com o outro.

A incivilidade é um comportamento desviante, de baixa intensidade e de intensão ambígua, que viola as normas para o respeito mútuo no local do trabalho (ANDERSSON, PEARSON, 1999). A incivilidade laboral é definida como um comportamento com a intenção de prejudicar o alvo, em violação de padrões de trabalho ou da consideração e do respeito pelos outros (LASCHINGER et al., 2009). Pode ser descrita como um comportamento desagradável/insociável de baixa intensidade, pois é considerado de menor magnitude em termos de força; como outras agressões, fornece muito incomodo e inquietação para o alvo (VICKERS, 2006).

É uma ação rude, uma falta de respeito para com os outros no local de trabalho e também um desrespeito das regras, um comportamento descortês, o oposto do comportamento civilizado (AZIZAN, RAZLINA, 2015).

Schilpzand, Plater, Erez, (2014) apontam que a incivilidade no trabalho pode se manifestar por meio de comportamentos do tipo exclusão de pessoas, fofoca, hostilidade e, até, agressão, também denominado de comportamento destrutivo (JOHNSON, RHEA, 2009). É um modo de se comportar que pretende prejudicar o outro, não tão intenso como a violência; entretanto, viola as normas dos locais de trabalho e é caracterizado pela grosseria, descortesia, demonstrados por desrespeito ao outro; pode se apresentar também como sarcasmo, vexação, olhar hostil, negligência com o colega e fofoca.

Para Andersson e Pearson (1999) a incivilidade, é um comportamento descortês, sem boas maneiras e rude com o outro, no ambiente laboral. Esses atos de incivilidade incluem desde um e-mail humilhante, até um bilhete desagradável, tratar um colega como criança, fazer-lhe uma repreensão pública, espalhar fofocas, excluí-lo deliberadamente de uma reunião de trabalho, o fato de não cumprimentar os colegas e interromper a pessoa enquanto está falando, entre outros. Estas manifestações de incivilidade diferem-se de outras de agressão porque não costumam ser planejadas (CORTINA et al., 2001; JOHNSON; INDVIK, 2001).

Mudanças organizacionais, que levam aos excessos de trabalho, escassez de recursos para grandes desafios e medo de demissão podem ser fatores para a exacerbação de ações de incivilidade no local de trabalho (JOHNSON, INDVIK, 2001).

Estudo de desenho transversal, realizado em Portugal, investigou 201 trabalhadores de *call centres*, por meio de um modelo de equações estruturais e constatou efeitos moderados e significativos entre a incivilidade dos supervisores e a exaustão emocional e, entre esta e a incivilidade dos clientes e entre a última e o absentismo a curto prazo, por motivos de saúde. Intervenções foram sugeridas para reduzir o estresse e, conseqüentemente, aumentar a civilidade. (REIS, 2016). Ou seja, o estresse pode favorecer a incivilidade, que por sua vez, pode favorecer alterações à saúde nos trabalhadores acometidos por ela.

Embora este comportamento seja entendido como de "baixa intensidade", pode desenvolver consequências emocionais nocivas sobre as pessoas a quem foi destinado.

Com base nesse olhar, as vítimas de incivilidade mostram maior estresse no trabalho, distração cognitiva, angústia psicológica, menor satisfação laboral e, em última análise, são mais propensas para deixar a instituição (CORTINA, MAGLEY 2009).

A diminuição da incivilidade no local de trabalho, apresenta efeitos positivos sobre a saúde mental dos trabalhadores (LASCHINGER et al., 2014).

A incivilidade é distinta do *bullying*, porque não há diferencial de poder entre o agressor e a vítima (GUIDROZ et al., 2010). Parece ser menos intensa e destrutiva do que o *bullying* ou a violência lateral; na enfermagem, também está relacionada ao *burnout*. (LASCHINGER et al., 2009).

Violência lateral, é uma forma de violência no ambiente laboral, caracterizada por comportamentos abusivos entre colegas de trabalho (BECHER, VISOVSKY, 2012). A violência lateral de enfermeiro para enfermeiro, é entendida como um comportamento indesejado, improcedente realizado por um enfermeiro a um colega de trabalho, com intenção de sabotar, dominar, machucar e até isolar o outro (JACKSON et al. 2007; MCKENNA et al., 2003); esse tipo de violência pode ser sutil, com intenções de disseminar informações caluniosas; pode ser uma crítica na frente de outros colegas ou, ainda, o uso de linguagem corporal ameaçadora (BECHER; VISOVSKY, 2012; JACKSON et al. 2007; MCKENNA et al., 2003).

A violência horizontal tem sido amplamente discutida na literatura há alguns anos e é frequentemente o termo usado quando se discute incivilidade no trabalho em enfermagem. Semelhantes à incivilidade, a ação de violência horizontal trata de atos ou comportamentos que incluem criticar um colega na frente dos outros, menosprezando-o, segregando-o ou deixando-o fora de atividades, retendo-lhe informações e, até mesmo, colaborando para que não tenha oportunidades de promoção. (LONGO, SHERMAN, 2007).

Distingue-se, também, do Assédio Moral no Trabalho que é um comportamento impróprio repetido, direto ou indireto, quer verbal, ou de outra forma, que pode ser realizado por uma pessoa à outra ou de grupos ao outro grupo, no local de trabalho, o que pode ser considerado um ato de minar o direito do indivíduo à dignidade no trabalho e, algumas vezes, pode requerer um grau de poder entre o alvo e o instigador (GELLER, 2013).

O autor do comportamento incivil não quer diretamente prejudicar ninguém, porém tal atitude pode induzir ao assédio moral e à violência, decorrendo em graves danos ao trabalhador, com insatisfação e ineficácia no trabalho, sobretudo nos de enfermagem (PEARSON, ANDERSSON, PORATH, 2005).

A incivilidade não envolve, necessariamente, um desequilíbrio de poder; pode ser subordinada à supervisora, ou, pode ser dirigida a um colega de trabalho; não se destina claramente a prejudicar alguém e não é, necessariamente, direcionada à uma determinada pessoa (PEARSON, ANDERSSON, PORATH 2000; ZAPF, GROSS, 2001)

A hostilidade horizontal é, também, uma forma de incivilidade e acontece quando, no local de trabalho, manifesta-se um comportamento em que os indivíduos exercem domínio de pressões sobre colegas mais vulneráveis, incluindo os recém-admitidos e os enfermeiros com menor experiência (WILSON et al., 2011).

A incivilidade não é um comportamento recente na enfermagem; ela ocorre e é denominada como uma hostilidade ou violência horizontal, descrito como comportamento hostil, agressivo, por um enfermeiro ou grupo de enfermeiros, em direção a outro enfermeiro ou a um grupo, por meio de disputas internas, com atitudes como rudeza ao falar com colega, resposta sarcástica, desrespeito às confidências e à privacidade (WILSON et al., 2011; LASCHINGER et al., 2009; BECHER; VISOVSKY, 2012).

Para facilitar o entendimento sobre as diferenças principais existentes entre a incivilidade e as condutas humanas assemelhadas que ocorrem nos ambientes de trabalho elaborou-se o quadro apresentado na sequência.

COMPORTAMENTO	DEFINIÇÃO	PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS	EFEITOS SOBRE A VÍTIMA	AUTORES
Incivilidade	Comportamento desviante de baixa intensidade, quebrando normas de respeito.	Insultos degradantes, usar objetos do outro sem permissão, ouvir e falar do outro.	Desmotivação; estresse de baixa intensidade, redução da satisfação no trabalho, abandono da profissão pelo enfermeiro.	LASCHINGER et al., 2010; CORTINA et al. 2001; ANDERSON; PEARSON, 1999; LIM; LEE, 2011.
Assédio Moral	Conduta de abuso de poder, de xingamentos, perseguição contra a integridade psíquica do outro, de forma repetida de longa.	Sobrecarga de tarefas, ameaças psicológicas, exclusão da pessoa de assuntos pertinentes do trabalho.	Transtornos, doenças físicas e psicológicas, podem levar ao suicídio.	MARANGONI, BRAZ, HASHIMOTO, 2016; MARCONDES, DIAS, 2011.
Agressão	Ação forçada, de procedimento, ataque não provocado, pretensão de dominar o outro. Comportamento hostil.	Várias fontes: físicas (facas, seringas contaminadas, puxão de cabelo); verbal (abuso verbal) e assédio sexual.	Traumas psicológicos; transtorno de estresse.	RIPPON, 2000; FARRELL; BOBROWSKI & BOBROWSKI, 2006.
<i>Bullying</i>	Conflito não expresso, criado por quem faz a opressão; é a exposição de trabalhadores às situações humilhantes, repetitivas e prolongadas	Comentários depreciativos, cinismo, abuso verbal, ameaças e humilhação, repetidos e deliberados; desestabilização e isolamento da vítima; desacreditação, fragilização, ridicularização	Efeito na saúde do enfermeiro, pode precipitar o <i>burnout</i> ; graves danos à saúde física e mental, evoluindo para incapacidade laboral, pode ser um risco invisível nas relações e condições de trabalho.	LASCHINGER et al., 2010; LUCENA, 2017; JOHNSON, 2009.
Violência Horizontal ou Lateral	Comportamento hostil, agressivo e prejudicial pelo enfermeiro a um colega de trabalho.	Atitudes hostis, palavras e/ou comportamentos, com intenção de machucar, degradar ou isolar.	Depressão e estresse pós-traumático.	BECHER; VISOVSKY 2012; JACKSON, FIRTKO, & EDENBOROUGH. 2007; MCKENNA et al., 2002.
Violência Vertical	Comportamento abusivo de um colega de trabalho em uma posição superior a um subordinado.	Abuso verbal; injustiça, comportamento rude, sarcástico.	Sentimento de enfraquecimento, marginalização, desrespeito desânimo.	THOMAS, BURK, 2009

QUADRO 1 - Principais características, efeitos sobre as vítimas e autores que estudaram a incivilidade e outros comportamentos semelhantes nos ambientes de trabalho. Londrina, Paraná, Brasil, 2018.

A violência traduz-se desde o início dos relatos bíblicos; no primeiro homicídio “E falou Caim com o seu irmão Abel; e sucedeu que estando eles no campo, se levantou Caim contra o seu irmão Abel e o matou” (Gn. 4:8). Por inveja e ciúmes esses irmãos protagonizaram o que seria o primeiro ato de violência na história da humanidade.

A violência vem acompanhando o ser humano, há muitos séculos. Na Idade Média aconteceram as Cruzadas, que deixaram milhares de mortos; a escravidão de negros em vários países do mundo e a escravidão dos índios pelos conquistadores no Brasil; o holocausto na Alemanha e as duas grandes guerras mundiais, entre vários outros. São esses alguns exemplos de como a violência está inserida na biografia da humanidade e de como essas ações violentas modelaram o mundo contemporâneo.

Os seus motivos para a violência “expressam-se em cada sociedade de diversas formas e que cada uma elabora uma moralidade para justificá-la” (MENDES, 2009).

Já na década de 1990, Andersson e Pearson (1999), afirmaram que a incivilidade pode representar o começo de uma espiral de eventos organizacionais negativos, eventualmente escalando o comportamento coercivo e violento dos trabalhadores. Eles ainda sugeriram que uma série de fenômenos de baixo nível podem ir agravando as situações e levar ao início de uma catástrofe, isto é, quando a última pequena injustiça acontece, pode-se desencadear uma agressão intensa.

Charlot (2002) ao estudar a abordagem de sociólogos franceses, sobre a violência escolar, entende que as incivildades referem-se às condutas que refutam as regras de boa convivência, as quais tratam de ser educado, ter respeito, ser controlado, interessado, entre outras. O relacionamento humano compõe uma das partes mais complicada do trabalho e da vida acadêmica e, também, uma das mais importantes.

No âmbito escolar as incivildades representam comportamentos desafiantes que comprometem as regras e os esquemas da vida social. Elas não interrompem, necessariamente, os acordos, as regras e os esquemas

pedagógicos, mas rompem com as expectativas do que pode ser esperado como uma boa conduta social. Em ambientes escolares, existem as práticas de incivilidade na forma de insensibilidade aos direitos de cada um de ser respeitado como pessoa, fatos estes que se aplicam aos diversos locais como o ambiente de trabalho hospitalar (GARCIA, 2006).

Na sequência, estão apresentados alguns estudos obtidos, particularmente na literatura internacional, que abordam a questão do comportamento não civil no trabalho do enfermeiro, bem como o processo de construção da *Nursing Incivility Scale* (NIS).

3.1.2 INCIVILIDADE COM OS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM, CONSEQUÊNCIAS E A *NURSING INCIVILITY SCALE* – NIS

Enfermeiros foram submetidos ao abuso verbal pelos colegas há muito tempo; anteriormente este ato era realizado principalmente por profissionais médicos; os efeitos e as consequências do abuso verbal podem ser destrutivos e perenes/infundáveis, tanto fisiologicamente como psicologicamente (ROWE; SHERLOCK, 2005; STANLEY et al., 2007; SIMONS; MAWN 2010).

As vítimas são submetidas às respostas negativas repetidamente, com ameaças e ataques verbais de colegas, que chegam a fazer observações depreciativas, mostrar cinismo, fazer abuso verbal e humilhação, levando à intimidação no ambiente de trabalho de enfermagem e, até, às alterações de saúde dos profissionais e a negativa em se reter na instituição (QUINE, 2001; ROBERTS, DEMARCO, GRIFFIN, 2009).

Com base nesse olhar, pesquisa sobre incivilidade com professores de enfermagem, nos Estados Unidos da América, constatou o ambiente desafiador enfrentado pelos docentes, como possessividade de território entre os professores seniores, sensação de menosprezo, como se fossem crianças, descrença no trabalho realizado e rejeição (PETERS, 2014), entre outros.

Uma explicação teórica mais comumente citada para a violência lateral é baseada na teoria do comportamento do grupo do oprimido de Freire

(2005), o qual especulou que os indivíduos de grupos oprimidos desenvolvem desdém por membros de seu próprio grupo e têm uma crença na sua própria inferioridade, porque eles sentem-se desvalorizados, em uma cultura em que o poder reside no outro grupo mais dominante. Cria-se a baixa autoestima e a ansiedade, pois o medo torna-os incapazes de expressar raiva, quando na presença do grupo dominante. Impotência e medo constituem a base para um ciclo em que a agressividade e a raiva contra o mais poderoso é ligado em direção a seu próprio grupo (FREIRE, 2005). Raciocínio assemelhado é feito por ROBERTS, DEMARCO, GRIFFIN, (2009), os quais expõem que o padrão frequentemente empregado para explicar a agressão e o abuso verbal entre enfermeiros é a de comportamentos de grupo oprimido. Baseando-se em estudos de gênero, de ciência social, de psicologia, das interações do meio ambiente, os proponentes deste modelo argumentam que os enfermeiros, são oprimidos porque foram controlados por forças externas, que tiveram maior prestígio e poder e exploravam o grupo menos potente.

A literatura traz alguns modelos descrevendo que o contexto social pode contribuir para a agressão e os abusos verbais, argumentando que a agressão entre as mulheres surge de falhas nos relacionamentos com outras pessoas. Retrata-se as muitas formas que a agressão pode tomar, de agressão aberta às abordagens passivas ou indiretas para resistir, controlar ou vingar-se de outros. O principal argumento é que as mulheres não são agressivas por causa da natureza humana, mas que a agressão indireta desenvolve-se em um contexto cultural e interpessoal (VESSEY, DEMARCO, DIFAZIO, 2011).

A incivilidade entre enfermeiros pode levar à rotatividade de trabalhadores e, até, a um mal atendimento ao paciente e outras reações indesejáveis como, vergonha e constrangimento. O descontentamento com o local de trabalho pode ser um dos fatores responsáveis pela rotatividade (LEITER et al. 2012; WILSON et al., 2011).

Para Cortina, Magley (2009) mais de 71% dos enfermeiros, nos últimos cinco anos, tiveram comportamentos incivis e mais de 30% foram de indivíduos em função superior, isto é da pessoa que estava no poder.

Na pesquisa de Heydari, Rad, Rad, (2015), em que os autores investigaram a incivilidade entre enfermeiras e mães de família, em três hospitais de Mashhad, Irã, foi aplicada a Escala Percebida de Trabalho de Civilidade Climática (PWCC); os autores detectaram que, pelo menos, 28,8% dos enfermeiros entrevistados (45 pessoas), relataram uma forma de incivilidade em seu local de trabalho por um ou dois momentos, tais como fofocas, comportamento hostil, violação de privacidade, comportamentos estes de suas superiores.

As relações entre médicos e enfermeiros são precárias (PORTER, 1991; SIROTA, 2007). Embora aconteçam por inúmeras razões, os resultados são negativos para os enfermeiros quando as relações de trabalho pobres são significativas, resultando, por exemplo, em insatisfação no trabalho (ROSENSTEIN; O'DANIEL, 2005).

O desrespeito dos pacientes é descrito como contenda de trabalho e pode resultar em efeitos negativos sobre os enfermeiros. Farrel, Bobrowski e Bobrowski (2006) em um estudo realizado no ambiente hospitalar detectaram que a maioria dos enfermeiros apontou seus pacientes como os principais autores de abuso verbal ou físico. Esta situação influenciou no sofrimento desses trabalhadores e aumentou o sentimento de desistência da enfermagem.

Evidências demonstram que a incivilidade entre enfermeiros no trabalho levam aos prejuízos para os trabalhadores e organizações; enfermeiros que se sentem desrespeitados com a diminuição da produtividade tornam-se menos criativos, diminuem a qualidade e o esforço no trabalho e ocorre um aumento no absenteísmo, em casos de *burnout* e em sua rotatividade (BECHER, VISOVSKY, 2012; HEYDARI, RAD, RAD, 2015; LUPARELL, 2011, PORATH, PEARSON, 2013).

Hutton, Gates (2008) aplicaram o Questionário de Trabalho e Limitações (WLQ) e o Inquérito de Incivilidade de Saúde (IHS), em um grande hospital metropolitano no Centro Oeste dos Estados Unidos, Os resultados mostraram que a incivilidade apresenta impacto na produtividade do pessoal de enfermagem e que a relação entre a fonte da ação, como supervisores e pacientes com atos incivis é tão importando quanto a frequência da ação incivil.

O estudo de Wilson et al., (2011) ocorrido em um hospital da comunidade no Sudoeste dos EUA para determinar o grau de hostilidade horizontal no local de trabalho detectou que este comportamento pode levar à diminuição de produtividade, ao aumento de absenteísmo e à probabilidade de deixar o local de trabalho.

Guithens (2011) considerando a diversidade e a incivilidade, na busca de uma abordagem que oriente ações, entendeu que a saúde física, emocional e psicológica dos trabalhadores diminui quando eles são submetidos aos atos de incivilidade no local de trabalho, os quais podem gerar impactos tanto para o empregador como para o próprio empregado.

Porath, Pearson (2013) relatam que a incivilidade é “cara”, dispendiosa para os locais onde elas acontecem e poucas são as instituições que a reconhecem e apresentam medidas para minimizá-las ou redimi-las e, ainda, que a incivilidade tem repercussões sobre a produtividade e, também, sobre o custo da perda de produtividade.

Os maus tratos no trabalho estão associados a um número de efeitos adversos, incluindo a diminuição da permanência da enfermeira na instituição, da produtividade e da satisfação no trabalho e o aumento do esgotamento e da exaustão emocional (LEWIS, MALECHA, 2011).

Em um estudo na Turquia em que foi verificada a prevalência de abuso verbal e físico entre os enfermeiros com suas consequências, os profissionais que sofreram essa violência apresentaram perturbação da saúde mental, diminuição do desempenho no trabalho e dor de cabeça; esses foram os efeitos negativos relatados mais frequentes. As reações mais comuns contra os comportamentos abusivos foram raiva, impotência, humilhação e depressão (CELIK et al., 2007).

Os enfermeiros constituem uma parte importante do sistema de saúde, como médicos, odontólogos, fisioterapeutas entre outros. Sem o seu esforço necessário para a implementação de planos estratégicos dos hospitais, tais instituições nunca vão atingir suas metas e objetivos. E o comportamento negativo

e desviante, como a incivilidade no trabalho, representa um risco, criando um ambiente que pode afetar, negativamente, a saúde dos trabalhadores, tanto física, emocional e ou psicológica, prejudicando, igualmente, o desenvolvimento da organização (CELIK et al, 2007).

Quanto a incivilidade no local de trabalho, relacionado ao enfermeiro, muito se tem discutido nos Estados Unidos acontecendo esse fenômeno, inclusive, durante a formação (TWALE; DELUCA, 2008) em atividades práticas nas unidades hospitalares; ainda tem-se que enfermeiros recém formados, recebem atos de incivilidade de supervisores ou enfermeiros já com mais tempo de trabalho ou, ainda, o enfermeiro pode ser vítima da incivilidade de um colega de igual função (BECHER; VISOVSKY, 2012; MCNAMARA, 2012; STAGG et al., 2011). Deve existir uma preocupação em se preparar o aluno ou trabalhar conceitos de civilidade na formação universitária e explorar reações positivas a fim de criar um ambiente de trabalho saudável (CLARK; AHTEN, 2012; GAFFNEY et al., 2012), pois a incivilidade no local de trabalho, possivelmente está relacionada ao esgotamento do profissional, à insatisfação no trabalho, à diminuição de produtividade e à rotatividade dos trabalhadores (HUTTON; GATES, 2008; LASCHINGER et al., 2013).

Estudo com enfermeiros no Canadá, examinando a influência da incivilidade no ambiente de trabalho, por 117 enfermeiros em seu primeiro ano da prática hospitalar identificou a presença deste fenômeno; 90,4% relataram algum grau de incivilidade e foi maior a incidência resultante do colega de trabalho de igual função, do que dos seus superiores (SMITH; ANDRUSYSZYN; LASCHINGER, 2010).

O Quadro 2 descreve alguns exemplos de incivilidade no ambiente de trabalho do enfermeiro e, também, do estudante de enfermagem em formação, em diferentes países.

AUTOR	PAIS DE PRODUÇÃO DO ESTUDO	TRABALHADOR	PRINCIPAIS CONSEQUÊNCIAS DA INCIVILIDADE AO ENFERMEIRO
LEWIS & MALECHA 2011	EUA/ Texas	Enfermeiro	Diminuição de produtividade
PARK & KIM, 2017	Coréia	Estudantes de enfermagem	Os alunos sentiam-se excluídos do grupo, na prática clínica
MAMMEN, HILLS, LAM, 2018	Austrália	Enfermeiros em pós-graduação	Estresse, vulnerabilidade, intimidação, insegurança e desapontamento.
HEYDARI, RAD, RAD, 2015	Irã	Enfermeiros	Insatisfação no trabalho e isolamento.
WING, REGAN, LASCHINGER, 2013	Canadá	Enfermeiros recém-formados	Estresse e desequilíbrio na saúde mental dos profissionais.
SANDY HERSHCOVIS, 2010	Canadá	Enfermeiros	Insatisfação no trabalho, diminuição do bem estar atuar da mesma forma com outros colegas.

QUADRO 2 - Principais consequências dos atos de incivildade entre enfermeiros em diferentes países. Londrina, Paraná, Brasil, 2018.

Quanto ao processo de construção de uma escala para estimar a incivildade identificou-se, na literatura científica internacional, a existência da *Nursing Incivility Scale* (NIS). Entretanto, o estudo original de Guidroz et al. (2010), autores dessa escala, não especifica um modelo teórico no qual a NIS foi embasada.

O estudo foi apoiado nos escritos sobre incivildade de Andersson e Pearson (1999) os quais afirmam que a incivildade no ambiente laboral é uma maneira débil de maus tratos interpessoais, comportamentos desavisados, rudes ou descortesias, que infringem as normas de respeito no local de trabalho; os exemplos são comentários insultuosos, uso de tom não condescendente, comportamentos que exibem uma falta de consideração, diferentemente de outras formas de maus-tratos, como a agressão no local de trabalho (BARON, 2004), enquanto a incivildade no local de trabalho traz outra característica que é a baixa

intensidade e a natureza generalizada, mas que tem prevalecido em diferentes setores e culturas (CORTINA; MAGLEY, 2009; LIM; LEE, 2011).

Esses estudos evidenciaram que os trabalhadores que experimentaram a incivilidade laboral, tenderam a sofrer efeitos adversos, como menor satisfação no trabalho, maior intenção de parar o trabalho e piora no bem-estar físico e psicológico (LIM; CORTINA; MAGLEY, 2008); este comportamento não pode ser ignorado, pois pode se tornar como um espiral cada vez mais intenso e chegar à agressividade (ANDERSSON; PEARSON, 1999).

Uma das maiores preocupações é que a incivilidade pode aumentar as formas mais abertas de agressão no trabalho, incluindo a violência (ANDERSSON; PEARSON, 1999; HERSHCOVIS et al., 2007).

A incivilidade é uma realidade em muitas organizações atuais e poucas consideram-se livres de intimidações. Na área de saúde ela é real e, inclusive, no ambiente da profissão de enfermagem. Entretanto, não foram identificados estudos sobre esse tema no Brasil e são relativamente poucas as pesquisas sobre este fenômeno, considerando-se os demais países. Após busca meticulosa em diferentes bases de dados por essa pesquisadora, não foi identificada pesquisa/estudo nacional que tenha examinado a prevalência de incivilidade entre os trabalhadores de enfermagem em hospital.

Diante do exposto, a realização desse estudo, é justificada pois há insuficiência de conhecimento nacional sobre esta temática, o que evidência a lacuna no conhecimento sobre o assunto e a sua originalidade no país.

Poucas medidas de incivilidade no local de trabalho ou similares existem na literatura publicada e as existentes sofrem limitações como as diferenças e abrangências de conceitos pois elas são unidimensionais e, muitas vezes, medem uma porção estreita do domínio de incivilidade; outra limitação é o tipo de instigador, pois em alguns artigos pesquisados não há a especificação do perpetrador do ato de incivilidade e, por fim, alguns formatos de respostas podem ser considerados problemáticos como a especificação temporal, que não identifica

as experiências recentes, tardias ou atuais de incivilidade (CORTINA et al., 2001; SPECTOR; JEX, 2001).

Cortina et al (2001), apresentam e discutem que para a ocorrência da incivilidade é preciso ter o alvo a ser atingido e o executor da ação de incivilidade e que a teoria do poder social, pode explicar este tipo de comportamento, pois em geral essas teorias sustentam que a sociedade confere poder para determinados indivíduos, por meio de normas sociais e expectativas de grupos.

A *Nursing Incivility Scale* – NIS foi criada por Guidroz et al. (2010) e um grupo de pesquisadores, a saber, Burnfield, Clark, Devendorf e Jex, que compunham a *Bowling Green State University*, em Ohio nos EUA. Esses profissionais tornaram-se instigados pelo tema incivilidade e foram tentar compreendê-la no local de trabalho. Após, partiram para o desenvolvimento da escala de incivilidade no local de trabalho e sua validação.

Estas pessoas - psicólogos - conheciam a escala já existente de incivilidade intitulada de *Multidimensional Incivility Scale (MIS)* (BURNFIELD; CLARK; DEVENDORF; JEX, 2004). Esta medida de incivilidade aborda comportamentos rudes com fontes internas como supervisores e colegas de trabalho e externas, como clientes, para ser aplicada em trabalhadores de diversas áreas profissionais ou todas as pessoas, de forma geral, tendo sido a referência dos autores para criar uma escala específica para os profissionais de enfermagem.

Após o processo de criação, com a realização de grupos focais e entrevistas com enfermeiros, a NIS foi construída e contém oito subescalas que descrevem o comportamento incivil que pode acontecer, como:

- ▶ **CLIMA HOSTIL (HC)** “*Hostile Climate*” (o indivíduo levanta a voz quando frustrado ou culpa o outro pelo erro, discussões na unidade de trabalho);
- ▶ **PIADAS IMPRÓPRIAS (IJ)** “*Inappropriate Jokes*” (o indivíduo apresenta piadas sobre minorias, grupos religiosos);
- ▶ **COMPORTAMENTO IRREVERENTE (IB)** “*Inconsiderate Behavior*” (o indivíduo leva coisas sem pedir, fala muito alto);

- ▶ **FOFOCA/BOATOS E RUMORES (GR)** “*Gossip/Rumors*” (os indivíduos espalham fofocas/rumores dos colegas);
- ▶ **PARASITISMO (FR)** “*Free-Riding*” (o enfermeiro reivindica o credito do trabalho de outro);
- ▶ **SUPERVISÃO ABUSIVA (AS)** “*Abusive Supervision*” (o indivíduo usa uma abordagem verbalmente abusiva);]
- ▶ **FALTA DE RESPEITO (LR)** “*Lack of Respect*” (o indivíduo é tratado sem respeito, não se confia em suas informações);
- ▶ **FRUSTRAÇÃO DESLOCADA (DF)** “*Displaced Frustration*” (o indivíduo é tratado com inferioridade ou com estupidez) Guidroz et al. (2010).

Essas sub escalas ficam assim divididas nas categorias de instigadores de incivilidade:

- ▶ **GERAL** com três subescalas, clima hostil com três itens, piadas impróprias com três itens e comportamento irreverente três itens, com o total de nove itens;
- ▶ **ENFERMEIROS** com três subescalas, clima hostil com três itens, boatos e rumores com quatro itens e parasitismo, três itens, com o total dez itens;
- ▶ As escalas **SUPERVISOR E MÉDICO** são divididas em duas subescalas: supervisão abusiva com quatro itens; falta de respeito com três itens, total sete itens, todos são idênticos nas duas escalas e diferem apenas a fonte de incivilidade, que é referida na pergunta e
- ▶ A última escala — do **PACIENTE** — é dividida em duas subescalas: falta de respeito com cinco itens e frustração com cinco itens, com total de dez itens (GUIDROZ et al., 2010).

A NIS, ao final, contém 43 itens (Anexo A) divididos em cinco categorias de instigadores e essa escala, em sua construção, foi aplicada em 163 enfermeiros que representavam 25% do corpo de enfermeiros de um grande hospital universitário, urbano, localizado no Centro-Oeste dos Estados Unidos. As análises psicométricas foram recomendadas, o Alfa de Cronbach variou

de 0,81-0,94, as correlações interitem foram calculadas para todas as sub escalas e variaram de 36-90; a correlação média do item-total foi de 0,76 o que demonstrou boa consistência interna (GUIDROZ et al., 2010).

Considerando-se que a NIS foi elaborada com ênfase no trabalho do enfermeiro, na sequência discorre-se sobre esse elemento central na vida do ser humano.

3.1.3 O TRABALHO NA ENFERMAGEM

O trabalho faz parte da vida das pessoas; é peça fundamental para a subsistência, para as inter-relações sociais, para a concretização de sonhos. É nele que o indivíduo demonstra ações, iniciativas e desenvolve habilidades; ele também corrobora com o homem na convivência com outras pessoas, com as diferenças; propicia-lhe a oportunidade de pensar no outro, na empresa onde labora e não pensar somente em si (KUBO; GOUVÊA, 2012).

O trabalho é importante para o ser humano e vai além da satisfação de necessidades básicas; ele oportuniza uma ação que transmuta a natureza e o próprio indivíduo (ALBORNOZ, 2009; RODRIGUES et al., 2006).

Na Antiguidade, o trabalho era percebido como um feito de quem não possui mais liberdade. Significava desgosto e martírio, o carregamento de um grande peso, que muitas vezes não se vê (KURZ, 1997). A relação homem e trabalho nunca foi fácil; etimologicamente trabalho é palavra que se origina do latim “*tripalium*” um instrumento de tortura, com três estacas, denotando, por si, algo indesejado e difícil (ALBORNOZ, 2009; RODRIGUES et al., 2006).

O trabalho era e ainda costuma ser invisível; representava a falta de independência e de autonomia (KURZ, 1997) para algumas categorias de trabalhadores, incluindo-se os de enfermagem.

A partir dos anos 80, surgem instrumentos de gestão no trabalho, a fim de salientar a produção rápida e altamente rotativa, considerando o máximo de aproveitamento do tempo de trabalho (LIMA; BRISOLA, 2014).

Segundo Marx (1983, p.149),

[...] o trabalho revela o modo como o homem lida com a natureza, o processo de produção pelo qual ele sustenta a sua vida e, assim, põe a nu o modo de formação de suas relações sociais e das ideias que fluem destas.

O autor apresenta o trabalho como centro das atividades do homem, expondo a partir deste pensamento, que a sua relação com a natureza dá-se pelo trabalho, “[...] ao submetê-la aos seus próprios fins o homem realiza neste sentido, uma humanização da natureza” (p.150). A relação dos homens é completa entre outros e com o meio, exigindo-lhe constante desenvolvimento das relações sociais.

O processo de trabalho enquanto padrão de observação é uma ação do homem, que promove a transformação de um objeto delimitado independente do estado em que se encontra, natural ou já refinado de uma peça. Desta maneira, o trabalho institui uma atividade a um objetivo final (MARX, 1994).

Para a realização do processo de trabalho é preciso ver a relação entre as pessoas, o trabalhador e o outro e para que este processo se realize faz parte as qualificações, as funções, o nível de hierarquia, a disciplina, e a civilidade, não se limitando aos elementos objetivos.

Na saúde o processo de trabalho foi influenciado, em parte, pela área industrial, com o taylorismo, com a utilização de tecnologia e equipamentos eficientes (PIRES, 1998). Alguns pontos são comuns às outras áreas, como técnica direcionada, cumprimento do alvo proposto, estabelecimento de prognóstico dependente de equipamentos e de trabalhadores (NOGUEIRA, 1995).

Neste contexto de relações sociais, o trabalho do enfermeiro dá-se em constantes articulações, pois o seu processo laboral integra duas dimensões: a assistencial e a gerencial. Na primeira esse profissional tem como objeto as intervenções conforme as necessidades de cuidados de enfermagem demandadas pelo cliente, estabelecendo ampla relação com ele e seus pares, com objetivo de atendê-lo com cuidado integral. Na dimensão gerencial, o objeto dá-se pela organização do trabalho e os recursos humanos em enfermagem, com o propósito

de criar e executar condições factíveis de cuidados dos pacientes e de execução para os trabalhadores (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

Há vários processos de trabalho em cada área profissional da saúde, fisioterapia, odontologia, medicina e outros domínios; as dimensões cuidar e gerenciar o cuidado compõem o processo de trabalho na área de enfermagem.

Na enfermagem esse processo tem particularidade da divisão técnica do trabalho e envolve diversas categorias – enfermeiro e técnico de enfermagem; este processo fragmenta o cuidado e indica a necessidade de reorganização dos trabalhos (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009). O corpo de enfermagem é composto por dois grupos de profissionais os enfermeiros, profissionais graduados com formação em nível superior e os técnicos de enfermagem com formação em nível médio; compete ao enfermeiro a supervisão das ações assistenciais prestadas pelo técnico e o dimensionamento do quadro quantitativo de profissionais para a prestação de assistência de enfermagem (COFEN, 2004).

Desde o Decreto nº 2.208/97, houve uma determinação que a qualificação de auxiliar de enfermagem integraria o curso de profissionalização do técnico de enfermagem, complementando mais um módulo do técnico de enfermagem, somente com a Resolução COFEN nº 276/2003, a inscrição no Conselho de Enfermagem passou a vigorar por cinco anos, tempo este em que os auxiliares teriam que se habilitar como técnicos de enfermagem, pois a partir de então a categoria de auxiliares de enfermagem se extinguiria (BRASIL, 1997; COFEN, 2003).

O trabalho de enfermagem compõe o processo de trabalho em saúde, fragmenta-se em várias demandas de trabalho como cuidar ou assistir, administrar ou gerenciar, pesquisar e ensinar. Desses, o cuidar e o gerenciar são os meios mais revelados nas atividades realizadas pelo enfermeiro (PERES; CIAMPONE, 2006).

O modo de agir do enfermeiro, em realidades tangíveis, pode apreender as situações práticas e dinâmicas do cotidiano e contribuir com táticas de mudança da realidade. Este profissional vive as constantes mudanças no

mundo e, conseqüentemente, também na sua profissão, levando-o a abrir espaços para a atuação, concomitantemente, em diferentes instituições e empresas (SILVA et al., 2006).

A enfermagem é a categoria da área da saúde mais numerosa, em um universo de 3.5 milhões de trabalhadores da área da saúde a enfermagem representa perto de 50% da força de trabalho, com cerca de 1.6 milhão de trabalhadores. Houve um desenvolvimento no mercado de trabalho da enfermagem pelo envelhecimento populacional e os avanços das equipes da Estratégia Saúde da Família, a qual contribuiu para a expansão de mudança do foco da assistência hospitalar para a ambulatorial, domiciliar e comunitária (MACHADO; OLIVEIRA; LEMOS, 2016).

É uma importante profissão para a estruturação de uma assistência qualificada em saúde e vem seguindo intensas e importantes alterações nas relações políticas sociais, na esfera tecnológica, nas relações interpessoais e, particularmente, na organização dos serviços e na forma de reagir às novas questões gerenciais e científicas (NASCIMENTO et al., 2008).

A enfermagem é uma prática social, que responde às condições definidas pelas organizações das práticas políticas, econômicas, sociais e ideológicas (KIRCHHOF, 2003).

A prática da enfermagem ainda é sustentada pelo modelo biomédico de atenção à saúde em que o curativismo permanece sendo o foco principal, na promoção da saúde. O processo de trabalho da enfermagem na produção de cuidados, no modelo clínico é direcionado ao projeto intelectual; desta forma, a ação, as relações trabalhador e trabalho e a sua estruturação estão subsidiados no modelo clínico do cenário da atuação médica (SILVA et al., 2010).

Observa-se que no processo de trabalho de enfermagem hospitalar existe a independência de ação da enfermeira, construída na reciprocidade das relações com os demais profissionais de saúde. A interface com outros profissionais é reconhecida pelo enfermeiro como parte do processo de trabalho e este profissional abrange os papéis de educador, administrador e

assistencial tendo em vista o cuidado individualizado ao paciente (GUSTAVO; LIMA, 2003).

O enfermeiro, ao exercer as diferentes ações, tem uma sobrecarga de trabalho que incide e influencia nos cuidados prestados, na coordenação de recursos humanos e na administração ou gerenciamento do serviço de enfermagem como um todo; estas ações direcionam-se a fornecer uma assistência de qualidade; portanto é imprescindível que ocorra integração entre estas ações, pois o gerenciar sustenta o assistir e, concomitante, o assistir retroalimenta o gerenciar e todos favorecem as ações educativas (GIORDANI et al., 2012; CAMPONOGARA; BACKES, 2007).

Entre os diversos fatores de riscos ocupacionais presentes nos ambientes laborais e no processo de trabalho da equipe de enfermagem encontram-se os psicossociais, sendo que uma de suas manifestações no homem é o estresse. A esse respeito, sabe-se que enfermeiros, professores e gestores constituem-se em grupos de profissionais com mais viabilidade de apresentar níveis elevados de estresse, no local de trabalho (SCHMITZ; NEUMANN; OPPERMAN, 2000). Nesse sentido, o tema do estresse é apresentado na sequência, com a inclusão de alguns estudos sobre o estresse entre os trabalhadores de enfermagem.

3.1.4 ESTRESSE

Desde a década de 70, tiveram início as pesquisas relacionadas ao estresse que foi apontado como resultado não específico do ser humano à uma reivindicação feita a ele. A experiência do estresse pode resultar de uma ameaça de exposição, aos riscos manifestos no local de trabalho e aos perigos do trabalho (LARANJEIRAS, 2011).

A utilização da palavra estresse com significado de aflição e adversidade data do século XIV, com o seu uso esporádico e não sistemático. Já no século XVII a expressão que se origina no latim *stringere*, passa a ser utilizada

em inglês denominada opressão, desconforto e adversidade (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

O enfermeiro é frequentemente colocado a confrontar situações, no seu cotidiano de trabalho, que o surpreende e o faz experimentar níveis altos de estresse.

Lambert, Lambert Jr e Yamase, (2003) sugerem que o estresse ocorre quando as demandas de um indivíduo excedem os seus recursos disponíveis, para enfrentá-los. Esse desequilíbrio significa que a fronteira de tensão de uma pessoa é ultrapassada, levando-a a uma resposta de estresse.

O estresse é uma demonstração do indivíduo quando submetido às situações ambientais e estas excedem a sua habilidade de adaptação aos processos fisiológicos ou psicológicos, que podem ser no campo emocional, cognitivo ou comportamental, predispondo-o ao desenvolvimento de doenças, por estar em situações de risco (COHEN; JANICKI-DEVERTS; MILLER, 2007).

Acresce-se que o trabalho, na vida do homem pode ser um fator desencadeante de estresse.

Segundo Derenne et al. (2010), o estresse pode ser uma variável oculta, que direciona para a premência de escolha de instrumentos de medida específicos para sua avaliação. Os instrumentos para a detecção de estresse em indivíduos, normalmente são escalas psicométricas; destaca-se que as mesmas devem apresentar confiabilidade e validade apropriadas, afim de se considerar a qualidade dos dados colhidos.

O local de trabalho da enfermagem é considerado como um conjunto de estressores, pois é uma profissão para a qual é necessário um alto nível de habilidade, contextos de trabalho em equipe, prestação de cuidados nas de 24 horas e, frequentemente, um trabalho permeado de situações emocionais (PHILLIPS, 1996). French et al. (2000) identificaram nove estressores laborais para o enfermeiro, que são: conflito com os médicos; problemas com os colegas; formação inadequado; problemas com o supervisor; discriminação; carga de

trabalho; incerteza quanto ao tratamento; enfrentamento da morte de pacientes; o fato de lidar com pacientes e familiares, entre outros.

Revisão de literatura sobre o estresse do enfermeiro no local de trabalho, de janeiro de 1985 a abril de 2003, indicou que a maioria dos fatores de estresse são: carga de trabalho; ação de liderança; conflitos com profissionais e exigências emocionais do cuidar, identificados pelos enfermeiros ao longo do tempo de trabalho (MCVICAR, 2003).

O conflito interpessoal entre profissionais continua a ser uma importante condição de estresse para enfermeiros, conflito este que essencialmente ocorre entre enfermeiros e médicos (MCVICAR, 2003). Assédio de médicos, supervisores, gerentes e colegas constitui-se em causa crescente de sofrimento e absenteísmo entre enfermeiros (KIVIMÄKI; ELOVAINIO; VAHTERA, 2000).

Stacciarini e Tróccoli (2000) construíram o Inventário de Estresse em Enfermeiro – IEE, para mensurar o estresse ocupacional desse profissional, que aborda questões sobre a existência de agentes estressores no ambiente laboral. Possui três dimensões: Relações Interpessoais, Papéis Estressores da Carreira e Fatores Intrínsecos ao Trabalho.

A dimensão Relações Interpessoais, aborda essas relações com pacientes, familiares, profissionais, alunos, grupos de trabalho, com a própria família e com as pessoas em geral; a maior proporção de itens neste fator diz respeito ao ambiente de trabalho mas ele expressa a relação do enfermeiro extra ambiente laboral (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2000).'

A dimensão Papéis Estressores da Carreira refere-se a indefinição, falta de autonomia, reconhecimento da profissão e a impotência de ação diante dos aspectos organizacionais da instituição e ambientação (Stacciarini, Tróccoli, 2000).

A dimensão denominada Fatores Intrínsecos ao Trabalho traz a relação com a jornada laboral, a função e os recursos presentes no ambiente de trabalho (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2000).

Este inventário contém 44 itens com respostas de escala *Likert* de intensidade que variam de 1 (nunca) a 5 (sempre). Ele tem, em sua composição, três aspectos específicos: Relações Interpessoais (RI) Fator 1, Papéis Estressores na Carreira (PEC) Fator 2 e Fatores Intrínsecos ao Trabalho (FIT), Fator 3 e um fator de segunda ordem, Estrutura e Cultura Organizacional (ECO). A pontuação máxima que cada aspecto poderá atingir 55 pontos e a soma total dos aspectos terá uma variância de 44 a 220 pontos. Quanto mais altos os escores conseguidos, maiores os índices de tensão no ambiente laboral. O Inventário de Estresse em Enfermeiros contém 38 itens com cargas superiores a 30 e uma variância total de 39,5%, boa consistência interna, com o Alfa de Cronbach igual a .89; Fator 1, 17 itens, Alfa de Cronbach de .90, variância total de 21%; Fator 2, 11 itens, Alfa de Cronbach de .82, variância total de 12,9%; Fator 3, 10 itens Alfa de Cronbach de .90, variância total de 21% (Anexo B).

3.2 EMBASAMENTO METODOLÓGICO

3.2.1 PROCESSO DE ADAPTAÇÃO CULTURAL

Muitas são as pesquisas que trabalham as respostas psicossociais aos problemas de saúde e processos de vida (STACCIARINI, 2012; PELEGRINO et al., 2012; COLUCI; ALEXANDRE, 2009), determinando os construtos.

Construto, em ciência, é um conceito teórico não observável, uma abstração, mas pode ser mensurado pelos seus atributos ou indicadores (BRAGA; CRUZ, 2006). Podem ser considerados construtos por exemplo: amor, medo, estado de saúde percebido, esperança, apoio social, qualidade de vida, entre outros.

A avaliação do construto é feita pela psicometria, ramo da estatística que estuda fenômenos psicológicos e confere valores ou atributos a um objeto, assegurando a validade por meio de regras a serem seguidas e confiabilidade dos resultados de medida (PASQUALI, 2007).

Faz-se necessário seguir uma normatização para o processo de tradução e adaptação cultural destes instrumentos de medida e, para tanto, objetivando obter um modelo baseado em evidências, Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), propuseram um método; entretanto, as especificações deles foram reformuladas por Beaton et al (2000) e Beaton et al. (2002) que, para tal, utilizaram os fundamentos das ciências médica, da sociologia e da psicologia (FERREIRA; DANTAS; ROSSI, 2008; FERREIRA et al., 2014; IMADA et al., 2010; PELEGRINO et al., 2012; STACCIARINI, 2012; ZANETTI, 2010).

As instruções propostas por Guillemin, Bombardier e Beaton, ainda em 1993, expõem os passos: tradução, retro tradução, revisão por Comitê de Juízes, pré-teste para se testar a equivalências e verificação das ponderações dos escores. Após, em 2000 e 2002, alguns desses autores fizeram ajustes em acréscimos ou retirada na sequência dos passos que haviam propostos.

Ferreira et al. (2014) descrevem o guia proposto pela *American Academy of Orthopedic Surgeons/Institute for Work and Health (AAOS/IWH)* criado por Beaton et al. (2002). O guia apresenta cinco passos para a adaptação cultural de instrumentos da área da saúde: **1)** traduções independentes; **2)** síntese das traduções; **3)** retrotraduções da síntese; **4)** acordo de um comitê de peritos; **5)** pré-teste.

No presente estudo, o instrumento *Nursing Incivility Scale* foi submetido ao processo de adaptação e validação para o uso na cultura brasileira. Para obter-se esta adaptação, foram necessárias as seguintes etapas:

1) Tradução do instrumento do seu idioma nativo (inglês escrito e falado nos Estados Unidos da América) para o idioma português brasileiro: recomenda-se que esta tradução seja realizada por, pelo menos, dois tradutores independentes e qualificados para esta função, (T1 e T2), possibilitando a comparação de ambas as traduções, a fim de identificar erros e interpretações desiguais de itens que podem causar ambiguidade com a versão original (BEATON et al., 2002).

Segundo Stacciarini (2012) para a adaptação cultural de um instrumento, é importante o ajuste de palavras, os contextos culturais e a transformação de algumas de suas partes para a obtenção do mesmo conceito do original.

2) Síntese: obtenção do primeiro consenso da versão em português; Esta etapa visa o trabalho dos dois tradutores e uma terceira pessoa (geralmente o pesquisador), a fim de que esse grupo sintetize os resultados das traduções. Esse grupo labora com as versões traduzidas e o instrumento original e produz um instrumento final com consenso entre eles (T3) (BEATON et al., 2000).

3) Retrotradução (*back-translation*): após a síntese concluída (T3), outros dois tradutores, que tenham o idioma do instrumento original como língua mãe, que não tiveram acesso à versão original, devem fazer nova tradução para a língua original da escala. Esta situação acontece para se certificar que a versão traduzida reproduz o mesmo conteúdo da versão original, a fim de identificar erros conceituais ou mesmo outras incorreções (BEATON et al., 2000; 2002).

4) Avaliação pelo Comitê de Peritos, também chamado de Comitê de Juízes: neste momento é formado um grupo, em que profissionais da saúde, metodólogos, especialistas na temática e especialistas da língua e tradutores deverão revisar a versão (T3) e registrar as discussões e decisões tomadas, garantindo a equivalência cultural entre o instrumento original e o adaptado. O processo (BEATON et al., 2000; BEATON et al., 2002; PASQUALI, 2009) dá-se na análise da:

- ▶ Equivalência semântica, em que se verifica a manutenção do significado das palavras, do vocabulário e da gramática de cada item;
- ▶ Equivalência de idioma, em que se verifica a equivalência das expressões coloquiais após a tradução, sempre preservando o significado original;
- ▶ Equivalência cultural, em que se leva em consideração a cultura, a contextualização, as experiências vividas pela população alvo;

- Equivalência conceitual da escala, em que se verifica as palavras e os conceitos, pois algumas palavras podem ser equivalentes quanto ao significado, mas em relação ao conceito podem não ser.

Em caso de restrições durante a avaliação, pode ser necessário o retorno ao processo de tradução e da retrotradução, para melhor entendimento de expressões ou palavras, para que se garanta o consenso e o desenrolar da versão pré-final (T4) (BEATON et al., 2000; BEATON et al., 2002).

5) Aplicação de pré-teste do instrumento: tem o objetivo de verificar o entendimento dos conceitos existentes. É aplicado à amostra de 30 a 40 pessoas participantes da população-base, que representa o grupo em que será desenvolvido o estudo; esta amostra deve ser heterogênea, pelo menos quanto à escolaridade, separada dos indivíduos selecionados para a aplicação final do estudo/instrumento. Os participantes responderão ao instrumento e serão interrogados sobre os itens opções de respostas, a fim de aprimorar e clarear a redação dos tópicos e medir o tempo de duração de sua aplicação (BEATON et al., 2000; 2002; PASQUALI, 2009).

Após o processo de adaptação transcultural da escala, importa realizar a avaliação das suas propriedades psicométricas, para se verificar se houve a preservação da natureza do instrumento original.

3.2.2 ANÁLISE DAS PROPRIEDADES MÉTRICAS DA VERSÃO PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO DE UM INSTRUMENTO

Um instrumento é válido se ele medir o que, de fato, ele propõe-se a medir. Portanto as questões referentes à validade e à confiabilidade do instrumento devem ser testadas. Existem três tipos dominantes de validade: 1) validade de conteúdo ou de face; 2) validade de constructo e 3) validade de critério (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

A confiabilidade está relacionada ao grau de coerência com que o instrumento mede um constructo delimitado (PASQUALI, 2010). As seguintes atividades devem ser feitas:

1) Validade de face e de conteúdo: a validade de um instrumento indica se o que se mede é, realmente, o que se pretende medir; é útil para a intenção a que se propõe (PASQUALI, 2009; WEISSHEIMER, 2007). Isto é, o grau de congruência existente entre a medida e a propriedade do objeto que se está mensurando (PASQUALI, 2003; 2007).

A validade de face ou validade aparente consiste em fazer uma avaliação subjetiva sobre o que se está medindo, por meio da compreensão do instrumento pelos pesquisadores e próprios sujeitos; não deve ser utilizada como critério único e isolado e não são usados domínios psicométricos (PASQUALI, 2007).

A validade de conteúdo indica o grau em que o instrumento espelha um domínio específico do conteúdo; constitui uma amostra representativa de um universo de conteúdo (FABRICIO-WEHBE, 2009; PASQUALI, 2007; MARTINS, 2006).

2) Validade do construto com dimensionalidade, grupos conhecidos: Pasquali (2007) define como um teste que mede um atributo que não é operacionalmente definido; a validade de mensurar-se construtos coloca a validade da teoria que dá sustentação à prova.

As subescalas do instrumento multidimensional constituem-se em um conjunto de construtos inter-relacionados. Para a avaliação do construto, dois métodos são utilizados:

- a)** Validade convergente: observa-se a correlação das variáveis, negativa ou positiva;
- b)** Validade discriminante ou divergente: reconhece as dimensões de correlação baixa ou ausente.

No presente estudo, para se estabelecer a validade convergente, foi realizada a correlação entre a NIS e o Inventário de Estresse em Enfermeiro – IEE (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2000), que é uma construção semelhante à NIS.

3) Validade de Critério: diz respeito a demonstrar o grau de eficácia que o instrumento possui em prever a performance do participante. Avalia o instrumento comparando-o com outros instrumentos e outras formas de validade reconhecida. Ou seja: a validade de critério é a correlação da escala com outra medida variável em estudo, tipo “padrão ouro” (STREINER; NORMAN, 1995). Pode ser validade preditiva e a concorrente; a diferença entre as duas está no tempo transcorrido entre a coleta das informações do instrumento e a coleta de informações do critério (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; PASQUALI, 2009).

A análise de confiabilidade refere-se à consistência ou estabilidade de uma medida; os procedimentos podem ser: teste-reteste e análise da consistência interna por meio da aplicação do coeficiente de Alfa de Cronbach. A confiabilidade teste-reteste traduz-se pela confiança que ela inspira, pela sua repetida aplicação ao mesmo sujeito ou objeto, produzindo resultados iguais (COZBY, 2003), isto é, a coerência por meio da constância dos resultados. A técnica do teste-reteste consiste em aplicar o instrumento duas vezes a um mesmo grupo de pessoas, depois de um período de tempo entre as aplicações. Se houver correlação positiva dos resultados das duas aplicações indica que o instrumento é considerado confiável.

Para a análise de consistência interna, deve ser aplicado o Alfa de Cronbach, que avaliará a magnitude em que os itens da escala estão correlacionados. Geralmente um grupo de itens que explora um aspecto comum apresenta um alto valor desse Alfa (STREINER, 2003).

4 Material e Método

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo metodológico, quantitativo, com finalidade de traduzir, adaptar culturalmente e validar para o Brasil uma escala que avalia a incivilidade para com o enfermeiro ou praticada por ele (POLIT; BECK, 2011), construída e validada por Guidroz et al., 2010 (Anexo A).

4.2 PERMISSÃO DO AUTOR PARA A ADAPTAÇÃO CULTURAL, VALIDAÇÃO E USO DA ESCALA DE MEDIDA

A permissão para a adaptação cultural e avaliação das propriedades psicométricas da *Nursing Incivility Scale* foi requisitado ao Prof. Dr. Steve Jex, psicólogo, um dos seus autores. Em mensagem recebida por correio eletrônico no dia 27/08/2017, o professor autorizou todo o procedimento para a adaptação e a validação da escala, para ser aplicada no Brasil (Anexo B).

4.3 PROCESSO DE ADAPTAÇÃO CULTURAL

O fato de um pesquisador realizar o processo de adaptação de um instrumento já existente, ao invés de construir um novo mostra ser vantajoso, pois ele consegue comparar dados de diferentes contextos e amostras, o que possibilita uma maior equidade na avaliação, já que se trata de uma mesma medida, que avalia um determinado construto a partir de uma mesma perspectiva, tanto metodológica como teórica (BORSA, DAMÁSIO, BANDEIRA, 2012).

A adaptação cultural e validação de um instrumento de medida, como a *Nursing Incivility Scale* (GUIDROZ et al., 2010) foi realizada embasada nos procedimentos metodológicos apresentados por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), com ajustes em, 2000 e 2002; Ferreira, Dantas, Rossi, (2008); Ferreira et al., (2014). A fim de conferir maior rigor metodológico ao processo de tradução e adaptação foi-lhe agregado a análise semântica proposta por Pasquali (1998) e as recomendações do Projeto DISABKIDS® (DISABKIDS GROUP, 2002).

4.3.1 TRADUÇÃO DA *NURSING INCIVILITY SCALE* PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL

O processo de validação cultural é um empreendimento, a fim de criar a equivalência do conteúdo de uma escala. A primeira fase refere-se a tradução inicial desse instrumento (BEATON et al., 2002; ASSOCIATION OF TEST PUBLISHERS, 1999). No presente estudo, o processo de tradução contou com a participação de dois tradutores que tinham, como língua materna, o idioma português escrito e falado no Brasil.

Um dos tradutores com formação na área da saúde, enfermeiro foi instruído sobre o objetivo do estudo, o que lhe facilitava fornecer uma tradução com equivalências mais confiáveis, comparadas à versão original; o segundo tradutor, professor, tradutor e intérprete do idioma inglês americano mas não profissional da saúde, desconhecia os objetivos do estudo e dos processos a serem realizados após a tradução; ele, por sua vez, possuía maior experiência com a realidade da linguagem utilizada pela população brasileira.

Os tradutores trabalharam de forma independente e consideraram a tradução dos termos mais utilizados na língua portuguesa escrita e falada no Brasil; eles fizeram a tradução da escala original *Nursing Incivility Scale* – NIS, bem como sua instrução para a aplicação e a pontuação. Após o trabalho de cada tradutor foram obtidas duas versões em português da NIS assim denominadas, T1 e T2 (Apêndices A e B).

4.3.2 SÍNTESE E CONSENSO DAS TRADUÇÕES

Finalizado o processo de tradução do instrumento do idioma original para o idioma-alvo, o pesquisador deve possuir, minimamente, duas versões do instrumento traduzido; inicia-se, então, o processo de sintetizar as versões do instrumento, comparando-se as traduções e avaliando as discrepâncias semânticas, idiomáticas, conceituais, linguísticas e contextuais, tentando-se chegar a uma versão única (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

Para a realização da síntese e consenso das duas versões alcançadas, de forma independente da NIS para o português do Brasil (T1 e T2), essas versões foram comparadas, na sua totalidade, pela autora dessa pesquisa e um outro tradutor independente, para sanar as divergências havidas; esse terceiro tradutor possuía vasto conhecimento e domínio do idioma inglês, além de ser profissional da saúde e professor universitário do curso de enfermagem.

A reunião teve duração de duas horas e chegou-se a um consenso por unanimidade, obtendo-se a versão, que é a síntese da tradução, consenso português 1- CP1 (Apêndice C).

4.3.3 RETROTRADUÇÃO OU TRADUÇÃO REVERSA (*BACK-TRANSLATION*)

Essa etapa deve suceder os procedimentos de ajuste semântico e idiomático, uma vez que o instrumento precisará ser submetido à avaliação final do seu autor. Então, essa retrotradução significa traduzir a versão que já foi revisada e sintetizada para o seu idioma de origem, no sentido de se identificar se essa versão sintetizada reflete o conteúdo da original (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012). No presente estudo, o processo da retrotradução foi destinado a garantir que a tradução da Escala de Incivilidade na Enfermagem mantivesse a fidedignidade dos itens do instrumento original, *Nursing Incivility Scale*, evidenciando incoerências ou falhas conceituais ocorridas no processo de tradução (BEATON et al., 2002; ASSOCIATION OF TEST PUBLISHERS 1999).

Nessa etapa, para esse estudo, considerou-se as recomendações sobre a importância dessa tradução reversa ser realizada por, pelo menos, outros dois tradutores e não os que realizaram a primeira tradução (BEATON et al., 2000),

Foi, então, realizada a tradução reversa da versão CP1, para o idioma inglês americano, por dois tradutores nativos da língua inglesa americana; ambos tinham fluência também na língua portuguesa escrita e falada no Brasil. Os tradutores fizeram, de maneira independente, essas retrotraduções e não tiveram acesso à escala original.

Dos dois tradutores foram originadas as versões retro traduzidas da NIS, denominadas, RT1 (Apêndice D) e RT2 (Apêndice E). Essas versões retrotraduzidas foram comparadas entre si com a pesquisadora e o terceiro tradutor, o mesmo profissional que trabalhou no consenso da tradução, de forma que o consenso da retrotradução foi alcançado e denominado RT3 (Apêndice F).

Este consenso foi encaminhado a um dos autores da escala, para a sua análise, o qual parabenizou o trabalho e agradeceu por estar sendo mantido atualizado com a tradução (Anexo C).

4.3.4 AVALIAÇÃO PELO COMITÊ DE JUÍZES

A função do Comitê de Juízes ou, também, denominado Comitê de Especialistas é avaliar se a versão do consenso português e as instruções de uso (Apêndice F) conservaram a equivalência semântica, idiomática, empírica e conceitual com a escala original e, então, obter a versão final, para ser submetida ao pré-teste.

Existem algumas recomendações para a submissão ao pré-teste. Estas versam para o número de juízes a serem contatados para esta etapa; no presente estudo acatou-se a recomendação de Lynn (1986), que sugere um mínimo de cinco e o máximo de dez pessoas participando desse processo (POLIT; BECK, 2006).

Na composição do Comitê de Juízes, a fim de realizar a validação de face da versão CP1 que é a versão do consenso português, tomou-se o cuidado de convidar especialistas de todas as regiões brasileiras, considerando-se que poderiam existir algumas diferenças idiomáticas e possibilidades de entendimentos diferentes, devido aos regionalismos e possíveis contextos culturais específicos de cada local.. Assim esses juízes pertenciam às regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil. Essas pessoas tiveram os seus *currículos vitae* na modalidade Lattes consultados, para a confirmação de suas especialidades e identificou-se que eram profissionais com conhecimento sobre a temática saúde do trabalhador/saúde ocupacional, qualidade de vida, gestão do trabalho, políticas do

trabalho, segurança do paciente, protocolos e comportamentos, entre outras. Estes profissionais foram seis enfermeiros todos no exercício da carreira docente (Paraná, Goiás, Pará, Acre, Minas Gerais e Rio Grande do Sul) e um psicólogo clínico do Paraná. Melhores descrições sobre esse Comitê encontram-se mostradas na sequência:

- ▶ **JUIZ 1:** Enfermeira, do Paraná, professora doutora, com ampla bagagem científica em pesquisas em saúde do trabalhador, com experiência prévia na participação em comitê de juízes;
- ▶ **JUIZ 2:** Enfermeira, do Paraná, professora doutora, experiente em saúde ocupacional;
- ▶ **JUIZ 3:** Psicóloga, do Paraná, com experiência em psicologia comportamental;
- ▶ **JUIZ 4:** Enfermeiro, de Minas Gerais, professor doutor, com grande bagagem científica em pesquisas com a temática estresse, qualidade de vida e depressão;
- ▶ **JUIZ 5:** Enfermeira, do Pará, professora com pós-doutorado, coordenadora de curso de enfermagem, experiente nas temáticas qualidade de vida, oncologia e terminalidade e elaboração de protocolos;
- ▶ **JUIZ 6:** Enfermeira, do Acre, professora doutora, com experiência na área de segurança do paciente e dos profissionais de saúde;
- ▶ **JUIZ 7:** Enfermeiro, de Goiás, professor com pós-doutorado, com bagagem científica em saúde do trabalhador, gestão em saúde e qualidade de vida;
- ▶ **JUIZ 8:** Enfermeira, do Rio Grande do Sul, professora doutora, com experiência em saúde do trabalhador e nos aspectos psicossociais e políticas do trabalho.

Diante da expressiva distância geográfica da maioria dos especialistas optou-se por encaminhar o material por meio de correio eletrônico. Após o contato para o convite de participação e o aceite do profissional, foi separado todo o material contendo: convite formal para a participação como juiz, no Comitê de Especialista (Apêndice G), instrumento original NIS (Anexo A), escala traduzida CP1, definições dos conceitos a serem analisados, instrumento de

avaliação para a análise das equivalências, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias e as instruções e objetivos do estudo a ser realizado (Apêndices C, H, I).

No instrumento de avaliação das equivalências, além de comentários, os juízes deveriam, para cada tópico, sinalizar o campo correspondente a sua opção, sugerindo mudanças e comentários em caso de respostas nos valores de -1 ou 0 em que “-1” Não equivale, “0” Indefinido e “+1” Equivale. Esse instrumento já foi utilizado anteriormente na pesquisa de Soares, Vargas, (2013).

A partir das respostas desse conjunto de especialistas, foi realizada a avaliação quantitativa das equivalências do instrumento, o cálculo de Índice de Validade de Conteúdo – IVC (RUGGIO et al., 2003; ALEXANDRE; COLUCI, 2011), o qual apresenta a proporção em que os especialistas estão em concordância, com os itens da escala e a escala como um todo.

O IVC foi calculado, conforme apresentado a seguir:

$$\text{IVC} = \frac{\text{Nº de respostas -1 e 0}}{\text{Nº total de respostas}}$$

A avaliação é considerada positiva quando é alcançado um índice igual ou superior a 0,80; em caso de índice menor que 0,80, seriam necessárias novas traduções e retro traduções e, até, um novo contato com o autor da escala original. No presente estudo todos os especialistas, fizeram sugestões de acréscimo de artigos (o, a), no início de algumas afirmações e a tradução de palavras por sinônimos mais utilizados no Brasil.

Ao final desta etapa, obteve-se a versão Consenso Português - 2 (CP2), (Apêndice J).

4.3.5 ANÁLISE SEMÂNTICA

A análise semântica consistiu na avaliação dos itens da NIS, versão CP2, quanto às características semânticas, isto é, se as palavras do instrumento são compreensíveis (DISABKIDS GROUP, 2002). O estudo foi realizado em uma amostra de 20 enfermeiros das Unidades do Pronto Socorro e do Centro de Tratamento de Queimados de um hospital de Londrina, Paraná, em setembro de 2017; as unidades são semifechadas, comportam diferentes categorias profissionais, como médicos plantonistas de diversas áreas, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, entre outros, além de familiares e visitantes dos pacientes (SANTOS, 2013).

Para este momento foram utilizados dois formulários de análise semântica, um de impressão geral (Anexo D) e outro específico (Anexo E), planejado pelo Grupo DISABKIDS® (DISABKIDS GROUP, 2002); foi ofertada a autorização pela responsável do estudo no Brasil (Anexo F); foi entregue, também, a versão CP2 (Apêndice J), o TCLE, (Apêndice I), o instrumento de caracterização demográfica para o teste piloto (Apêndice K). Os formulários de avaliação semântica já tinham sido, também, utilizados em outros estudos, a fim de fortalecer a compreensão da escala (PELEGRINO et al., 2011; JANSEN, 2014; VALIM, 2014; PETERSON, 2016).

O formulário de impressão geral, avalia a compreensão da escala quanto aos seus itens com as respostas do tipo *likert*, questiona a pessoa se ela apresenta alguma dificuldade de entendimento e se os itens mostram relevância para a temática que se propõem; ainda apresenta opção de mudança ou acréscimo de informação ou item; por fim questiona o respondente se houve alguma questão que ele não gostaria de ter respondido.

Para o formulário de impressão específica, foi necessário dividir a amostra e os itens em grupos, conforme preconizado pelo grupo DISABKIDS® (DISABKIDS GROUP, 2002), Quando o instrumento avaliado possui muitos itens, é necessário dividi-los, bem como a amostra em grupos, a fim de garantir maior fidedignidade das respostas e evitar o cansaço, o desinteresse.

No caso, foi solicitado que se realizasse uma avaliação detalhada de todos os 43 itens da escala, por todos os 20 participantes da avaliação semântica. A divisão ocorreu, então, conforme as escalas de instigadores de incivilidade, propostas pela própria NIS, em que em cada grupo composto por quatro enfermeiros avaliaram cada subescala específica: grupo 1 (**categoria todas as pessoas**, com 9 itens, contemplando as subescalas clima hostil, piadas desagradáveis e falta de consideração), grupo 2 (**categoria enfermeiros**, com 10 itens; contém as subescalas clima hostil, fofocas/indisciplina e parasitismo), grupo 3 (**categoria supervisor direto**, com 7 itens, abrangendo as subescalas, supervisão abusiva e falta de respeito), grupo 4 (**categoria médicos**, com 7 itens; com as subescalas, supervisão abusiva e falta de respeito), grupo 5 (**categoria pacientes, familiares e/ou visitantes**, com 10 itens, contemplando as sub escalas, falta de respeito e raiva deslocada e frustração).

A avaliação de consenso, parte específica da NIS versão CP2, foi realizada por quatro enfermeiros, em cada sub categoria, que são cinco, totalizando vinte (20) enfermeiros; cinco perguntas compunham o formulário específico, as três primeiras, destinavam-se à relevância do item para a temática, a dificuldade de entendimento, quanto a clareza e a consistência do item e das respostas; a quarta questão referia-se à opção de reformulação, como ela seria se fosse o caso; a última questão relacionava-se com a ideia de solicitar, nas palavras do avaliador, qual a descrição ou o significado do item, para ele. Cumpridos os critérios metodológicos recomendados, após a fase de avaliação semântica, não houve alteração na escala versão CP2.

Os 20 participantes desta etapa de investigação e análise da pesquisa não foram considerados na inclusão da amostra final dos enfermeiros participantes do estudo.

4.3.6 PRÉ-TESTE

A realização da etapa pré-teste de aplicação da escala é essencial, pois permite a verificação do entendimento, nitidez e concordância dos itens pelos enfermeiros participantes, cooperando para a validade de face (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

A escala CP2 foi testada em uma amostra de 30 enfermeiros, selecionados entre os que exerciam funções de chefias e de assistência nas diversas unidades de um dos hospitais da cidade de Londrina, Paraná e com distintos níveis de pós graduação. A versão foi aplicada após os esclarecimentos sobre o objetivo do estudo e a assinatura do TCLE (Apêndice L), em duas vias e um instrumento de avaliação da NIS com itens para mensurar a sensibilidade cultural, a linguagem ou o teste e a impressão global da escala (Apêndice M). Informa-se que esses enfermeiros também não compuseram o quantitativo dos que participaram da amostra final desse estudo.

As sugestões de alteração foram realizadas na Versão 2 que foi encaminhada ao autor original para a aprovação das alterações realizadas. Após resposta favorável desse autor (Anexo C), sem outras modificações, atingiu-se a Versão Final - VF (Apêndice N) denominada Versão Brasileira da *Nursing Incivility Scale*.

Com a finalidade de resumir as etapas metodológicas, foi construído o Quadro 3, para facilitar a visualização de todo o processo de tradução e adaptação da *Nursing Incivility Scale* para o idioma português falado e escrito no Brasil.

ORDEM	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DO PROCESSO DE TRADUÇÃO E DE ADAPTAÇÃO DO NIS
1	Solicitação e aquisição do autor da versão original da escala NIS de origem norte-americana para a adaptação para a língua portuguesa Brasileira;
2	Tradução da escala para a língua portuguesa do Brasil por dois tradutores independentes (1- formação na área da saúde; 2 – sem formação na área da saúde);
3	Síntese das duas versões pela pesquisadora e a anuência dos tradutores;
4	Retrotradução da escala NIS por dois tradutores nativos da língua original da escala (EUA), sem formação na área da saúde;
5	Submissão do consenso da retrotradução ao autor original para análise;
6	Comparação da versão original com o consenso das traduções, pelo Comitê dos Juízes para a análise de equivalência semântica, idiomática, conceitual e cultural;
7	Realização da validação semântica em uma amostra de 20 enfermeiros;
8	Aplicação do pré-teste em amostra de 30 enfermeiros, com o intuito de aplicar todos os instrumentos de coleta, explorar a compreensão dos itens e mensurar o tempo de duração, em minutos, dá entrevista
9	Versão em português do Brasil final

QUADRO 3 – Síntese dos passos percorridos no processo de tradução e adaptação cultural da *Nursing Incivility Scale* para a língua portuguesa-Brasil. Londrina, Paraná, Brasil, 2018.

4.4 ANÁLISE DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO ADAPTADA PARA O PORTUGUÊS DA ESCALA *NURSING INCIVILITY SCALE*

4.4.1 CENÁRIO DE ESTUDO

Os dados foram coletados em três hospitais da cidade de Londrina, Paraná, doravante denominados Hospital 1, 2 e 3.

O Hospital “1” (H1) é uma instituição pública, a maior do norte do Paraná, possui 313 leitos, com atendimento exclusivo ao Sistema Único de Saúde (SUS), faz o atendimento em atenção terciária, de alta complexidade, atende as internações de todas as especialidades médicas, com equipamentos de elevada tecnologia e recursos humanos com altos índices de especialização e capacitação; compõe o sistema estadual de atendimento em urgência e emergência; é referência em alta tecnologia.

O Hospital “2” (H2) é filantrópico, de atenção terciária em saúde, de alta complexidade e possui 255 leitos dos quais 172 são destinados ao SUS; é referência para algumas especialidades médicas como, traumatologia e cardiologia.

O Hospital “3” (H3) também é uma instituição de atenção terciária, de média e alta complexidade, referência em Cardiologia e em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica; é um hospital filantrópico, com capacidade de 248 leitos e destes 125 são destinados ao SUS.

Os hospitais consentiram na aplicação do estudo em suas unidades clínicas; os consentimentos foram anexados à Comissão de Ética em Pesquisa (CEP), para a obtenção da autorização ao seu desenvolvimento e com o objetivo de manter o anonimato dos hospitais, não foram anexados no corpo desse estudo.

4.4.2 PERÍODO DE REALIZAÇÃO

O estudo foi desenvolvido no período compreendido entre março de 2017 a abril de 2018, incluindo as etapas de avaliação semântica, aplicação do pré-teste e da versão final da escala nos hospitais selecionados para a pesquisa.

4.4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população-alvo foi constituída por 450 enfermeiros, atuantes nos três hospitais selecionados para o estudo. Foram incluídos os enfermeiros de ambos os sexos e que estavam em atividade durante o período de coleta de dados; foram excluídos os que estavam em férias, em afastamento por licenças e aqueles que tinham se envolvido em, apenas, uma das etapas/fases preliminares do estudo. Essas primeiras fases compreenderam a avaliação semântica com 20 participantes e a fase de pré-teste, com 30 participantes, todas estas etapas dizem respeito a avaliação do face e conteúdo e compõem o processo de adaptação cultural.

Após esses processos a próxima fase compreendeu a avaliação das propriedades psicométricas e, para tal, a população foi constituída por 332 enfermeiros dos três hospitais elegíveis. Foram consideradas como recusas em participar do estudo, os profissionais que mostraram falta de interesse, que apresentaram desistência, mesmo tendo assinado o TCLE, aqueles que mesmo tendo iniciado o preenchimento dos instrumentos não os concluíram; além dos que não devolveram os instrumentos preenchidos até o final da coleta de dados e, ainda, aqueles enfermeiros abordados por até três vezes e que se esquivaram da pesquisadora.

4.4.4 COLETA DE DADOS

Essa coleta foi realizada pela pesquisadora no H1, nas suas unidades de trabalho e em cada turno de trabalho; no H2 a coleta ocorreu com quatro estudantes de enfermagem do terceiro ano do curso da Universidade

Estadual de Londrina, que foram treinados pela pesquisadora e monitorados/supervisionados por ela; no H3 hospital 3, essa coleta de dados foi realizada por duas supervisoras de enfermagem da instituição, treinadas para tal, pela pesquisadora que, igualmente, monitorou-as.

O treinamento para a coleta de dados dos enfermeiros e a aplicação dos instrumentos ocorreu uma semana antes do início pré-determinado para as entrevistas. As quatro estudantes do terceiro ano de enfermagem, foram convidadas, por já terem realizado atividades de investigação com a pesquisadora e as duas enfermeiras do H2, foram indicadas pelo próprio hospital, por serem supervisoras do hospital. Foi apresentado os objetivos do estudo a trajetória até então percorrida e o o que se solicitava, especificamente, neste momento, de colaboração de cada uma delas. Na sequência foi apresentado o material a ser utilizado, fazendo a leitura total do mesmo e esclarecendo as dúvidas caso houvessem. A seguir solicitou-se que esses apoiadores da coleta de dados, em duplas exercitassem a entrevista e coleta dos dados, na presença da pesquisadora para corrigir eventuais problemas. Após, essas pessoas tornaram-se aptas para a realização desta coleta nos hospitais e assim ocorreu, ainda com o monitoramento *in loco* da pesquisadora.

Nos três hospitais os participantes do estudo foram procurados individualmente e convidados a cooperar voluntariamente, após assinar , em duas vias, o TCLE (Apêndice O). Neste momento era entregue a cada participante a NIS, um instrumento de coleta de dados sócio demográficos e de trabalho e o Inventário de Estresse do Enfermeiro (IEE).

Os instrumentos eram autoaplicáveis e o seu recolhimento foi, preferentemente, após a abordagem inicial. Mesmo optando-se pelo recolhimento individual, foi-lhes assegurado o anonimato.

4.4.5 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

4.4.5.1 *NURSING INCIVILITY SCALE* - NIS

A NIS tem o propósito de identificar situações de incivilidade com o enfermeiro ou atitudes incivis impostas por ele, incivilidade esta que pode ser apresentada de diferentes formas como: clima hostil, piadas desagradáveis, falta de consideração, fofocas, parasitismo, supervisão abusiva, falta de respeito e raiva deslocada e frustração, que são as sub escalas desse instrumento; pode ser aplicada por diversas pessoas que estão em contato com o enfermeiro no seu local de trabalho, como os médicos, outros colegas enfermeiros, o seu supervisor direto, os pacientes, os familiares e/ou os visitantes, as pessoas que ou laboram ou estão no ambiente de trabalho do enfermeiro (GUIDROZ et al., 2010) (Anexo A).

A NIS em sua versão original, é indicada como autoaplicável, porém pode ser em forma de entrevista. Ela contém 43 itens divididos em oito sub escalas. As respostas são do tipo *Likert* de cinco pontos, variando de 1 (discorda totalmente) a 5 (concorda totalmente), os escores podem variar de 0, ausência de incivilidade a 215, maior grau de incivilidade, levantado no momento da entrevista.

A NIS, em sua versão original, apresentou estimativas de confiabilidade consideradas de bom a excelente ($r = 0,81 - 0,94$) para todos os domínios e o Alfa de Cronbach de 0,76, indicando que os itens demonstram boa consistência interna.

Para este estudo foi utilizado a versão da NIS traduzida e adaptada para o cenário brasileiro.

4.4.5.2 INVENTÁRIO DE ESTRESSE EM ENFERMEIROS – IEE

O Inventário de Estresse em Enfermeiros é um instrumento autoaplicável, composto por 44 itens, distribuídos em três fatores; a comunalidade variou de 0.32 a 0.75, a confiabilidade com Alfa de Crombach de 0,89; as suas dimensões são: Relações Interpessoais, 17 itens; Papéis Estressores da Carreira, 11 itens; Fatores Intrínsecos ao Trabalho com 10 e as questões organizacionais com 6 itens (STACCIARINI, TRÓCCOLI, 2000), (Anexo B).

A escala de resposta do inventário é do tipo *Likert* de cinco pontos, 1 (nunca) e 5 (sempre); os itens do inventário variam de respostas do 0 a 220, em que o zero significa a ausência de estresse e o 220 o nível máximo de estresse em que este enfermeiro está, no momento do preenchimento do Inventário.

No presente estudo, aplicou-se o IEE como uma escala auxiliar para a análise estatística da NIS, que em sua elaboração original também utilizou outra escala para complementar a sua análise. O IEE foi utilizado para testar a validade convergente das subescalas da *Nursing Incivility Scale*; para tal fez-se a correlação da escala IEE e as subescalas da NIS, entendendo que diferentes instrumentos fazem uma avaliação similar de construto (FREITAS; DEL PRETTE, 2010), ou seja, deve existir uma correlação do instrumento focal com outro instrumento que avalie um construto similar (POLIT, 2015; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

4.4.5.3 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DE ASPECTOS DO TRABALHO

Para a caracterização dos sujeitos, foi lhes questionado sobre a idade, o sexo, o estado conjugal, o tempo de formado, se fazia ou cursava a pós graduação e o tipo. Em relação ao trabalho, o instrumento abrangeu o tempo de trabalho na instituição, setor/unidade de trabalho, função exercida, regime de trabalho, turno e carga horária semanal, se fazia horas extras, se possuía outro vínculo empregatício e se usufruiu de alguma licença nos últimos 12 meses e tempo de duração deste afastamento (Apêndice K).

A construção do instrumento de caracterização sócio demográfica para a participação do estudo, foi elaborado pela pesquisadora e foi realizado um teste piloto com os enfermeiros para a realização de uma avaliação semântica; após o mesmo foi reorganizado e submetido novamente como piloto ao grupo de enfermeiros na realização do pré-teste os itens selecionados para serem utilizados no instrumento, estão dispostos em questionários de estudo realizado previamente (MILANI, 2015).

4.4.6 TAMANHO AMOSTRAL

O tamanho da amostra foi considerado diante das recomendações da literatura internacional. Para a análise da validade da estrutura fatorial, a literatura recomenda que se deve aplicar o instrumento em 5 a 10 sujeitos por itens do instrumento que se está validando, para a análise fatorial confirmatória; uma vez que a NIS possui 43 itens, foram necessários, pelo menos, 215 participantes para se fazer a avaliação da validade da estrutura fatorial (KIM, 2005; HAIR; BLACK; BABIM, 2009).

Comrey e Lee (1992) classificam, em relação à análise fatorial, da seguinte maneira: amostras de 50 participantes - muito inferiores, de 100 participantes - inferiores, de 200 participantes - razoáveis, de 300 participantes - boas e acima de 500 participantes - boas e aquelas com mais participantes classificadas como excelentes.

Fundamentado pelas duas demandas/exigências sobre o tamanho amostral, foram convidados para o estudo 450 enfermeiros dos quais 382 (84,88%) aceitaram participar.

Recorda-se que desses 382, 20 (5,23%) participaram da avaliação semântica e 30 (7,85%) colaboraram no pré-teste para a validade do face, não constituindo o grupo final de participantes. Então esse grupo foi constituído por 332 (86,91%) enfermeiros que responderam, também, o Inventário de Estresse em Enfermeiro – IEE e os dados sociodemográficos e do trabalho.

4.4.7 AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS

4.4.7.1 ESTATÍSTICA UNIVARIADA E SENSIBILIDADE PSICOMÉTRICA

A estatística descritiva foi utilizada para descrever as características sociodemográficas e de trabalho da amostra.

4.4.7.2 VALIDADE

A validade de um instrumento declara o grau em que ele realmente mede a variável que pretende medir. Para se obter a validade de construto é necessário uma variedade de técnicas, que tem o propósito de avaliar se o instrumento de medida corresponde ao construto teórico. A validade diz respeito à utilidade científica do instrumento de medida (NUNNALLY; BERNSTEIN 1994).

A extensão em que um conjunto de variáveis representa o construto a ser medido significa a validade de construto. Para o estabelecimento dessa validade são geradas previsões com base na construção de hipóteses e tais previsões são testadas para dar apoio à validade do instrumento. Quanto mais abstrato o conceito, mais difícil é estabelecer a validade de construto (MARTINS, 2006; HAIR JUNIOR; BLACK; BADIM, 2009; POLIT; BECK, 2011).

Para este estudo, a validade de construto foi feita mediante a validade da estrutura fatorial, pela validade convergente e pela análise de correlação entre as categorias da NIS e o inventário IEE.

a) VALIDADE DE ESTRUTURA FATORIAL

É importante para a validade de construto fazer a validade de estrutura fatorial, a qual certifica que a composição dos domínios de um instrumento reflete o conceito inicial, isto é, se as variáveis observadas correlacionam-se entre si (PASQUALI, 2009).

Denomina-se análise fatorial o método estatístico que descreve a estrutura de dependência de um conjunto de variáveis, pela criação de fatores ou

variáveis latentes que, mensuram os aspectos comuns. Aborda-se o problema analisando a estrutura de relacionamento entre um grande número de variáveis e consegue-se definir um conjunto de fatores. Consegue-se, ainda, identificar as dimensões e determinar o grau em que cada variável é explicada por cada uma delas; é uma técnica em que as variáveis são consideradas ao mesmo tempo (CRUZ, TOPA, 2009).

A validade fatorial, verifica em que grau os escores do instrumento de medida refletem a pertinente dimensionalidade do construto a ser avaliado (PASQUALI, 2009). A validade estrutural ou fatorial testa se uma medida capta a dimensionalidade hipotética de um construto (POLIT, 2015; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Técnicas de análises fatoriais exploratórias e análises fatoriais confirmatórias devem ser utilizadas, no intuito de ajudar o pesquisador na escolha da estrutura que seja a melhor ou mais plausível para a amostra (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

A análise fatorial exploratória (AFE) identifica as dimensões subjacentes de um determinado domínio que está se medindo; ela fornece informações sobre a estrutura multivariada de um instrumento de mensuração, identificando os construtos teóricos; ainda ela está relacionada à redução de dados, que é a ponderação para as variáveis mensuradas, reduzir a um conjunto menor um grande conjunto de variáveis e com máxima a variabilidade e fidedignidade. A análise fatorial confirmatória (AFC) serve para confirmar hipóteses de vários tipos; ela é usada para avaliar a validade do construto das medidas; a validade de construto é forte se a estrutura fatorial da escala é consistente com os construtos que o instrumento propõe-se medir (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; PASQUALI, 2009).

A validação da NIS foi verificada por AFE e AFC. Em seguida, a AFE foi realizada utilizando matriz policórica e rotação de gemas. Fatores com um autovalor maior que 1 (critério de Kaiser) foram retidos, confirmados para estrutura simples. A AFC foi realizado para confirmar o número de fatores na escala. Os seguintes índices de ajuste foram examinados para determinar o modelo de fator

mais apropriado: índice de ajuste comparativo (CFI) ou (*Comparative Fit Index*), índice de ajuste de *Tucker-Lewis* (TLI) ou (*Tucker-Lewis Fit Index*) e o erro quadrático médio de aproximação (RMSEA) ou (*Rot Mean Square Error of Approximation*). A variância média extraída (AVE) ou (*Average Variance Extracted*) e a confiabilidade composta (CR) ou (*Composite Reliability*) foram realizadas para avaliar os fatores retidos. Índices de ajuste com base residual foram medidos usando-se o resíduo quadrático médio padrão (SRMR) ou (*Standardized Root-Mean-Square Residual*) padronizado e o resíduo médio quadrático ponderado (WRMR) ou (*Weighted Root-mean-square Residual*) (LIM; BREIMAN; CUTLE, 2013; KENNY, 2015; CRONBACH; MEEHL, 1995).

O RMSEA é a medida mais popular de ajuste de modelo e é relatada em praticamente todos os estudos que usam CFA. O índice de *Tucker-Lewis* é também chamado de índice de ajuste não normalizado ou NNFI; se o índice for maior que um, ele será definido como um (KENNY, 2015).

b) VALIDADE CONVERGENTE

Essa validade é alcançada pela correlação do instrumento focal com outro instrumento que avalie um construto similar, esperando resultados de altas correlações entre os dois (POLIT, 2015). Trata-se de uma extensão que uma medida correlaciona-se, positivamente, com medidas alternativas do mesmo construto. Visa avaliar se os itens que definem cada construto ou domínio saturam fortemente nesse determinado construto. Representa a relação significativa entre duas ou mais medidas de um mesmo construto ou de construtos relacionados, utilizando-se diferentes instrumentos ou métodos de avaliação (PASQUALI, 2003).

Cook e Campbell (1979) apresentam duas etapas essenciais para a análise da validade convergente: testar a convergência entre medidas diferentes que avaliam o mesmo construto e testar a divergência entre medidas de conceitos relacionados mas conceitualmente distintos.

A validade convergente objetiva estudar as relações esperadas e plausíveis com outras medidas relacionadas a dois tipos de variáveis: **1.** Saber

qual a relação intencional de outros instrumentos que medem o mesmo construto;

2. Saber qual é a relação, positiva ou negativa, com instrumentos que medem outros aspectos (SCOLTES; TERWEE; POOLMAN, 2011).

Para a análise da validade convergente foi utilizada a Variância Média Extraída (VME) e a Confiabilidade Composta (CC), as quais auxiliam para avaliar os fatores retidos. A análise de resíduos foi realizada por meio de *Standardized Root-mean-square Residual* (SRMR) e *Weighted Root-mean-square Residual* (WRMR).

A Variância Média Extraída (*average variance extracted*) verifica a proporção da variância dos itens que são explicados pelo construto ao qual pertencem. Caso seus valores estejam iguais ou superiores a 0,5 assume-se que o modelo converge para um resultado positivo. A confiabilidade composta representa uma estimativa de consistência interna que prioriza as variáveis de acordo com suas confiabilidades (FORNELL; LARCKER, 1981; HAIR JUNIOR et al, 2014; RINGLE; SILVA; BIDO, 2014; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

O SRMR é uma medida absoluta de ajuste e é definido como a diferença padronizada entre a correlação observada e a correlação prevista. É uma medida positivamente tendenciosa, Como o SRMR é uma medida absoluta de ajuste, um valor de zero indica um ajuste perfeito. O SRMR não tem penalidade pela complexidade do modelo. Um valor menor que 0,08 é geralmente considerado um bom ajuste (HU; BENTLER, 1999). O WRMR é usado para uma abordagem de ponderação da variância; é adequado para esquemas cujas variáveis são medidas em diferentes escalas ou têm variações muito desiguais (DISTEFANO et al., 2017).

A validade de construto é a extensão em que um conjunto de variáveis representa, de fato, o construto que foi projetado para medir (MARTINS, 2006; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). Esse tipo de validade pode ser estimada em graus das pontuações de um instrumento de medida; são consistentes com hipóteses formuladas e as hipóteses supõem que determinado instrumento mede de forma real e válida o construto que pretende medir. As hipóteses precisam ser predefinidas e precisam mencionar a relação interna entre

os construtos a serem avaliados e os outros instrumentos (SCOLTES; TERWEE; POOLMAN, 2011).

A correlação de *Spearman* foi utilizada para verificar a correlação entre a *Nursing Incivility Scale* – NIS e o Inventário de Estresse em Enfermeiros – IEE. Era esperado para este estudo que a correlação entre os escores alcançasse a relevância pelo menos moderada (r menor 0,3), mas de preferência forte (r maior 0,5). A correlação de duas variáveis, sendo medidas na mesma pessoa, é realizada para se calcular se existe inter-relação entre as variáveis e a correlação de *Spearman* é utilizada quando os pares dos dados não são lineares. É um teste não paramétrico, utilizado em análises de pequenas amostras, distribuição de dados anormais ou discrepantes e dentre os testes não paramétricos a correlação e *Spearman* é mais conhecida e utilizada na prática (AYRES et al., 2007).

O teste *Kruskal-Wallis*, é um teste não paramétrico, indicado para comparar três ou mais amostras independentes, iguais ou não em tamanho, do qual as pontuações devem ser medidas ao nível ordinal; ele é comparado a ANOVA. O teste *Shapiro –Wilk*, é realizado dividindo-se o quadrado da combinação linear apropriada dos valores ordenados da amostra pela variância simétrica estipulada. O teste *Kruskal-Wallis* e o teste *Shapiro –Wilk* foram utilizados para a análise da aplicação da NIS nos enfermeiros dos três hospitais do estudo (FIELD, 2009; AYRES et al., 2007).

4.4.7.3 CONFIABILIDADE

A confiabilidade foi avaliada por meio da consistência interna e estabilidade.

Para a análise de consistência interna foi aplicado o Alfa de Cronbach, que avalia a magnitude em que os itens da escala estão correlacionados. Geralmente um grupo de itens que explora um aspecto comum apresenta um alto valor de Alfa de Cronbach; valores iguais ou superiores à 0,70 são considerados satisfatórios (CRONBACH; MEEHL, 1955).

4.4.7.4 REGRESSÃO LOGÍSTICA BINARIA, *ODDS RATIO*

Para a apresentação dos dados da aplicação da NIS e do IEE entre os enfermeiros dos três hospitais, foi utilizado para análise estatística o modelo de Regressão Logística Binaria (RLB). A Regressão Logística é um recurso que permite estimar a probabilidade associada à ocorrência de determinado evento em face de um conjunto de variáveis explanatórias. A RLB tem o atributo de utilizar para as variáveis de saída que podem assumir repostas binárias (por 0 e 1), para a probabilidade do desfecho, o logaritmo da chance, da probabilidade de desfecho se relacionar, de forma linear, com as covariáveis e utilizar a razão de chances (OR) para resumir as associações, calculando a vantagem ou não de um dos fatos, em relação ao outro (LOPES; HARRINGTON, 2015).

4.4.8 NÍVEL DE SIGNIFICÂNCIA, *SOFTWARE* ESTATÍSTICOS, PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Após as entrevistas, os dados reunidos foram codificados, categorizados e analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS (versão 20), para cálculo das análises descritivas, de variabilidade (desvio padrão (DP - máximo e mínimo), de tendência central (média e mediana) e das análises psicométricas. Para as análises do resultado da aplicação da NIS e do IEE nos enfermeiros dos três hospitais, o teste estatístico utilizado foi a Regressão Logística Binaria que é um dos modelos lineares mais utilizados na saúde, em que a variável resposta do modelo tem distribuição binomial e a função de ligação é a função logística. Ele fornece deduções pontuais dos parâmetros e os seus erros padrão, com intervalo de confiança de 95% (MORAES, 2016).

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), sob o CAAE 67446417.9.0000.5393 em 12 de julho de 2017. Todos os participantes do estudo assinaram duas vias do termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em todas as fases, conforme as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde a qual regulamenta a realização de pesquisas com seres humanos no Brasil (Anexo G)

A autora do estudo recebeu autorização do autor da escala NIS para realizar a tradução, adaptação e validação dessa escala para uso no Brasil (Anexo C).

5 Resultados

Dos 450 enfermeiros que preencheram os critérios de inclusão nos 3 hospitais participantes, 50 (11,11%) foram excluídos por já terem participado de etapas anteriores (análise semântica e pré-teste) e 68 (15,11%) recusaram-se a participar ou foram considerados como perdas. Desse modo, 332 (86,91%) compuseram a amostra de validação do instrumento.

Os resultados do estudo serão apresentados em três partes, na primeira será descrito o transcurso do processo de adaptação cultural, incluindo a validação semântica e pré-teste, na segunda parte será apresentado o resultado dos dados referente a análise das propriedades psicométricas da NIS entre os enfermeiros e em terceiro os resultados quanto a aplicação da NIS nesses profissionais. A sequência dos passos está esquematizada na Figura 1.

FIGURA 1 – Esquema do processo de tradução, adaptação e validação da escala Nursing Incivility Scale. Londrina, Paraná, Brasil, 2017 - 2018.

5.1 PRIMEIRA PARTE – ADAPTAÇÃO CULTURAL, VALIDAÇÃO SEMÂNTICA E PRÉ-TESTE

5.1.1 AVALIAÇÃO DO COMITÊ DE JUÍZES

O convite para a avaliação pelo Comitê de Juízes da versão traduzida para o português escrito e falado no Brasil da NIS, ocorreu em julho de 2017. Foram enviados 12 convites; entretanto, foram recebidas as contribuições de avaliação de sete profissionais (sete enfermeiros docentes de Instituições de Ensino Superior (Paraná, Goiás, Pará Acre, Minas Gerais e Rio Grande do Sul) e um psicólogo clínico do Paraná. Estes profissionais fizeram a validade do face da NIS, que apresentou boa aceitação entre eles e chegou-se a uma versão de consenso, que ocorreu por comunicação eletrônica uma vez que se optou por convidar profissionais distantes, geograficamente, da pesquisadora principal.

Para a validade do conteúdo, optou-se pela medida quantitativa do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que mede a porcentagem de juízes que estão em concordância sobre os itens da escala. Todas as avaliações foram analisadas, realizou-se um compilado e chegou-se à versão final dos juízes, após consenso (CP2). O quadro mostrado na sequência apresenta os valores do IVC para os itens da NIS.

CATEGORIZAÇÃO SUB ESCALAS	TODAS AS PESSOAS ITENS/ IVC%	ENFERMEIROS ITENS/IVC%	SUPERVISOR DIRETO ITENS/IVC%	MÉDICOS ITENS/IVC%	PACIENTES, VISITANTES E FAMILIARES ITENS/IVC%
Clima Hostil	1 85,7 2 71,4 3 71,4	10 11 71,4 12			
Piadas Desagradáveis	4 5 6				
Falta de Consideração	7 8 9				
Fofocas/ Indiscrição		13 14 15 16			
Parasitismo		17 18 19 85,7			
Supervisão Abusiva			20 21 22 23 85,7	27 28 29 71,4 30 71,4	
Falta de Respeito			24 25 26	31 85,7 32 33 85,7	34 35 85,7 36 85,7 37 38 39 85,7
Raiva Deslocada e Frustração					40 41 71,4 42 43 85,7

QUADRO 4 – Identificação do Índice de Validade de Conteúdo da Versão Brasileira da *Nursing Incivility Scale*, realizado após a avaliação pelo Comitê de Juízes. Londrina, Paraná, Brasil, 2017.

Todos os itens das escalas e subescalas da *Nursing Incivility Scale*, foram avaliados quanto ao Índice de Validade de Conteúdo (IVC) (Quadro 4).

Quanto aos itens pertencentes a subescala “clima hostil” com a categorização “todas as pessoas que entram em contato” com o enfermeiro na unidade, os que obtiveram índice menor que 1.00 foram o item 1 = 85,72; o 2 e o 3 = 71,43% e, ainda, em relação à subescala “clima hostil”, na categorização “enfermeiros” que entram em contato com enfermeiro na unidade, o item que obteve índice menor que 1,00 foi o 11 = 71,43%.

Na subescala “parasitismo”, na categorização “enfermeiros” que entram em contato com o enfermeiro na unidade, o item que obteve índice menor foi o 19 = 85,72%.

Na subescala “supervisão abusiva”, na categorização “supervisor direto” que entra em contato com o enfermeiro na unidade, o item que obteve índice menor que 1.00, foi o 23 = 85,72% e na categorização “médicos” os itens menores que 1,00 foram o 29 e o 30 = 71,43%.

A subescala “falta de respeito” na categorização “médicos” os itens menores que 1,00 foram o 31 e o 33 = 85,7% e na categorização “pacientes, familiares e visitantes” que entram em contato com o enfermeiro na unidade, os item que obtiveram índice menor que 1,00 foram o 35, o 36 e o 39 = 85,72%.

Por fim na subescala “raiva deslocada e frustração”, categorização “pacientes, familiares e visitantes” que entram em contato com o enfermeiro na unidade, os item que obtiveram índice menor que 1,00 foram o 41 = 71, o 43% e o 43 = 85,72%. Todos os demais itens em todas as subescalas e suas respectivas categorizações da NIS obtiveram IVC = 1.00.

Alterações foram sugeridas com o intuito de facilitar a compreensão de itens ou palavras, para os enfermeiros participantes da pesquisa, como a inclusão de artigos (o, a), no início da frase e a substituição de sinônimos correspondentes mais usuais, a fim de facilitar o entendimento dos participantes.

5.1.2 VALIDAÇÃO SEMÂNTICA

Na etapa de validação semântica, ocorreu a aplicação dos formulários de impressão geral e específica do DISABKIDS (Anexos D e E), das subescalas apresentadas na NIS, os quais foram aplicados em 20 enfermeiros hospitalares atuantes em unidades fechadas (Emergência e Queimados) que no cotidiano do trabalho deparam-se com todas as categorias de sujeitos apresentadas na NIS. A coleta de dados com esses formulários (DISABKIDS, 2006) foi realizada na unidade e turno de trabalho dos enfermeiros, durante o mês de outubro de 2017.

A Tabela 1 apresenta os resultados da validação semântica quanto ao formulário geral.

TABELA 1 – Avaliação da validação semântica realizada pelos enfermeiros (n=20) da Versão Brasileira da *Nursing Incivility Scale*, de acordo com o formulário geral do DISABKIDS*. Londrina, Paraná, Brasil, 2017.

VARIÁVEIS	N = 20	%
O QUE VOCÊ ACHOU DO QUESTIONÁRIO EM GERAL?		
Muito bom	12	60
Bom	7	35
Regular/ mais ou menos	1	5
As questões são compreensíveis?		
Fáceis de entender	17	85
Às vezes, difíceis	3	15
Não compreensíveis	-	-
AS QUESTÕES SÃO RELEVANTES PARA SUA CONDIÇÃO DE TRABALHADOR?		
Muito relevante	15	75
Às vezes relevante	4	20
Sem/ nenhuma relevância	-	-
Em branco	1	5

*DISABKIDS GROUP, 2002.

Os enfermeiros participantes dessa fase indicaram algumas dificuldades para compreender o preenchimento. As dúvidas e sugestões dadas foram avaliadas pela pesquisadora e houve ajustes quando o nível de concordância foi menor que 80%; doze enfermeiros (60%) classificaram a escala como muito boa, sete (35%) classificaram-na como boa e um (5%) identificou-a como ruim; em relação à compreensão dezessete enfermeiros (85%) declararam que a escala é fácil de entender e quinze (75%) informaram que as questões são relevantes para a condição de trabalhador, conforme mostrado na Tabela 1.

Em relação aos resultados colhidos com o formulário específico do DISABKIDS GROUP (2002) foi verificado que dos 43 itens avaliados, 80,93%, foram considerados relevantes, sem dificuldades para compreensão ou para responder o item e não foram apresentadas sugestões para reformulações.

Apenas em 19,07% dos itens a avaliação foi inferior a 50%; na subescala “clima hostil” para com a categoria “todas as pessoas que entram em contato com o enfermeiro na unidade”, no item 1- “Os funcionários do hospital “levantam a voz” quando se sentem frustrados”, a relevância foi de 25%; os demais itens da avaliação específica foram 100% favoráveis à redação original. Os itens que receberam avaliação menor, não tiveram sugestões de reformulações da redação ou dúvidas na compreensão do item.

5.1.3 APLICAÇÃO DO PRÉ-TESTE

Dos trinta enfermeiros participantes do Pré-teste, todos (100%) responderam que o instrumento NIS não possui itens discriminatórios; quanto à sensibilidade cultural, em relação a linguagem da escala 93% dos enfermeiros relataram não ter dificuldade de entender os seus itens; como impressão global, 83,33% referiram que as respostas são claras e consistentes; 100% informaram que os itens são relevantes para a condição de trabalhador; quanto à resposta do que gostaria de mudar no questionário, 13,33% sugeriram que as opções de respostas “nunca, raramente, às vezes, muitas vezes e sempre” seriam mais adequadas; quanto a acrescentar algo na escala ou para responder algum item

constatou-se que mais de 93,33%, não acrescentaram sugestões ou negaram-se a responder.

O Quadro 5 apresenta as alterações depois da avaliação dos Juízes e o Pré-teste após a síntese das traduções.

O tempo médio para responder as questões da Versão Brasileira da *Nursing Incivility Scale* foi de 12 minutos, sendo o máximo de 16 e o mínimo de 8 minutos.

ITENS DO NURSING INCIVILITY SCALE	VERSÃO ORIGINAL	SÍNTESE DAS TRADUÇÕES	VERSÃO APÓS AVALIAÇÃO PELOS JÚIZES	VERSÃO FINAL APÓS O PRÉ-TESTE
1TP	<i>Hospital employees raise their voices when they get frustrated.</i>	Os funcionários do hospital erguem a voz quando se sentem frustrados.	Os funcionários do hospital “levantam a voz” quando se sentem frustrados.	Manteve-se a mesma versão dos Juízes
2TP	<i>People blame others for their mistakes or offenses.</i>	As pessoas culpam as outras por seus erros ou ofensas.	As pessoas culpam os outros por seus erros ou transgressões.	Manteve-se a mesma versão dos Juízes.
3TP	<i>Basic disagreements turn into personal verbal attacks on other employees.</i>	Pequenas discussões se transformam em ataques pessoais verbais contra outros funcionários.	Pequenos desentendimentos se transformam em ataques pessoais verbais contra outros funcionários.	Manteve-se a mesma versão dos Juízes.
4TP	<i>People make jokes about minority groups.</i>	As pessoas fazem comentários pejorativos sobre grupos minoritários.	As pessoas fazem comentários maldosos sobre grupos minoritários.	As pessoas fazem piadas sobre grupos minoritários.
5TP	<i>People make jokes about religious groups.</i>	As pessoas fazem comentários pejorativos sobre grupos religiosos.	As pessoas fazem comentários maldosos sobre grupos religiosos.	As pessoas fazem piadas sobre grupos religiosos.
6TP	<i>Employees make inappropriate remarks about one's race or gender.</i>	Funcionários fazem comentários desagradáveis sobre raça ou gênero de pessoas.	Os funcionários fazem comentários desagradáveis sobre a raça ou o gênero de pessoas.	Os funcionários fazem comentários desagradáveis sobre raça ou gênero.
7TP	<i>Some people take things without asking.</i>	Algumas pessoas pegam “coisas”/objetos sem autorização.	Algumas pessoas pegam coisas sem autorização.	Manteve-se a mesma versão dos Juízes.

8TP	<i>Employees don't stick to an appropriate noise level (e.g., talking too loudly).</i>	Funcionários não respeitam o nível adequado de barulho (ex: falam muito alto).	Os funcionários não respeitam o nível adequado de ruído (ex: falam muito alto).	Os funcionários não respeitam o nível adequado de barulho, ruído.
9TP	<i>Employees display offensive body language (e.g., crossed arms, body posture).</i>	Funcionários utilizam linguagem corporal ofensiva (ex: braços cruzados, má postura em geral).	Os funcionários utilizam linguagem corporal ofensiva (ex: braços cruzados, má postura em geral).	Os funcionários utilizam linguagem corporal ofensiva.
2 E	<i>... have violent outbursts or heated arguments in the workplace</i>	... têm surtos violentos ou discussões acaloradas no ambiente de trabalho.	... têm atitudes violentas ou discussões acaloradas no ambiente de trabalho.	... tem explosões de raiva ou discussões acaloradas no ambiente de trabalho.
10 E	<i>... take credit for work they did not do.</i>	... levam crédito por trabalhos que não fizeram.	... levam crédito por trabalhos que não realizaram.	... assumem crédito por trabalhos que não realizaram.
4 SD	<i>... takes his/her feelings out on me (e.g., stress, anger, "blowing off steam").</i>	. desconta seus sentimentos em mim. (ex: estresse, raiva, perdendo a compostura).	. desconta seus sentimentos em mim. (ex: estresse, raiva, ira, fúria).	descarrega em mim seus sentimentos (ex estresse, raiva, perdendo a compostura).
3 M	<i>Physicians shout or yell at me for making mistakes</i>	Os médicos gritam comigo ou me repreendem quando cometo erros.	Os médicos gritam comigo ou falam alto comigo quando cometo erros.	Os médicos gritam comigo ou me repreendem quando cometo erros.
4 M	<i>Physicians take their feelings out on me (e.g., stress, anger, "blowing off steam").</i>	Os médicos descontam seus sentimentos em mim. (ex: estresse, raiva, perdendo a compostura).	Os médicos descontam seus sentimentos em mim. (ex: estresse, raiva, direcionando seus problemas).	Os médicos descontam seus sentimentos em mim. (ex: estresse, raiva, perdendo a compostura).
5 M	<i>Physicians do not respond to my concerns in a timely manner.</i>	Os médicos não respondem às minhas preocupações no momento adequado.	Os médicos não respondem às minhas preocupações no momento que necessito.	Manteve-se a mesma versão dos Juízes.
7 M	<i>Physicians are condescending to me.</i>	Os médicos são condescendentes comigo.	Os médicos concordam comigo.	Os médicos são condescendentes comigo.
2 PFV	<i>... are condescending to me.</i>	... são condescendentes comigo.	... concordam comigo.	... são condescendentes comigo.

3 PFV	<i>... make comments that question the competence of nurses.</i>	... fazem comentários que questionam a competência da enfermagem.	... fazem comentários que questionam a competência dos enfermeiros.	Manteve-se a mesma versão dos Juízes
6 PFV	<i>... pose unreasonable demands</i>	... fazem exigências insensatas.	... fazem exigências descabidas.	... fazem exigências irracionais.
8 PFV	<i>... make insulting comments to nurses.</i>	... insultam os enfermeiros.	fazem comentários insultuosos contra os enfermeiros.	... fazem comentários ofensivos ou insultam os enfermeiros.
10PFV	<i>... show that they are irritated or impatient</i>	... demonstram irritabilidade e impaciência.	... demonstram irritabilidade ou impaciência.	Manteve-se a mesma versão dos tradutores.

CP1=Consenso Português1; CP2=Consenso Português 2; TP*=Todas as Pessoas;
 E**=Enfermeiros; SD***=Supervisão Direta; M****=Médicos; PFV*****=Pacientes,
 Familiares e Visitantes

QUADRO 5 – Itens da *Nursing Incivility Scale* que sofreram alterações após a avaliação do Comitê de Juízes e do Pré-teste realizado com Enfermeiros. Londrina, Paraná, Brasil, 2017.

Após todo processo de tradução e adaptação da NIS, concordâncias, sugestões e modificações, apresentadas pelo Comitê de Juízes, validação semântica e aplicação do Pré-teste, com as equivalências semântica, idiomática, conceitual e cultural, conclui-se que essa escala apresenta validade de face e conteúdo. A Versão Brasileira da *Nursing Incivility Scale* para uso no Brasil está apresentada na sequência. Destaca-se que não houve exclusão de itens neste processo.

VERSÃO BRASILEIRA DA *NURSING INCIVILITY SCALE*

Para responder as questões abaixo, por favor, considere **todas as pessoas** com quem você interage no ambiente de trabalho, incluindo médicos, outros enfermeiros ou trabalhadores do hospital.

Nº	SUBESCALAS	ITENS	1 DISCORDO TOTALMENTE	2 DISCORDO	3 NEM DISCORDO/ NEM CONCORDO	4 CONCORDO	5 CONCORDO TOTALMENTE
1	CH ¹	Os funcionários do hospital levantam a voz quando se sentem frustrados.					
2	CH ¹	As pessoas culpam os outros por seus erros ou transgressões.					
3	CH ¹	Pequenos desentendimentos se transformam em ataques pessoais verbais contra outros funcionários.					
4	PD ²	As pessoas fazem comentários maldosos sobre grupos minoritários.					
5	PD ²	As pessoas fazem comentários maldosos sobre grupos religiosos.					
6	PD ²	Os funcionários fazem comentários desagradáveis sobre raça ou o gênero.					
7	FC ³	Algumas pessoas pegam coisas sem autorização.					
8	FC ³	Os funcionários não respeitam o nível adequado de barulho, ruído.					
9	FC ³	Os funcionários utilizam uma linguagem corporal ofensiva.					

As seguintes afirmações descrevem o seu relacionamento com outros **enfermeiros**. Os outros enfermeiros na minha unidade...

Nº	SUBESCALAS	ITENS	1		2	3	4	5
			DISCORDO TOTALMENTE					
1	CH ¹	...frequentemente discutem entre si.						
2	CH ¹	... têm explosões de raiva com discussões acaloradas no ambiente de trabalho.						
3	CH ¹	... gritam com outros funcionários.						
4	FI ⁴	... fazem fofoca sobre os outros.						
5	FI ⁴	... fazem fofoca sobre seu supervisor no trabalho.						
6	FI ⁴	... falam mal dos outros no ambiente de trabalho.						
7	FI ⁴	... espalham boatos maldosos no ambiente de trabalho.						
8	P ⁵	... contribuem pouco para um projeto, mas esperam receber créditos por trabalharem nele.						
9	P ⁵	... alegam ter crédito em trabalhos realizados por mim.						
10	P ⁵	... assumem crédito por trabalhos que não realizaram.						

Por favor, pense sobre seu relacionamento com seu **supervisor direto** (ex. a pessoa a quem você frequentemente dá satisfação) e indique quão fortemente você concorda com as seguintes questões. Meu supervisor direto...

Nº	SUBESCALAS	ITENS	1 DISCORDO TOTALMENTE	2 DISCORDO	3 NEM DISCORDO/ NEM CONCORDO	4 CONCORDO	5 CONCORDO TOTALMENTE
1	SA ⁶	... é verbalmente abusivo.					
2	SA ⁶	... grita comigo sobre assuntos que não são importantes.					
3	SA ⁶	... grita comigo e me repreende quando cometo erros.					
4	SA ⁶	... descarrega em mim seus sentimentos (ex. estresse, raiva, perdendo a compostura).					
5	FR ⁷	... não reponde as minha preocupações no momento adequado.					
6	FR ⁷	... é tolerante comigo.					
7	FR ⁷	... inclui fofocas e informações pessoais em decisões pertinentes aos funcionários.					

Esta seção refere-se aos **médicos** com os quais você trabalha. Por favor, indique até que ponto você concorda com os seguintes itens.

Nº	SUBESCALAS	ITENS	1 DISCORDO TOTALMENTE	2 DISCORDO	3 NEM DISCORDO/ NEM CONCORDO	4 CONCORDO	5 CONCORDO TOTALMENTE
1	SA ⁶	Alguns médicos são verbalmente abusivos.					
2	SA ⁶	Os médicos gritam com os enfermeiros sobre assuntos que não são importantes.					
3	SA ⁶	Os médicos gritam comigo ou me repreendem quando cometo erros.					
4	SA ⁶	Os médicos descontam seus sentimentos em mim em mim (ex. estresse, raiva, perdendo a compostura).					
5	FR ⁷	Os médicos não respondem às minhas preocupações no momento que necessito.					
6	FR ⁷	Sou tratado como se meu tempo não fosse importante.					
7	FR ⁷	Os médicos são condescendentes comigo.					

Por favor reflita sobre as suas interações com **os pacientes** que você cuida e seus **familiares e visitantes** e indique até que ponto você concorda com as seguintes afirmações. Pacientes/ visitantes...

Nº	SUBESCALAS	ITENS	1 DISCORDO TOTALMENTE	2 DISCORDO	3 NEM DISCORDO/ NEM CONCORDO	4 CONCORDO	5 CONCORDO TOTALMENTE
1	FR ⁷	... não confiam nas informações que lhes dou, indo falar com meu superior.					
2	FR ⁷	... são condescendentes comigo.					
3	FR ⁷	... fazem comentários que questionam a competência dos enfermeiros.					
4	FR ⁷	... criticam meu desempenho no trabalho.					
5	FR ⁷	... fazem ataques verbais contra mim.					
6	FR ⁷	... fazem exigências irracionais.					
7	RDF ⁸	... descontam suas frustrações nos enfermeiros.					
8	RDF ⁸	... fazem comentários ofensivos ou insultam os enfermeiros.					
9	RDF ⁸	... tratam os enfermeiros como se fossem inferiores.					
10	RDF ⁸	... demonstram irritabilidade e impaciência.					

Subescalas CH¹=Clima Hostil; PD²=Piadas Desagradáveis; FC³=Falta de Consideração; FI⁴=Fofocas/Indiscrição; P⁵=Parasitismo; SA⁶=Supervisão Abusiva; FR⁷=Falta de Respeito; RDF⁸=Raiva Deslocada e Frustração

QUADRO 6 - Versão Brasileira da *Nursing Incivility Scale*. Londrina, Paraná, Brasil, 2018.

5.2 SEGUNDA PARTE — ANÁLISE DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO BRASILEIRA DA *NURSING INCIVILITY SCALE*

Na realização das análises psicométricas da NIS, foram seguidas as recomendações para o alcance da equivalência de medida, apresentada por Reichenheim e Moraes (2007). Foram efetuados os métodos que avaliaram: Análise Fatorial Exploratória (AFE) e Análise Fatorial Confirmatória (AFC), a confiabilidade da escala e a validade de construto.

Os cálculos das propriedades psicométricas foram realizadas com 332 (86,91%) enfermeiros que responderam, bem como o questionário sócio demográfico e de trabalho e o Inventário de Estresse em Enfermeiros. O período dessa coleta de dados compreendeu os meses de janeiro a março de 2018. As características sócio demográficas dos enfermeiros estão apresentados na Tabela 2.

TABELA 2 – Distribuição dos enfermeiros participantes do processo de validação da Versão Brasileira da *Nursing Incivility Scale* segundo os dados sociodemográficos. Londrina, Paraná, Brasil, 2018 (n= 332).

VARIÁVEL	N	%
SEXO		
Feminino	296	89,2
Masculino	36	10,8
IDADE (ANOS)		
22-29	128	38,5
30-39	101	30,5
40-49	73	22,0
50-63	30	9,0
RAÇA/COR		
Amarela	13	3,9
Branca	265	79,8
Parda	42	12,7
Negra	12	3,6
ESTADO CIVIL		
Casado/ união estável	174	52,4
Solteiro/ divorciado	158	47,6
HOSPITAL		
3	171	51,5
1	102	30,7
2	59	17,8

Destaca-se, na Tabela 3, que a maioria dos entrevistados era do sexo feminino (89,2%), com 22 a 39 anos (68,9%) e 52,3% eram casados ou tinham união estável.

Para o processo de análises das propriedades psicométricas, a aplicação da NIS foi realizada com os enfermeiros, dos quais: 51,55% do Hospital “3”, 30,7% do Hospital “1” e 17,8% do Hospital “2”.

Os enfermeiros do Hospital 1 parecem estar em um número reduzido para essa participação, mas vale lembrar que parte do corpo de enfermeiros (n=50), já havia participado do processo de adaptação transcultural da NIS. E os enfermeiros do Hospital 2, nos meses de entrevistas estavam sendo submetidos à uma auditoria interna, externa e estratégias para certificação de qualidade da instituição e, neste processo, aconteceram demissões de trabalhadores da enfermagem, levando a pesquisadora a crer que houve certa desconfiança por parte dos enfermeiros, achando que esta entrevista seria sugestiva para o momento de tensão em que estavam vivenciando. Supõe-se, então, que por isso houve muita negativa em participar do processo, justificando o número baixo de participantes.

5.2.1 CONSISTÊNCIA INTERNA

A escala em validação apresentou resultado de 0,94 para o coeficiente de Alfa de Cronbach. As questões apresentaram correlação adequadas entre si e a exclusão de itens isolados não provocou alterações da consistência interna (Tabela 3).

TABELA 3 – Medidas de tendência central e variabilidade dos itens da Versão Brasileira da *Nursing Incivility Scale*. Londrina, Paraná, Brasil, 2018.

ITEM	M	SD	CORRELAÇÃO DE ITEM TOTAL CORRIGIDA	α SE ITEM DELETADO
TP CH1	3,49	0,98	0,39	0,940
TP CH2	3,54	0,98	0,43	0,939
TP CH3	3,31	1,02	0,49	0,939
TP PD4	2,99	1,07	0,49	0,939
TP PD5	2,40	1,05	0,44	0,939
TP PD6	2,68	1,13	0,46	0,939
TP FC7	3,27	1,19	0,46	0,939
TP FC8	3,66	1,04	0,40	0,940
TP FC9	3,11	1,07	0,45	0,939
ENF CH1	2,62	1,06	0,48	0,939
ENF CH2	2,66	1,09	0,53	0,939
ENF CH3	2,57	1,01	0,55	0,939
ENF FI4	3,41	1,09	0,63	0,938
ENF FI5	3,15	1,11	0,62	0,938
ENF FI6	3,39	1,05	0,61	0,938
ENF FI7	2,91	1,14	0,59	0,938
ENF P8	3,07	1,11	0,53	0,939
ENF P9	2,93	1,08	0,51	0,939
ENF P10	2,86	1,13	0,56	0,938
SD AS1	2,16	0,96	0,51	0,939
SD AS2	1,93	0,86	0,45	0,939
SD AS3	1,95	0,88	0,52	0,939
SD AS4	2,15	0,98	0,54	0,939
SD FR5	2,35	1,08	0,57	0,938
SD FR6	2,55	1,02	0,45	0,939
SD FR7	2,43	1,03	0,53	0,939
Me AS1	3,61	1,29	0,56	0,938
Me AS2	2,92	1,11	0,57	0,938
Me AS3	2,84	1,13	0,55	0,939
Me AS4	2,90	1,17	0,56	0,938
Me FR5	3,04	1,13	0,53	0,939
Me FR6	2,96	1,25	0,49	0,939
Me FR7	2,71	1,01	0,42	0,939
PFV FR1	2,11	0,98	0,39	0,940
PFV FR2	2,70	1,03	0,31	0,940
PFV FR3	2,80	1,08	0,49	0,939
PFV FR4	2,11	0,89	0,46	0,939
PFV FR5	2,09	0,93	0,44	0,939
PFV FR6	2,64	1,13	0,44	0,939
PFV RDF7	3,25	1,18	0,51	0,939
PFV RDF8	2,78	1,08	0,55	0,939
PFV RDF9	2,62	1,10	0,55	0,939
PFV RDF10	3,17	1,07	0,54	0,939

M=Média; SD=Desvio Padrão; TP=Todas as Pessoas; ENF=Enfermeiros; SD=Supervisor Direto; Me=Médicos; PFV=Pacientes, Familiares e Visitantes; CH=Clima Hostil; PD=Piadas Desagradáveis; FC=Falta de Consideração; FI=Fofocas/ Indisciplina; P=Parasitismo; SA=Supervisão Abusiva; FR=Falta de Respeito; RDF=Raiva Deslocada e Frustração.

Observado na Tabela 3 que o maior número de repostas foi perto de 3 da escala *Likert*, significando que os enfermeiros “nem concordam e nem discordam” da questão apresentada, quanto a incivildade, indicando que em alguns momentos a incivildade faz-se presente no ambiente laboral e em outros momentos pode-se não perceber a sua ocorrência ou, mesmo não ocorrer. Percebe-se, então, que os respondentes nem afirmam ter, nem negam, a existência de incivildade no ambiente de trabalho.

A maioria dos itens apresenta boa correlação - acima de 0,40 - exceto o item 35 (item da subescala Falta de respeito na categoria pacientes, familiares ou visitantes - PFV/FR2 . . . são condescendentes comigo) com correlação de 0,31, item este cuja exclusão foi sugerida ao final dos testes da carga fatorial confirmatória.

5.2.2 ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA

A análise fatorial confirmatória (AFC) foi efetuada a fim de verificar se os construtos teóricos propostos na versão original (como os itens se agrupam em fatores) são pertinentes nesta amostra, A análise fatorial exploratória (AFE), foi efetuada para compreender como os itens da NIS agrupam-se em fatores e como se comportam em relação ao construto.

Portanto a validade de constructo foi verificada por meio da AFE e da AFC. Na AFE foram extraídos 8 fatores (autovalores >1), confirmado pelo critério da estrutura simples, com explicação de 0,77 do total da variância. Dentre os modelos analisados na AFC, com 8 fatores, o modelo com a exclusão do item 35 apresentou os melhores índices de ajuste, CFI = 0,91, TLI = 0,89, RMSEA = 0,03, SRMR = 0,05 e WRMR = 0,86 da Versão Brasileira da *Nursing Incivility Scale*.

A análise da validade convergente apresentou resultados adequados de Confiabilidade composta (CC) para todos os itens retidos e Variância Média Extraída (VME) adequada para os fatores de 2 a 8, e aceitável para o fator 1 (Tabela 4).

TABELA 4 – Apresentação dos resultados da análise Fatorial Confirmatória da Versão Brasileira da *Nursing Incivility Scale* com a exclusão do item 35. Londrina, Paraná, Brasil, 2018.

ITEM	CARGAS FATORIAIS PARA OS 8 FATORES RETIDOS							
	1	2	3	4	5	6	7	8
TP CH1	0,543							
TP CH2	0,583							
TP CH3	0,698							
TP PD4		0,873						
TP PD5		0,756						
TP PD6		0,827						
TP FC7	0,737							
TP FC8	0,573							
TP FC9	0,674							
ENF CH1			0,789					
ENF CH2			0,897					
ENF CH3			0,831					
ENF FI4				0,919				
ENF FI5				0,936				
ENF FI6				0,877				
ENF FI7				0,927				
ENF P8					0,878			
ENF P9					0,804			
ENF P10					0,936			
SD AS1						0,723		
SD AS2						0,586		
SD AS3						0,667		
SD AS4						0,780		
SD FR5						0,862		
SD FR6						0,613		
SD FR7						0,774		
Me AS1							0,839	
Me AS2							0,869	
Me AS3							0,845	
Me AS4							0,897	
Me FR5							0,796	
Me FR6							0,834	
Me FR7							0,519	
PFV FR1								0,515
PFV FR2 (D)								
PFV FR3								0,733
PFV FR4								0,571
PFV FR5								0,601
PFV FR6								0,757
PFV RDF7								0,848
PFV RDF8								0,862
PFV RDF9								0,904
PFV RDF10								0,817
Alfa de Cronbach	0,775	0,797	0,837	0,902	0,831	0,892	0,872	0,896
VME	0,36	0,57	0,63	0,69	0,62	0,54	0,51	0,50
CC	0,78	0,80	0,84	0,90	0,83	0,89	0,88	0,89

(TP=Todas as Pessoas; ENF=Enfermeiros; SD=Supervisor Direto; Me=Médicos; PFV=Pacientes, Familiares e Visitantes; CH=Clima Hostil; PD=Piadas Desagradáveis; FC=Falta de Consideração; FI=Fofocas/Indiscrição; P=Parasitismo; SA=Supervisão Abusiva; FR=Falta de Respeito; RDF=Raiva Deslocada e Frustração. (D) item deletado na AFC. VME = Variância média extraída. CC = Confiabilidade composta. Alfa de Cronbach para fatores 1 e 2 juntos foi de 0,836, e para os fatores 3, 4 e 5 foi de 0,911.

O Coeficiente de Correlação de Spearman é utilizado para se medir o grau da correlação entre duas variáveis e analisar testes de trocas aleatórios para obtenção de valores-p aproximados, quando a possibilidade de permutação é grande.

O teste de Spearman apresentou $r=0,479$ ($p<0,001$), demonstrando a existência de correlação entre a Escala de Incivilidade e o Inventário de Estresse em Enfermeiros.

A NIS tem os valores acima das referências, para as validades de: Alfa de Cronbach, r de Spearman e *Comparative Fit Index* (CFI) e *Turcker-Lewis Fit Index* (TLI), portanto está acertadamente ajustada à ordenação proposta para a versão em português para uso no Brasil.

5.3 TERCEIRA PARTE – APLICAÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA DA *NURSING INCIVILITY SCALE* NOS ENFERMEIROS

Apresenta-se os resultados da aplicação da Versão Brasileira da *Nursing Incivility Scale* entre os enfermeiros, participantes do estudo.

Esta etapa de estudo, faz parte do estudo metodológico, para o desenvolvimento do processo de avaliação psicométrica; é então a apresentação de um estudo primário descritivo e transversal dos sujeitos do estudo para o processo de tradução adaptação e validação da NIS.

TABELA 5 – Média/mediana e desvio padrão da aplicação da Versão Brasileira da *Nursing Incivility Scale* nos enfermeiros. Londrina, Paraná, Brasil, 2018.

SUB-ESCALAS	HOSPITAL 3		HOSPITAL 2		HOSPITAL 1		KW (p- VALOR)	TOTAL	
	MÉDIA/ MEDIANA	DP	MÉDIA/ MEDIANA	DP	MÉDIA/ MEDIANA	DP		MÉDIA/ MEDIANA	DP
Clima Hostil de todas as pessoas	3,39/3,33	0,83	3,11/3,33	0,71	3,72/4,00	0,71	<0,001	3,45/3,67	0,80
Piadas Desagradáveis de todas as pessoas	2,56/2,33	0,89	2,41/2,33	0,78	3,07/3,00	0,93	<0,001	2,69/2,67	0,92
Falta de Consideração de todas as pessoas	3,26/3,33	0,90	3,16/3,33	0,92	3,61/3,67	0,67	0,005	3,35/3,33	0,86
Clima Hostil por enfermeiro	2,67/2,50	0,96	2,39/2,33	0,81	2,65/2,67	0,89	0,199	2,62/2,67	0,92
Fofocas/indiscrção por enfermeiro	3,25/3,25	0,95	3,01/3,00	0,97	3,28/3,25	0,97	0,394	3,22/3,25	0,97
Parasitismo por enfermeiro	2,98/3,00	0,96	2,90/3,00	0,95	2,94/3,00	0,96	0,898	2,95/3,00	0,96
Supervisão abusiva da supervisão direta	2,14/2,00	0,77	2,05/2,00	0,85	1,87/2,00	0,81	0,012	2,05/2,00	0,81
Falta de respeito da supervisão direta	2,48/2,33	0,84	2,26/2,33	0,81	2,49/2,33	0,92	0,344	2,44/2,33	0,86
Supervisão abusiva da supervisão médica	3,20/3,25	0,96	2,97/3,12	1,12	2,89/2,75	0,84	0,017	3,07/3,00	0,96
Falta de respeito da supervisão médica	3,01/3,00	0,92	2,84/3,00	0,68	2,74/2,67	0,83	0,032	2,90/3,00	0,89
Falta de respeito por pacientes, visitantes e familiares	2,55/2,40	0,79	2,19/2,20	0,80	2,09/2,00	0,59	<0,001	2,35/2,40	0,77
Raiva deslocada e frustração por pacientes, visitantes e familiares	3,14/3,12	0,93	2,79/3,00	1,02	2,73/2,75	0,85	0,001	2,95/3,00	0,94
Escala completa	2,89/2,94	0,61	2,67/2,78	0,60	2,84/2,82	0,48	0,079	2,84/2,89	0,57

KW = Kruskal-Wallis. Todas as variáveis apresentaram $p < 0,050$ no Teste de Shapiro-Wilk.

A Tabela 5 demonstra o resultado do teste estatístico não paramétrico e apresenta a aplicação da NIS entre os enfermeiros dos três hospitais, agrupando os itens das subescalas, nas diferentes categorias de pessoas ou profissionais que estão em contato com o enfermeiro, durante sua jornada laboral, os valores de média e mediana que se destacaram para sugerir incivildade.

De forma geral pode-se observar que a média está mais próxima a “3”, na escala *Likert*, que é a resposta “nem discordo/nem concordo”, alguns resultados com valor de p menor que 0,001, como as subescalas, clima hostil e piadas desagradáveis de todas as pessoas que entram em contato com o enfermeiro no local de trabalho, como perpetradores de incivildade e as subescalas falta de respeito e raiva deslocada e frustração, cometidos pelos pacientes, familiares ou visitantes.

O clima hostil por parte de todas as pessoas, foi em média, o escore mais elevado 3,45 com mediana de 3,67, seguido por falta de consideração pelo mesmo grupo de pessoas, ambos com resultados significativos com p menor que 0,005; quanto às fofocas e à indiscrição dos enfermeiros a média foi de 3,22 e a mediana de 3,25 porém sem significância estatística; a supervisão abusiva dos supervisores direto e a falta de respeito por parte dos pacientes, familiares e visitantes apresentaram valores acima de 2,95, com significância estatística.

Ao dividir o índice de incivildade total que estava como variável contínua, em duas categorias, de maior incivildade ($\geq 2,8001$) e menor incivildade ($\leq 2,8000$), apresenta-se o panorama mostrado na Tabela 6.

TABELA 6 – Demonstrativo do *Odds Ratio* entre o maior e menor índice de incivilidade nos 3 hospitais. Londrina, Paraná, Brasil, 2018.

HOSPITAL	MAIOR INCIVILIDADE		MENOR INCIVILIDADE		OR BRUTO (IC95%, p-valor)	OR AJUSTADO* (IC95%, p-valor)
	N	%	N	%		
HOSPITAL 3	100	58,5	71	41,5	1,36 (0,75-2,47; 0,309)	1,10 (0,58-2,11; 0,765)
HOSPITAL 2	30	50,8	29	49,2	0,97 (0,51-1,84; 0,967)	0,99 (0,47-2,07; 0,973)
HOSPITAL 1	51	50,5	51	50,0	1,00	1,00

* Modelo ajustado por turno de trabalho, idade, sexo, tempo de formado e função que exerce.

O teste estatístico utilizado foi a Regressão Logística Binária e a análise demonstrada na Tabela 6 considerando a incivilidade como variável dependente e os hospitais como variáveis independentes, os dados de valores de razão (OR) mostram que não existe diferença de maior ou menor incivilidade entre o H1 e o H2 assim como entre o H1 e o H3 e não mostram valores estatisticamente significativos na análise bivariada bruta ou na análise ajustada. O H1 é a referência pois não existe diferença na maior ou menor incivilidade.

A idade apontou significância estatística, em que a cada ano mais velho o enfermeiro apresentou 4% menos de chance de expor maior incivilidade, independente do hospital, na análise ajustada.

Na Tabela 7 os dados são apresentados referentes às características sociodemográficas e de trabalho (sexo, idade, turno de trabalho, tempo de formado e função exercida nos três hospitais) em relação à maior e à menor pontuação do Inventário de Estresse em Enfermeiros e o OR.

TABELA 7 – Demonstrativo do *Odds Ratio* entre o maior e menor índice de estresse nos 3 hospitais. Londrina, Paraná, Brasil, 2018.

VARIÁVEL	MAIOR PONTUAÇÃO NA IEE		MENOR PONTUAÇÃO NA IEE		OR (IC95%; p-valor)
	N	%	N	%	
SEXO					
Feminino	153	51,9	142	48,1	1,00
Masculino	22	62,9	13	37,1	1,57 (0,76-3,23;0,221)
IDADE					
22-29	68	54,0	58	46,0	2,03 (0,89-4,60;0,092)
30-39	56	55,4	45	44,6	2,15 (0,93-4,98; 0,074)
40-49	40	55,6	32	44,4	2,16 (0,89-5,19; 0,085)
50-63	11	36,7	19	63,3	1,00
TURNOS DE TRABALHO					
Matutino	34	45,3	41	54,7	1,00
Vespertino	43	57,3	32	42,7	1,62 (0,85-3,09; 0,142)
Noturno	43	61,4	27	38,6	1,92 (0,99-3,72; 0,053)
Plantão de 12 horas	15	50,0	15	50,0	1,21 (0,52-2,82; 0,665)
Diurno	31	46,3	36	53,7	1,04 (0,54-2,01; 0,911)
Outros	9	69,2	4	30,8	2,71 (0,77-9,59; 0,121)
TEMPO DE FORMADO (ANOS)					
≤4	57	53,3	50	46,7	1,18 (0,69-1,99; 0,537)
5-9	60	57,1	45	42,9	1,38 (0,81-2,34; 0,233)
≥10	58	49,2	60	50,8	1,00
FUNÇÃO EXERCIDA					
Enfermeiro	94	51,6	88	48,4	1,00
Encarregado do setor	63	56,2	49	43,8	1,20 (0,75-1,93; 0,443)
Chefe da divisão/supervisor	18	50,0	18	50,0	0,94 (0,46-1,91; 0,857)
HOSPITAL					
Hospital 3	101	59,4	70	40,6	2,46 (1,34-4,53; 0,004)
Hospital 1	53	51,5	49	48,5	1,78 (0,93-3,44; 0,084)
Hospital 2	22	37,3	37	62,7	1,00

Todos os enfermeiros entrevistados apresentam nível de estresse, de acordo com os dados obtidos pelo preenchimento do IEE.

Observa-se na Tabela 7 que a maior pontuação do Inventário de Estresse em Enfermeiros foi obtida pelas mulheres, com 51,9%; as que se encontram na faixa etária de 30 a 49 anos, mostram maior pontuação (mais de 50%) para estresse conforme o Inventário de Estresse em Enfermeiros. O trabalho em horário vespertino e noturno mostra-se mais forte entre os entrevistados, correspondendo a mais de 55%, do Inventário.

O tempo de formado, entre 5 a 9 anos apresentou maior pontuação (57,1%) de estresse, porém acima de 10 anos de formado, os enfermeiros apresentaram menor pontuação para estresse (50,8%). Em relação à função exercida e o estresse, na função de enfermeiro assistencial existe o maior número de trabalhadores porém o encarregado de setor apresentou 56,2%, a maior pontuação para o Inventário de Estresse em Enfermeiros. O H2 apresentou maior pontuação, acima de 50%. Para a análise de OR foi utilizado o teste de regressão logística binária.

A Regressão Logística Binária e sua análise para a maior e menor pontuação de estresse nos enfermeiros, considerou o H2 como referência pois apresenta o menor número e demonstra em 62.7% ter uma menor pontuação para o estresse. O estresse está como variável dependente e os três hospitais como variáveis independentes; os dados de valores de razão (OR) mostram que somente é significativo os valores para estresse entre os enfermeiros do hospital 3 e não existe diferença estatística entre o H1 e o H2.

6 Discussão

Na área da saúde, sabe-se que o processo de trabalho é desenvolvido com importante interação social, envolvendo necessidades que incluem trabalhadores do setor, gestores e pacientes. Essa interação é determinada pelas condições laborais e fatores humanos que influenciam os resultados da prestação de serviços e a segurança dos pacientes. No entanto, nos dias atuais, são identificadas fraquezas de valores, atitudes, competências e comportamentos, que podem interferir na segurança das organizações de saúde (OLIVEIRA et al., 2016).

Enquanto trabalhadores da área da saúde, os enfermeiros e suas equipes atuam em vários níveis das organizações, incluindo-se as hospitalares. Nesses locais de atuação profissional pressupõe-se que deve haver comportamentos éticos, colaborativos, respeitosos, amigáveis, comprometidos e repletos de atitudes com civilidade.

A civilidade entre os enfermeiros é um elemento importante para que sejam alcançados resultados positivos para os pacientes; o enfermeiro com um comportamento profissional adequado apresenta atitudes respeitadas, deliberadas e compassivas (OJA, 2017).

Por outro lado, a incivilidade representa uma relação de fenômenos que podem variar de uma indelicadeza até um ato de vandalismo. São ameaças à ordem estabelecida, violando os códigos básicos da vida na sociedade, incluindo-se o de boas maneiras (DEBARBIEUX, 2001).

É um tipo de ruptura das regras e das expectativas tácitas de convivência e dos pactos sociais que perpassam as relações humanas (GARCIA, 2006).

Necessariamente a incivilidade não é considerada um comportamento ilegal, mas é uma violação da ordem estabelecida na vida cotidiana (DEBARBIEUX, 2001). Com seus problemas e suas demandas a sociedade apresenta dificuldades para lidar com os atos de incivilidade, confundindo-os com atos violentos ou de indisciplina (ALMEIDA; HOLANDA, 2016).

No ambiente de trabalho, a incivilidade e seus comportamentos destrutivos constituem-se em forças insidiosas, as quais apresentam resultados negativos, que acabam necessitando de intervenções tanto individuais como organizacionais (FELBLINGER, 2009).

No trabalho, esta incivilidade diminui o comprometimento e a satisfação laboral; suas vítimas apresentam maior estresse, distração cognitiva, aflição psicológica e podem ser mais propensas a deixar a instituição (JOHNSON; INDVIK, 2001; LEWIS; MALECHA, 2011)

Pesquisa fez uma análise do comportamento destrutivo no trabalho em saúde, evidenciando-o como um problema real vivenciado pelos trabalhadores do contexto hospitalar. Como principais atributos deste comportamento na prática, destacam-se a incivilidade, a violência psicológica e, em menor frequência, a violência física/sexual. Ser grosseiro cotidianamente, apresentar desrespeito interpessoal e organizacional, não colaborar com os colegas de trabalho, infligir humilhações e intimidações frequentes são condutas que representam o espectro de comportamentos destrutivos no trabalho em saúde (OLIVEIRA et al., 2016).

Na enfermagem, a exposição dos trabalhadores à violência no trabalho tem sido vinculada aos problemas de saúde nessas pessoas, os quais resultam em danos físicos, manifestações emocionais, transtornos e distúrbios psíquicos; acresce-se que ainda influencia o desempenho do trabalhador, bem como a sua dimensão familiar e social (BORDIGNON; MONTEIRO, 2016). Em especial na profissão de enfermagem com suas diversas categorias de trabalhadores, os atos de incivilidade podem ser lesivos à saúde dos que são por eles afetados (MAMMEN; HILLS; LAM, 2018)

Sabe-se que os perpetradores desses comportamentos destrutivos, em geral encontram-se no topo hierárquico e são médicos, enfermeiros, gerentes de unidades, além de profissionais que estão há mais tempo no serviço, com estabilidade no emprego e experiência clínica reconhecida (OLIVEIRA et al., 2016).

Ainda, entre enfermeiros, atos de incivilidade – como os abusos verbais - parecem ser impostos mais entre os que se encontram em início de carreira e que são mais vulneráveis aos efeitos desse abuso imposto por seus próprios colegas. Outro aspecto é que em ambientes com condições de trabalho desfavoráveis, os enfermeiros que aí atuam tendem a ter atitudes de trabalho menos favoráveis, com seus colegas mais vulneráveis, facilitando a ocorrência de situações abusivas (BUDIN et al., 2013).

Pesquisa examinou a relação entre as percepções de incivilidade entre enfermeiros, o comportamento profissional entre eles e o grau em que as suas características influenciam as suas percepções. Os dados foram coletados de enfermeiros em 14 unidades de terapia intensiva. A análise correlacional examinou a relação entre as suas percepções sobre a incivilidade dos seus iguais para com seus colegas e o comportamento profissional; a análise de regressão identificou os preditores de incivilidade entre enfermeiros. Evidenciou-se que percepções diminuídas de incivilidade enfermeiro-enfermeiro foram associadas ao aumento da percepção do comportamento profissional. Os relatos sobre o recebimento de educação sobre o comportamento profissional foram preditores significativos do aumento da percepção dos enfermeiros sobre o comportamento profissional (OJA, 2017).

Diante do exposto, considerando-se que a incivilidade no trabalho é desnecessária e indesejável, acrescido do fato de não se identificar na publicação nacional texto desenvolvendo essa temática entre enfermeiros, no presente estudo desenvolveu-se o processo de tradução, adaptação e validação da *Nursing Incivility Scale* (NIS) para o idioma brasileiro, baseado em uma amostra de enfermeiros de hospitais terciários em uma cidade da região Sul do Brasil.

A importância do estudo justifica-se pela inexistência de outros instrumentos nacionais que abordam o assunto, pois a incivilidade no local de trabalho é a violação de normas sociais e os que a praticam podem causar danos aos outros, mesmo que de forma não propositada (CORTINA, 2008; PEARSON; PORATH, 2005).

A adaptação cultural de um instrumento, a fim de ser utilizado em um país diferente, para o qual foi elaborado, exige procedimentos específicos, com várias etapas, a fim de que possa ser válido e compreensível em outro país, que não aquele no qual foi construído e validado (VIANA; MADRUGA, 2008).

O processo metodológico que consiste em traduzir e adaptar uma escala para o ambiente cultural de uma população predeterminada, é primordial para garantir a forma, o conteúdo e as propriedades psicométricas (MANEESRIWONGUL; DIXON, 2004). Um dos modelos de adaptação cultural mais representativos é o proposto por Beaton et al. (2000, 2002).

6.1 TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DA NIS PARA A LÍNGUA PORTUGUESA DO — BRASIL

O processo de tradução e retrotradução foi realizado conforme o esquema já apresentado na Figura 1 (p. 84).

Recomenda-se que duas traduções sejam realizadas por tradutores independentes. É importante que um deles tenha conhecimento sobre a temática da escala e o outro não. Eles não devem trocar informações entre si; as traduções devem ser comparadas e as discrepâncias existentes precisam ser resolvidas, consultando-se os próprios tradutores. Outro aspecto que se recomenda é que esses profissionais devem ser nascidos no país aonde a escala estará sendo validada e ter domínio do seu idioma nativo e do original do instrumento (VIANA; MADRUGA, 2008).

A seleção dos tradutores é importante pois, entre as suas características leva-se em consideração aquele que possui conhecimento da temática do estudo, o que contribui com maior equivalência para os aspectos clínicos da escala que se está traduzindo; também seleciona-se um outro que não é conhecedor dos conceitos do estudo, que deverá se atentar para os aspectos incertos da escala original e produzir uma tradução com palavras usuais de leigos da saúde (BEATON et al., 2000).

A tradução precisa ser a mais fiel no que se refere a estrutura e o formato da versão original e não a mais simples ou de fácil entendimento para com a população a que se destina. Houve preocupação em se preservar a estrutura gramatical que mais se aproximou da forma gerada pelo tradutor informado, uma vez que a população de estudo foi constituída por profissionais enfermeiros em atividade laboral ressaltando-se, também, que a busca pela equivalência cultural e semântica foi considerada nas etapas de avaliação pelo Comitê de Juízes e da validação semântica (FABRÍCIO-WEHBE et al., 2009).

A validade de rosto/face (validade aparente ou validade externa) e a de conteúdo são descrições técnicas de julgamento, para que uma escala pareça razoável (VIANA; MADRUGA, 2008). A validade de conteúdo e de face para o processo de adaptação é uma apuração subjetiva; mesmo sendo consideradas como propriedades psicométricas e não sendo apoiadas em testes estatísticos ou medidas objetivas são de grande relevância para o método de tradução e adaptação cultural (BEATON et al., 2002; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

A validade externa indica se, na sua aparência, o instrumento parece estar avaliando as qualidades desejadas; a de conteúdo julga se as amostras do instrumento são relevantes, têm conteúdo ou domínios importantes. Tanto a validade de face quanto a de conteúdo podem ser verificadas por meio da análise do Comitê de Juízes/Especialistas (VIANA; MADRUGA, 2008).

A validade de face (ou aparente) é rudimentar e verifica, basicamente, se um determinado instrumento parece medir o conceito (VIANA; MADRUGA, 2008). Para Paschoal (2000); a validade de conteúdo dá a segurança que os itens de um instrumento cobrem e representam, adequadamente, o que está sendo medido, assim como permite que qualquer escore seja interpretado de forma apropriada. Essa validade verifica em que extensão o assunto de interesse (constructo) é abrangentemente coberto pelos itens e dimensões do instrumento.

Desta forma, a fase de avaliação, sob responsabilidade do Comitê dos Juízes no estudo da NIS, consistiu em averiguar se a escala mensura o que se

propunha a medir e se os itens possuíam relevância, quanto ao construto estudado.

Escolher a composição do Comitê de Juízes é importante para alcançar a equivalência cultural do instrumento traduzido (VIANA; MADRUGA, 2008). No presente estudo, a constituição desse Comitê foi idealizada, tentando-se abranger as diferentes regiões brasileiras, considerando-se o quão vasto é o Brasil, na tentativa de contemplar as diferentes culturas sob o olhar desses juízes. Esta preocupação traz benefício para o processo de adaptação cultural, tornando-o mais eficaz para a equivalência conceitual e cultural (FERREIRA et al., 2014).

Considerando-se a fidedignidade e a força para a adaptação cultural, foi estabelecido o índice de 0,80 de concordância entre os diferentes juízes, para a aquiescência de cada item traduzido da escala (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; POLIT; BECK, 2006).

O trabalho executado pelo Comitê de Juízes realizado a partir da síntese das traduções da escala e a versão original, resultou em ajustes de palavras de alguns itens, com o objetivo de assegurar a melhor lapidação da escala quanto à clareza e às validades aparente e de conteúdo. Os Juízes também estiveram atentos com o sentido das afirmações, o mais próximo da versão original.

A *Nursing Incivility Scale* não foi traduzida para outro idioma, conforme informação de conhecimento do autor da escala original. Em seu processo de construção nos Estados Unidos da América (EUA), a escala original foi aplicada em um único hospital onde ocorreu todo o processo de estruturação, grupos focais e sua aplicação (GUIDROZ et al., 2010).

Em continuidade ao processo de adaptação cultural passou-se para a fase de análise semântica que permitiu identificar, entre os enfermeiros, o nível de compreensão em cada item da avaliação, bem como a compreensão da forma das respostas, as instruções para preenchimento da escala e, ainda, a relevância dos seus itens (SANTOS et al., 2013). A opção de uso dos formulários, elaborados e concedidos pelo Projeto DISABKIDS® (DEON et al., 2011;

DISABKIDS GROUP, 2006; FEGADOLLI et al., 2010) para a sistemática dos procedimentos da análise semântica, trouxe maior segurança nas respostas dos enfermeiros.

A avaliação semântica contribui, consideravelmente, com a validade de conteúdo da escala e, também, com a sua fidedignidade e consistência interna (BEATON et al., 2000; SANTOS et al., 2013; SCHIMIDT; BULLINGER, 2003).

A análise semântica da versão brasileira da NIS proporcionou identificar, no formulário geral, que os enfermeiros consideraram a escala boa, de fácil discernimento e relevante para a condição de trabalho. Em relação ao formulário específico, este apontou que a escala é relevante, sem dificuldades de compreensão dos itens; a escala de resposta do tipo *Likert* foi considerada de fácil entendimento e não foram apresentadas sugestões de reformulações pelos enfermeiros que participaram desta etapa, considerando a escala favorável na análise semântica. Esses resultados coincidem com os de outros estudos que realizaram o processo de adaptação cultural utilizando os instrumentos do Projeto DISABKIDS®, que obtiveram avaliações positivas (JANSEN, 2014; PETERSON, 2016; VALIM, 2014; DISABKIDS GROUP, 2006).

O contato como o Professor Steve Jex, um dos autores da NIS foi muito positivo e válido, desde a aprovação para a realização da adaptação, a solicitação de exclusividade para a tradução e a adaptação da escala para a língua portuguesa usada no Brasil, a solicitação de esclarecimentos sobre qual foi o embasamento teórico para a construção da NIS, entre outros questionamentos. O professor encaminhou um manuscrito que retrata os primeiros apontamentos para a construção dessa escala, com os pensamentos e as perguntas para a elaboração dos passos teóricos de sua construção.

A etapa subsequente do processo de análise semântica foi o Pré-teste. Esse deve ser aplicado entre 30 e 40 pessoas do grupo alvo. Após a aplicação do pré-teste faz-se uma avaliação qualitativa da escala. Caso haja muitas dúvidas por parte dos respondentes pode-se voltar ao Comitê de Juízes para possíveis alterações nas questões (VIANA; MADRUGA, 2008).

Para o Pré-teste, os enfermeiros entenderam os itens da escala *Likert* e suas respostas, considerando-as claras. Entretanto, houve 13,33% de sugestões para mudanças de alguns itens, como as opções de respostas da escala que poderiam ser: “nunca, raramente, às vezes, muitas vezes e sempre” ao invés de “discordo totalmente, discordo, nem discordo/nem concordo, concordo, concordo totalmente”. Optou-se por manter a redação como na tradução da escala, porque nos processos anteriores não houve esta solicitação e os demais enfermeiros (87,77%) desta etapa não se manifestaram a respeito, ainda entendendo que a escala *Likert* é uma escala de medida e precisa estar bem definida para melhor clareza e interpretação dos resultados (GIANNINI; LATORRE; FERREIRA, 2016).

Após o Pré-teste, foi construído um quadro demonstrando os itens da escala que sofreram alterações desde o consenso da tradução, após os Juízes, até as sugestões dos enfermeiros do Pré-teste, podendo-se perceber que foram pequenas as modificações e que, em muitos itens, a redação proposta pelo Comitê de Juízes é a que se mantém. Todas as alterações contribuíram para melhorar a clareza e a facilidade de entendimento dos itens, como por exemplo: a substituição da palavra enfermagem por enfermeiro, muito pertinente, uma vez que a proposta da escala é ser aplicada para o profissional enfermeiro. Esse fato contribui para se pensar em uma limitação da escala para ser aplicada no Brasil, uma vez que em nosso país existe a denominada “equipe de enfermagem”; composta por profissionais de nível médio e superior.

Um cuidado da pesquisadora para selecionar os enfermeiros que participariam da fase de Pré-teste era que houvesse a presença desses profissionais com diversas fases de formação acadêmica, isto é, dos recém graduados, em curso de especializações até enfermeiros pós-doutores, de tal forma a obter variados olhares, opiniões, sugestões para a escala, com níveis heterogêneos de conhecimento científico.

O contato com os enfermeiros solicitando a participação no processo foi muito rico pois foi possível observar, após a explicação e a exemplificação sobre o tema incivilidade, o seu desconhecimento e surpresa sobre

o assunto, sugerindo que eles estavam familiarizados com essas situações em seu cotidiano laboral.

Estudo sobre a incidência e o impacto da incivilidade, também se preocupou na seleção dos alvos e instigadores de incivilidade, quanto ao gênero, posição no trabalho, etnia e estado civil e mostrou que a incivilidade no ambiente laboral, gira em torno de violação das normas de respeito mútuo no local de trabalho, destacando a natureza interpessoal desse fenômeno (CORTINA et al., 2001)

Em relação ao tempo gasto para o preenchimento dos dados, durante a fase de Pré-teste foi de aproximadamente 12 minutos, tempo considerado razoável para uma escala com 43 itens, poder-se-ia levar mais de 20 minutos para preenchimento (PRUDENCIO et al., 2013; DANTAS, 2007).

Desta maneira, entende-se que tal instrumento permitirá que a comunidade científica brasileira, ou ainda profissionais enfermeiros ou da saúde, que trabalhem com a temática saúde do trabalhador, tenham acesso à escala e possam testá-la e ajustá-la às outras amostras de enfermeiros em outros sítios de trabalho, não se restringindo à área hospitalar.

Na escala, na versão em português falado e escrito no Brasil, manteve-se o nome “*Nursing Incivility Scale* – (NIS)”, acrescido da expressão “Versão Brasileira da” e a verificação de suas propriedades psicométricas foi realizada na etapa de estudo de campo.

6.2 ANÁLISE DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO BRASILEIRA DA *NURSING INCIVILITY SCALE*

A consistência interna é uma forma de medida baseada na correlação entre diferentes itens no mesmo teste (ou entre as mesmas subescalas em um teste mais longo). Ela mede se os diversos itens que se propõe a medir o mesmo construto geral produzem resultados semelhantes. Essa consistência interna é, geralmente, medida por meio do coeficiente Alfa de Cronbach, calculado ao se parear correlações entre os itens; ela varia entre zero e um e é aceito que um α de 0.6 a 0.7 indica fiabilidade aceitável e acima de 0.8 indica boa fiabilidade. O Alfa de Cronbach é de autoria de Lee J. Cronbach e trata-se de uma maneira de estimar-se a confiabilidade de um questionário aplicado em uma pesquisa (HORA; MONTEIRO; ARICA, 2010).

No presente estudo, a consistência interna foi avaliada por meio do coeficiente Alfa de Cronbach que, segundo Terwee et al. (2007), o valor de referência é de 0,70.

A NIS apresentou resultado de 0,94 e para os fatores 1 e 2 que tratam das sub escalas “Clima hostil. Piadas desagradáveis e Falta de consideração”; na categoria “Todas as pessoas” que entram em contato com o enfermeiro na unidade, o Alfa de Cronbach foi de 0,836 e quanto aos fatores 3, 4 e 5 agrupados que compreendem as subescalas “Clima hostil, Fofocas/indiscrições e Parasitismo”, na categoria “enfermeiros em contato com outros enfermeiros” o valor do Alfa de Cronbach foi de 0,91; todos estes resultados fornecem forte apoio à confiabilidade das subescalas.

A escala original apresenta um Alfa de Cronbach, para todos os oito fatores e para as subescalas com valores que variaram de 0,81 – 0,94, indicando que os itens demonstram boa consistência interna (Guidroz et al., 2010). Ainda nesta escala as correlações interitem foram calculadas para todas as subescalas e variaram de 36-90 e a correlação média do item total para todos os itens foi 0,76 demonstrando boa consistência interna.

Conforme a escolha dos itens da escala *Likert*, a média das respostas dos enfermeiros quanto a “nem discordar ou nem concordar com incivilidade no ambiente de trabalho”, Guithens (2011) em sua pesquisa sobre a diversidade e a incivilidade descreve as situações de incivilidade como ações sutis, que podem desenvolver comportamentos inconscientes que são mais difíceis de resolver, pois lidam com a incivilidade resultante de características pessoais de cada um.

Além disso, muitas dessas características de incivilidade são aprendidas em ambientes sociais, como o da própria família. O processo de educação civil deve transmitir a importância da obrigação e do respeito que as pessoas precisam ter para os outros, com o ensinamento dos direitos e deveres transferidos das famílias para os filhos, para que os levem para a sua vida futura (MACHADO, 2002), incluindo a vivência experienciada no ambiente laboral. A família torna-se, assim, uma das responsáveis pela formação do indivíduo nos aprendizados básicos de civilidade; lacunas nesse aspecto podem levá-lo a tornar-se uma pessoa incivil (GARCIA, 2006).

Com relação a análise de construto da versão adaptada da NIS, foi verificado pelas AFE e AFC que os fatores 1 e 8 apresentaram os piores índices de adequação, tanto na correlação entre os itens, como na VME.

Reforça-se que esse resultado, também, esteve presente nas análises da ferramenta original e que, na versão validada para o idioma português do Brasil, as cargas fatoriais apresentaram-se melhores para as questões desses fatores.

Isso fortalece dois pontos principais: primeiro, que a observação de fragilidades nos mesmos fatores que os observados pelos criadores da escala indica que o processo de adaptação cultural conseguiu captar, de forma adequada, todas as dimensões e questões propostas pela escala original. O segundo ponto é que os fatores que apresentaram piores índices de ajuste, (hostilidade e grosseria geral e incivilidade referente aos pacientes e visitantes) são consistentes com a temática de incivilidade geral avaliada pela ferramenta (em razão da consistência

interna adequada) porém, outras questões não mensuráveis, podem apresentar interferência nesses fatores, o que pode ter prejudicado a VME.

A Validade Convergente a partir da análise da VME mostrou-se positiva para quase todos fatores exceto o fator 1 que foi aceitável e CC mostrou-se adequado para todos os itens retidos. Segundo Valentini, Damásio, (2016), os valores de CC e de VME sofrem alterações em função do número de itens da escala e da homogeneidade das cargas fatoriais; então a aplicação de pontos de corte fixos para esses indicadores podem limitar a apreciação dos resultados de um estudo e são utilizados como indicadores de Validade Convergente.

O coeficiente linear de Pearson utilizado neste estudo mostrou-se expressivo. Utilizou-se para a análise de Validade de Construto Convergente o Inventário de Estresse em enfermeiros, confirmando que a NIS correlaciona-se positivamente com o escore total do IEE e quanto maior é o nível de incivilidade no enfermeiro maior é o grau do IEE. Pode-se observar por esta resposta em termos de estabilidade e correlação com o IEE, que os resultados foram adequados para todas as dimensões.

Estudo teve como objetivo investigar a transição em enfermeiros recém-qualificados por meio da exploração de seus estressores e experiências de estresse durante os primeiros 12 meses após a sua qualificação. No momento da qualificação (n = 288), 6 meses após a qualificação (n = 107) e 12 meses após a qualificação (n = 86), os enfermeiros recém-formados completaram a *Nursing Stress Scale*. Os resultados mostraram que a carga de trabalho foi o estressor relatado mais alto, com pessoal inadequado e gerenciando múltiplas demandas de papéis dadas como explicações. A incivilidade dentro do local de trabalho foi um estressor notável. Por outro lado, fazer parte de uma "boa equipe" proporcionou um ambiente de trabalho civil, solidário e facilitador (HALPIN; TERRY; CURZIO, 2017).

Não foi identificado, até essa data, que a NIS tenha sido adaptada e ou validada para outro idioma ou cultura além desta agora, o que impede que ocorram comparações com outras versões, que não somente a original. Vale

ressaltar que se objetivou reproduzir os mesmos processos metodológicos de validação da escala americana, afim de condizer maior veracidade para a versão validada para uso no Brasil.

6.3 CORRELAÇÃO ENTRE A NIS E OS ENFERMEIROS E O IEE E OS ENFERMEIROS

Neste estudo, o perfil da amostra estudada revelou que os trabalhadores eram mulheres (89,2%) e com faixa etária de 22 a 39 anos. O predomínio do sexo feminino corrobora com resultados conseguidos com profissionais de enfermagem. No estudo que deu origem a escala, mais de um terço dos enfermeiros estavam entre as idades de 40 a 49 anos (35%) (GUIDROZ et al., 2010).

A presença marcante do sexo feminino é uma realidade na profissão de enfermagem, ao nível mundial.

Estudo sobre incivilidade realizado no Irã, com enfermeiros (n=200), nos hospitais de Mashhad, mostrou que 68, 8 % eram do sexo feminino e 22,6% dos participantes haviam sido submetidas aos atos de incivilidade por enfermeiros antigos da instituição (HEYDARI; RAD; RAD, 2015). Pesquisa no Arizona (EUA), avaliando a incivilidade nos enfermeiros (n=1500) de unidades de cuidados intensivos revelou que 85,9% eram do sexo feminino; a gestão de conflitos, o profissionalismo e a comunicação indicaram a diminuição de incivilidade de enfermeiro para enfermeiro (OJA, 2017).

Em um estudo em Michigan (EUA), que objetivou avaliar a incivilidade experimentada pela equipe de saúde (n184) mostrou que 91% eram mulheres e 81% dos participantes eram enfermeiros; os autores concluíram que a incivilidade no local de trabalho influencia negativamente na saúde dos trabalhadores de saúde e resulta em perdas financeiras; sugerem ainda que a fonte de incivilidade é tão importante quanto a frequência com que ela ocorre (HUTTON; GATES, 2008).

Em um estudo qualitativo, fenomenológico realizado na Coréia, com estudantes de enfermagem, com o objetivo de avaliar a natureza e experiência de incivilidade enquanto estudantes na prática clínica, os resultados indicaram que os estudantes de enfermagem vivenciam incivilidade de diferentes perpetradores, como, funcionários, pacientes e familiares de pacientes, durante a prática clínica (PARK; KIM, 2017).

A cooperação dos enfermeiros no processo de entrevista foi favorável para a maior parte dos que foram abordados, ou seja, 82,2%. No Hospital 3 foram obtidos 17,8% de enfermeiros entrevistados, um número reduzido por problemas estruturais e administrativos; entretanto, esses valores assemelham-se aos encontrados em diferentes pesquisas, em que os enfermeiros têm se mostrado recíprocos (ROCHE et al., 2010).

Vários pesquisadores identificam que os maus tratos vindos de colegas podem levar aos distúrbios psicológicos e quando é feito por alguém com cargo de nível mais elevado na instituição, pode ser comum, nos locais de trabalho (CORTINA, 2001). Frone (2000) e Tepper (2000) descobriram que quando as pessoas experimentam incivilidade de seu supervisor, essa situação pode resultar em menor compromisso com a instituição, baixa satisfação no ambiente laboral e maior causa de procura de outro local para trabalhar.

Algumas pessoas manifestam incivilidade no trabalho baseadas nas impressões de outras, sobre a diferença delas da normalidade que se apresenta. A incivilidade, com a violação geralmente não intencional dos padrões sociais, pode ocorrer como resultado do preconceito inconsciente dos perpetradores. Tal atitude pode, as vezes, resultar em menor satisfação do trabalhador e maior probabilidade de procurar outro emprego e redução da sua saúde mental e física (CORTINA, 2001).

Lewis, Malecha (2011) nos EUA aplicaram a NIS em enfermeiros com o objetivo de verificar o impacto da incivilidade no local de trabalho relacionando-a com o custo e a produtividade. Entrevistaram 659 enfermeiros, destes 92% eram mulheres com idade média de 46,38 anos e foi constatado que

quanto maior a incivilidade menor a produtividade; quanto às relações dos enfermeiros com seus colegas, com supervisores, com médicos e com todas as pessoas que entram em contato na unidade, a incivilidade mostrou-se significativamente menor que 0,001 enquanto a relação dos pacientes e visitantes não foi significativa.

Estudos têm mostrado que a violência lateral (Violência horizontal e lateral são termos que foram usados de forma intercambiável e foram definidos como “ato de agressão perpetrado por um colega em relação ao outro” (LONGO; SHERMAN, 2007), é um fato na vida profissional dos enfermeiros, por qualidades instáveis no ambiente de trabalho ou resultados adversos dos pacientes (ROCHE et al., 2010).

Existem outros termos que se assemelham a incivilidade, incluindo violência horizontal, violência lateral, intimidação e assédio. Semelhante à incivilidade, exemplos de violência horizontal mostram atos ou comportamentos que incluem criticar um colega na frente dos outros, menosprezá-lo, segregá-lo ou deixá-lo fora das atividades, reter informações de um colega e impedir oportunidades de promoção (LONGO; SHERMAN, 2007).

Antecedentes para que ocorra a incivilidade são estresse ocupacional, carga de trabalho, condições laborais difíceis, necessidade de expressar poder a outrem, trazendo em consequência depressão, ansiedade, raiva, humilhação, baixa motivação, diminuição da satisfação no trabalho, diminuição da retenção no local de trabalho, rotatividade e absenteísmo (CELIK et al., 2007; GRIFFIN, 2004; LIM; CORTINA; MAGLEY 2008; VESSEY; DEMARCO; DIFAZIO, 2011).

O *Center for American Nurses* (2008) afirmou que a violência horizontal ou incivilidade nunca deve ser considerada normal em relação à socialização na enfermagem, nem aceita nas relações profissionais (PETERS, 2014).

Além das variáveis sociodemográficas e de trabalho, os participantes foram caracterizados em relação ao IEE, estas informações foram

importantes para a compreensão da validade convergente da NIS traduzida e adaptada para a língua portuguesa falada no Brasil.

O profissional enfermeiro tem sofrido com o estresse, devido a sua atividade laboral, por caracterizar-se em demandas físicas e emocionais, que se deparam no atendimento ao paciente e nas atividades gerenciais na unidade ou instituição que trabalha (FRANÇA, DE MARTINO, 2014)

Essas demandas identificados como estressores aos enfermeiros que laboram em hospitais podem ser os recursos inadequados, as relações interpessoais e a carga emocional enfrentada, o reconhecimento profissional ou a sua ausência e o poder de decisão (STACCIARINI; TRÓCOLI, 2000).

No presente estudo, foi observado que os enfermeiros acima de dez anos de profissão apresentaram menor pontuação para o IEE; um maior tempo de atividade profissional pode estar combinado a uma idade mais avançada e ambos podem estar relacionados ao amadurecimento pessoal e profissional, o que gera um maior governo e autocontrole sobre os momentos de estresse (FRANÇA, DE MARTINO, 2014; JODAS; HADDAD, 2009)

Na amostra investigada por Lorenz, Benatti & Sabino, (2010), os autores estudaram o estresse e o *Burnout* em enfermeiros de um hospital universitário de alta complexidade; 12,7% ocupavam cargos de diretores, supervisores ou apoiadores, funções ligadas ao gerenciamento e à gestão de serviços. Os resultados obtidos reforçaram a afirmativa de que agentes estressores psicossociais são tão potentes quanto os micro-organismos e a insalubridade no desencadeamento de doenças; o clima de trabalho tenso e insatisfatório, associado às prolongadas jornadas de trabalho, resulta em fatores de estresse reafirmando-se, pelos resultados obtidos no presente estudo, que a enfermagem é uma profissão estressante.

Em contrapartida os enfermeiros em função de gerência podem melhorar seu local de trabalho, compreendendo comportamentos de grupos oprimidos, por meio de intervenções que tenham como objetivo quebrar a série de opressão no local de trabalho da enfermagem. Intervenções como o aumento da

força de trabalho e a satisfação laboral podem corroborar para a sua retenção no local do trabalho e diminuir esse comportamento de opressão (ROBERTS; DEMARCO; GRIFFIN, 2009).

Deve-se considerar algumas limitações para este estudo. Ele traz a experiência somente relacionada aos enfermeiros que laboram em hospitais, mesmo abrangendo e representado uma ampla variedade de serviços e especialidades. Nesse sentido, sugere-se que pesquisas futuras sejam realizadas em outras instituições ou organizações de trabalho, a fim de identificar possíveis efeitos da cultura organizacional ou do ambiente na experiência de incivildade no ambiente de trabalho.

Os trabalhadores de nível médio que compõem a equipe de enfermagem no Brasil, não foram avaliados pela NIS pois no país em que foi construída (EUA) estes trabalhadores não são considerados na categoria de trabalhadores de enfermagem. Lança-se, então, o desafio para os pesquisadores brasileiros no sentido que realizem estudos com o propósito da construção ou adaptações da NIS para os trabalhadores de nível médio da enfermagem.

Em contrapartida, o estudo contribui para o avanço do conhecimento relacionado à enfermagem nacional, que ainda não dispunha desse instrumento adaptado e validado culturalmente para o idioma português escrito e falado no Brasil, o que pode ser motivador para variadas pesquisas e testada em contextos outros que não, exclusivamente, o hospitalar.

7 Conclusões

Este estudo, de delineamento metodológico, quantitativo, teve como objetivos traduzir e adaptar culturalmente para o Brasil o instrumento *Nursing Incivility Scale* (NIS), bem como avaliar as propriedades psicométricas da versão brasileira em enfermeiros.

Todo processo de tradução e adaptação cultural da *Nursing Incivility Scale*, foi baseado em protocolos internacionais e recomendados e obteve-se resultados satisfatórios em relação às equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual, com aprovação do autor da escala original

A NIS em sua versão brasileira, foi considerada acertada em relação as suas propriedades psicométricas, apresentado a exclusão de apenas um item que demonstrou uma carga fatorial muito próxima de 0,30, finalizando-se a Versão Brasileira da *Nursing Incivility Scale* com 42 itens.

O resultados demonstraram uma apropriada estrutura fatorial, portanto acresce valor científico por exibir a análise fatorial confirmatória. O modelo com a exclusão do item 35 apresentou os melhores índices de ajuste, salientado o seu rigor metodológico para certificar uma versão brasileira válida.

Os resultados obtidos por meio da validade pelos enfermeiros das diferentes instituições hospitalares, permite concluir que a versão adaptada da NIS é válida para a realidade brasileira.

A NIS pode fornecer informações, aos serviços hospitalares e pesquisadores, a fim de projetar intervenções orientadas para a melhoria das relações entre os enfermeiros no hospital. Esta escala poderá ser usada em potencial para a avaliação inicial de incivilidade no ambiente laboral, pois é possível a detecção das suas fontes e de seus tipos. Este problema pode resultar em menor satisfação do trabalhador, maior probabilidade de deixar o trabalho e transtornos na saúde mental e física.

Por toda a busca e pela complexidade do estudo pelo trabalho realizado, identifica-se que, este é o primeiro estudo brasileiro que traz o tema incivilidade em enfermeiros, o que revela a sua originalidade.

Referências

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Content validity in the development and adaptaation processo f measurement instruments. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-68, 2011.

ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. B. Adaptación cultural de instrumentos utilizados en salud ocupacional. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 11, n. 2, p. 109-11, 2002.

ALBORNOZ, S. O trabalho na balança dos valores. 2009 Repositório da Universidade Federal de Santa Catarina, 3f.

ALMEIDA, E. A. B.; HOLANDA, M. J. B. Atos de Incivildade: um Comportamento cada vez mais Frequente no Ambiente Escolar. **Outras Palavras**, volume 12, 2016. Disponível em: <http://revista.faculdadeprojecao.edu.br/index.php/Projecao5/article/view/59>

AMERICAN NURSES ASSOCIATION. **Bullying in the workplace**: revising a culture. Silver Spring, MD: Nursebooks, 2012.

ANDERSSON, L. M.; PEARSON, C. M. Tit for tat? The spiraling effect of incivility in the workplace. **Academy of Management Review**, Atlanta, v. 24, n. 3, p. 452-471, 1999.

ANTUNES, B. et al. **The Palliative care Outcome Scale (POS)**: manual for cross-cultural adaptation and psychometric validation. London, 2012. Disponível em: [https://pos-pal.org/doct/Manual for cross cultural adaption and psychometric testing of the POS family of measures 20 0715.pdf](https://pos-pal.org/doct/Manual%20for%20cross%20cultural%20adaption%20and%20psychometric%20testing%20of%20the%20POS%20family%20of%20measures%200715.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2018.

ASSOCIATION OF TEST PUBLISHERS (1999). **Increasing the validity of adapted tests: myths to be avoided and guidelines for improving test adaptation practices**. Recuperado de <http://www.testpublishers.org>.

AYRES, M.; AYRES JUNIOR, M.; AYRES, D. L.; SANTOS, A. A. S. **BIO ESTAT Aplicações Estatísticas nas Áreas das Ciências Bio-Médicas**. Belém-Pará-Brasil, 2007

AZIZAN, H. M.; RAZLINA, H. J. Relationship between workplace incivility, job attitudes and Muslim religiosity personality among trade union members. **Global Journal Al-Thaqafah**, Sabah, v. 5, n. 2, p. 43- 51, 2015.

AZZOLIN, G. M.; PEDUZZI, M. Processo de trabalho gerencial e processo de enfermagem na perspectiva de docentes de enfermagem. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p. 549-55, 2007.

BARON, R. Workplace aggression and violence: Insights from basic research. In: GRIFFIN, R. W.; O'LEARY-KELLY, A. N. (Ed.). **The dark side of organizational behavior**. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2004. p. 23-61.

- BARRINGTON, W. E. et al. Perceived stress, behavior, and body mass index among adults participating in a worksite obesity prevention program, Seattle, 2005-2007. **Preventing Chronic Disease**, Atlanta, v. 9, p. e152, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3477899/pdf/PCD-9-E152.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2018.
- BEATON, D. E. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, New York, v. 25, n. 24, p. 3186-191, 2000.
- BEATON, D. et al. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & Quick **DASH Outcome Measures**. Toronto: Institute for Work & Health, 2002. Disponível em: <http://www.dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf>. Acesso em: 10 out. 2018.
- BECHER, J.; VISOVSKY, C. Horizontal violence in nursing. **Medsurg Nursing**, Pitman, v. 21, n. 4, p. 210-39, 2012. Acesso em junho /2018 https://www.researchgate.net/profile/Constance_Visovsky/publication/230831024_Horizontal_violence_in_nursing/links/57ac75b508ae7a6420c2e593.pdf
- BÍBLIA. Gênesis. In: BÍBLIA. Português. **Bíblia de promessas**. Tradução de João Ferreira de Almeida. São Paulo: King's Cross Publicações, 2002.
- BORDIGNON, M.; MONTEIRO, M. I. Violence in the workplace in Nursing: consequences overview. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2016;69(5):939-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0133>
- BORSA, J. C.; DAMÁSIO, B. F.; BANDEIRA, D. R. Cross-cultural Adaptation and Validation of Psychological Instruments: Some Considerations. **Paidéia**; set-dec. 2012, Vol. 22, n. 53, 423-432. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272253201314>
- BRAGA, C. G.; CRUZ, D. A. L. M. Contribuições da psicometria para a avaliação de respostas psicossociais na enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 98-104, 2006.
- BRASIL. Decreto n. 2.208, de 17 de abril de 1997. Regulamenta o § 2º do art. 36 e o art. 39 a 42 da Lei n.º 9.394 de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as **Diretrizes e Bases da Educação Nacional** [legislação na Internet]. Brasília; 1997. [citado 2018 nov. 18]. Disponível em: <http://www.portalmec.gov.br>
- BUARQUE DE HOLLANDA, Sérgio; **Raízes do Brasil**; Companhia das Letras; 1995; ed. 26; ISBN 8571644489.
- BUDIN, W. C.; BREWER, C. S.; CHAO, Y. Y.; KOVNER, C. Verbal abuse from nurse colleagues and work environment of early career registered nurses. **J Nurs Scholarsh**. 2013 Sep;45(3):308-16. doi: 10.1111/jnu.12033. Epub 2013 Apr 29.
- BURNFIELD, J. L. et al. Understanding workplace incivility: Scale development and validation. In: **ANNUAL CONFERENCE OF THE SOCIETY FOR INDUSTRIAL AND ORGANIZATIONAL PSYCHOLOGY**, 19., 2004. Chicago, SIOP, 2004.

CANCIAN, R. N. E. **A teoria sociológica**: teias de interdependência. 2008. Disponível em: <<https://educacao.uol.com.br/disciplinas/sociologia/norbert-elias---a-teoria-sociologica-teias-de-interdependencia.htm>>. Acesso em: 10 out. 2018.

CAMPONOGARA, S.; BACKES, V. M. S. Gerenciar em enfermagem: uma reflexão à luz das ideias de Humberto Maturana. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 11, n. 3, p. 303-10, 2007.

CELIK, S. S.; CELIK, Y.; AGIRBAS, I.; UGURLUOGLU, O. Verbal and physical abuse against nurses in Turkey. **International Nursing Review**, Oxford, v. 54, n. 4, p. 359-66, 2007.

CENTER FOR AMERICAN NURSES. **Policy statement on lateral violence and bullying in the workplace**. Silver Spriger, 2008. Disponível em: <<http://centerforamericannurses.org/associations/9102/files/Position%20StatementLateral%20Violence%20and%20Bullying.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2018.

CHARLOT, B. A. Violência na escola: como os sociólogos franceses abordam essa questão. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 4, n. 8, p. 432-43, 2002.

CHWALOW, A. J. Cross-cultural validation of existing quality of life scales. **Patient Education and Counseling**, Limerick, v. 26, n.1/3, p. 313-18, 1995.

CLARK, C. M.; AHTEN, S. M. Begning the conversation: the nurse educator's role in preventing incivility in the workplace. **Georgia Nursing**, Atlanta, v. 72, n. 3, p. 16-17, 2012.

COHEN, S.; JANICKI-DEVERTS, D.; MILLER, G. E. Psychological stress and disease. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 298, n. 14, p. 1685-687, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN 276/2003. **Regula a Concessão de Inscrição Provisória ao Auxiliar de Enfermagem** [legislação na Internet]. Brasília; 2003. [citado 2018 nov. 18]. Disponível em: <http://www.portalconfen.org.br>

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Inter saúde apresenta panorama atual da enfermagem**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/intersaude-apresenta-panorama-atual-da-enfermagem_26893.html>. Acesso em: 14 set. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução 293/2004**. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2932004_4329.html>. Acesso em: 14 set. 2016.

- COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C. Adaptação cultural de instrumento que avalia atividades do trabalho e sua relação com sintomas osteomusculares **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 149-154, 2009.
- COMREY, A. L.; LEE, H. B. **A first course in factor analysis**. 2nd. ed. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1992.
- CONNELLY, R. J. Introducing a culture of civility in first-year college classes. **The Journal of General Education**, Pennsylvania, v. 58, n. 1, p. 47-68, 2009.
- COOK, T. D.; CAMPBELL, D. T. **Quasi-experimentation: design and analysis issues for field setting**. Boston: Houghton Mifflin, 1979.
- CORTINA, L. M. et al. Incivility in the workplace: Incidence and impact. **Journal of Occupational Health Psychology**, Washington, v. 6, n. 1, p. 64-80, 2001.
- CORTINA, L. M. Unseen injustice: Incivility as modern discrimination in organizations. **Academy of Management Review**, Mississippi, v. 33, n. 1, p. 55-75, 2008.
- CORTINA, L. M.; MAGLEY, V. J. Patterns and profiles of response to incivility in the workplace. **Journal of Occupational Health Psychology**, Washington, v. 14, n. 3, p. 272-88, 2009.
- COZBY, P. **Métodos de pesquisa em ciência do comportamento**. São Paulo: Atlas, 2003.
- CRONBACH, L. J.; MEEHL, P. E. Construct validity in psychological tests. **Psychological Bulletin**, Washington, v. 52, n. 4, p. 281-302, 1955.
- CRUZ, I. C.; TOPA, M. A. Análise Multivariada como ferramenta de gerenciamento de fornecedores visando um relacionamento com vantagem competitiva. Curitiba 2009. **Monografia de Graduação no curso de Bacharelado em Estatística (UFPR)**; 75f.
- DALMOLIN, G. L. et al. Implicações do sofrimento moral para os enfermeiros(as) e a aproximação como Burnout. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 200-08, 2012.
- DALRI, R. C. M. B. **Carga horária de trabalho dos enfermeiros de emergência e sua relação com estresse e cortisol salivar**. 2013. 203 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.
- DAMÁSIO, B. F. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. **Avaliação Psicológica**, 2012, 11(2), pp. 213-228. [acesso em novembro de 2018], <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v11n2/v11n2a07.pdf>

DANTAS, R. A. S. **Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros**. 2007. 76 f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

DANTAS, R. A. S.; SILVA, F. S.; CIOL, M. A. Psychometric properties of the Brazilian Portuguese versions of the 29 and 13-items scales of the Antonovsky's Sense of Coherence (SOC-29 and SOC-13) evaluated in Brazilian cardiac patients. **Jornal of Clinical of Nursing**, Boston, v. 23, n.1/2, p.156-65, 2013.

DEBARBIEUX, E. A violência na escola francesa: 30 anos de construção social de objeto (1967-1997). **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 163-193, 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022001000100011&lng=en&nrm=iso>

DELLASEGA, C. A. Bullying among nurses. **American Journal of Nursing**, Philadelphia, v. 109, n. 1, p. 52-8, 2009.

DEON, K. C. et al. Análise psicométrica inicial da versão brasileira do DISABKIDS® *Atopic dermatitis Module*. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1072-78, 2011.

DERENNE, J. L. et al. Clinical ratings scales and assessment in eating disorders. In: BAER, L.; BLAIS, M. A. (Ed.). **Handbook of clinical rating scales and assessment in psychiatry and mental health**. New York, NY: Humana Press, 2010. p. 145-74.

DISABKIDS GROUP. **Pilot test manual**. Leiden: DISABKIDS Group, 2002.

DISABKIDS GROUP. **The DISABKIDS questionnaires**: quality of questionnaires for children with chronic conditions. Legaerich: Pabst Science Publishers, 2006.

DISTEFANO, C.; LIU, J.; JIANG, N. & SHI, D. Examination of the Weighted Root Mean Square Residual: Evidence for Trustworthiness? Pages 453-466 | Published online: 08 Nov 2017. <https://doi.org/10.1080/10705511.2017.1390394>

ELIAS, N. **O processo civilizador**: formação do estado e civilização. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994. v. 2.

FABRÍCIO-WEHBE, S. C. C. et al. Adaptação Cultural e Validade da Edmonton Frail Scale- EFS em um Amostra de Idosos Brasileiros. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, n. 6, p. 1043-49, 2009.

FARRELL, G. A.; BOBROWSKI, C.; BOBROSKI, P. Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, 55, 778-87, 2006. Doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03956.x

- FEGADOLLI, C. et al. Adaptação do modulo genérico DISABKIDS® para crianças e adolescentes brasileiros com condições crônicas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.10, n. 1, p. 95-105, 2010.
- FELBLINGER, D. M. Bullying, Incivility, and Disruptive Behaviors in the Healthcare Setting: Identification, Impact, and Intervention. **Front of Health Services Management**. 2009 25:4, p.13-23.
- FERRAREZE, M. V. G.; FERREIRA, V., CARVALHO, A. M. P. Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em Terapia Intensiva. **Acta paul. Enferm.** São Paulo, 2006 July-Set,19 (3).
- FERREIRA, E. et al. The cultural adaptation and validation of the *Burn Specific Health Scale-Revised* (BSHS-R): version for Brazilian burn vitms, **Burns**, Guildford, v. 34, n, 7, p. 994-1001, 2008.
- FERREIRA, L. et al. Guia da AAOS/IWH: sugestões para adaptação transcultural de escalas. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, 2014, v. 13, n. 3, p. 457-61.
- FIELD, A. **Descobrimdo a estatística usando o SPSS**. Tradução Lori Viali – 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009, 688 p. ISBN 0-71619-4452-4
- FORNELL, C. LARCKER, D. F. Strutural Equation Models With Unobservable Variables and Measurement Error: **Journal of Marketing Research**, vol.18, nº 1(Feb., 1981), pp.39-50. <http://www.jstor.org/stable/3151312>
- FORNI, P. M. **Choosing civility**: the twenty-five rules of considerate conduct. New York: St. Martin's Griffin, 2002.
- FRANÇA, S. P. S.; DE MARTINO, M. M. F. Current correlations of stresrnal s and burnout in the work of pre-hospital nursing **Journal of Nursing UFPE** On line. Vol 8, No 12 (2014).
- FRANÇA, F. M.; FERRARI, R.; FERRARI, D. C.; ALVES, E. D. Burnout e os aspectos laborais na equipe de enfermagem de dois hospitais de médio porte **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 20(5):[09 telas] set.-out. 2012. www.eerp.usp.br/rlae
- FREIRE, P. **Pedagogia del oprimido**. 2. ed. México: Siglo XXI, 2005.
- FREITAS, L. C.; DEL PRETTE, Z. A. P. Comparando auto avaliação e avaliação de professores sobre as habilidades sociais de crianças com deficiência mental. Universidade Federal de são Carlos, **Dialnet**, 2010. Artigo/5216166. pdf
- FRENCH, S. E. et al. Na empirical evaluation of as expanded nursing stress scale. **Journal of Nursing Measurement**, New York, v. 8, n. 2, p. 161-78, 2000.
- FRONE, M. R. Interpessoal conflict at work and psychological outcomes: Testing a model among young workers. **Journal of Occupational Health Psychology**, Washington, v. 5, p. 246-55, 2000.

GAFFNEY, D. A., DEMARCO, R. F., HOFMEYER, A., VESSEY, J. A., & BUDIN, W. C. (2012). Trying to make things right: A qualitative study of U.S. nurses' experiences with workplace bullying. **Nursing Research and Practice**, Article ID 243210, 10 pages. Retrieved from <http://www.hindawi.com/journals/nrp/2012/243210/>

GALINDO, R. H., FELICIANO, K. V. O., LIMA, R. A. S., SOUZA, A. I. Síndrome de Burnout entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo 2012 Apr, 46(2).

GARCIA, J. Indisciplina, incivilidade, e cidadania na escola. **Educação Temática Digital**, Campinas, v. 8, n. 1, p. 121-30, 2006. Disponível em <<http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/19764/ssoar-etd-2006-1-garcia-indisciplina.pdf?sequence=1>>

GELLER, N. F. **Examining Bullying, Harassment, and Horizontal Violence (BHHV) in student nurses**. 2013. Dissertation (Doctor of Philosophy) - Executive Committee of the Graduate School of Arts and Sciences, Columbia University, Columbia, 2013.

GIANNINI, S. P. P.; LATORRE, M. R. D. O.; FERREIRRA, L. P. Questionário condição de produção vocal professor: comparação entre respostas em escala Likerte em escala visual analógica. **CoDAS**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 53-8, 2016.

GIORDANI, J. N. et al. Percepção dos enfermeiros frente às atividades gerenciais na assistência ao usuário. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 511-16, 2012.

GITHEN, R. P. Diversity and incivility: toward an action - oriented approach. **Advances in Developing Human Resources**, Louisville, v. 13, n. 1, p. 40-53, 2011.

GRADELLA JUNIOR, O. Sofrimento psíquico e trabalho intelectual. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 13, n. 1, p.133-48, 2010.

GRIFFIN, M. Teaching cognitive rehearsal as a shield for lateral violence: An intervention for newly licensed nurses. **Journal of Continuing Education in Nursing**, New Jersey, 35, 257-63, 2004.

GUIDROZ, A. M. et al. The nursing incivility scale: development and validation of an occupation-specific measure. **Journal of Nursing Measurement**, New York, n. 18, n. 3, p. 176-200, 2010.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality measure: literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, Oxford, n. 46, n. 12, p. 1417-1432, 1993.

GUI THENS, R. P. Diversity and incivility: toward an action-oriented approach. **Advances in Developing Human Resources**, Louisville, v. 13, n. 1, p. 40-53, 2011. . doi: 10.1177/1523422311410646

GUSTAVO, A. S.; LIMA, M. A. D. S. Idealização e realização no trabalho da enfermeira em unidades especializadas. **Revista Brasileira de Enfermagem** Brasília, v. 56, n. 1, p. 24-7, 2003.

HALPIN, Y.; TERRY, L. M.; CURZIO, J. A longitudinal, mixed methods investigation of newly qualified nurses' workplace stressors and stress experiences during transition. **J Adv Nurs**. 2017 Nov;73(11):2577-2586. doi: 10.1111/jan.13344. Epub 2017 Jul 5

HAIR, J. F.; BLACK, W. C.; BABIM, B. **Multivariate data analysis**. 7th ed. Prentice Hall, 2009.
HAIR JUNIOR, J. F.; SARSTEDT, M. HOPKINS, L., V. G.(2014) "Partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM): An emerging tool in business research", **European Business Review**, Vol. 26 Issue: 2, pp.106-121, <https://doi.org/10.1108/EBR-10-2013-0128>

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 258-65, 2009.

HEATHER, K. S. L. et al. Workplace empowerment, incivility, and burnout: impact on staff nurse recruitment and retention outcomes. **Journal of Nursing Management**, Oxford, v. 17, n. 3, p. 302-11, 2009.

HERSHCOVIS, M. S. et al. Predicting workplace aggression: a meta-analysis. **Journal of Applied Psychology**, Washington, v. 92, n. 1, 228-38, 2007.

HEYDARI, A.; RAD, M.; RAD, M. Evaluating the incivility between staff nurses and matrons employed in Iran. **Scientific Journal of the Faculty of Medicine in Nis Serbia**, Nis, v. 32, n. 2, p. 137-46, 2015.

HORA, H. R. M.; MONTEIRO, G. T. R.; ARICA, J. Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um Estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. **Produto & Produção**, vol. 11, n. 2, p. 85 - 103, jun. 2010, <http://seer.ufrgs.br/index.php/ProdutoProducao/article/viewFile/9321/8252>

HU, L. E.; BENTLER, P. M. (1999). Critérios de corte para índices de ajuste na análise de estrutura de covariância: Critérios convencionais versus novas alternativas. **Modelagem de Equações Estruturais**, 6, 1-55.

HUTTON, S.; GATES, S. Workplace incivility and productivity losses among direct care staff. **AAOHN Journal**, Thorofare, v. 56, n. 4, p.168-75, 2008.

IMADA, T. C. M. L. et al. Adaptação e validação da *Family Dynamics Measure II* (FDM II) para familiares de mulheres com câncer da mama. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 557-67, 2010.

JACKSON, D.; FIRTKO, A.; EDENBOROUGH, M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: A literature review. **Journal of Advanced Nursing**, 60 (1), 1-9.

JANSEN, A. C. **Adaptação cultural e validação para o Brasil do instrumento Comply with post-exposure management among health care workers para profissionais de enfermagem**. 2014. 360 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

JEONG, D. J, Y.; KURCGANT, P. Fatores de insatisfação no trabalho segundo a percepção de enfermeiros de um hospital universitário. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 655-61, 2010.

JEX, S. M. et al. Challenges and recommendations in the measurement of workplace incivility. In: GREENBERG, J. (Ed.). **Insidious workplace behavior**. New York, NY: Taylor & Francis, 2010. p. 239-271.

JODAS, D. A.; HADDAD, M. C. H. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. **Acta Paul Enferm** 2009;22(2):192-7.

JOHNSON, S. L. International perspectives on workplace bullying among nurses: a review. **International Nursing Review**; v. 56, Issue 1; feb. 2009 <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2008.00679.x>

JOHNSON, P. R.; INDVIK, J. Slings and arrows of rudeness: incivility in the workplace. **Journal of Management Development**, Bradford, v. 20, n. 8, 705-13, 2001.

JOHNSON, S.; RHEA, R. Workplace bullying: Concerns for nurse leaders. **The Journal of Nursing Administration**, Hagerstown, v. 39, n. 2, p. 84-90, 2009.

KAREN, M. S. et al. Examining lateral violence in the nursing workforce. **Issues in Mental Health Nursing**, London, v. 28, n. 11, p. 1247-1265, 2007.

KENNY, D. A. **Measuring model Fit**, November 24, 2015. [acesso em novembro de 2018], <http://davidakenny.net/cm/fit.htm>

KERLINGER, F. N. **Metodologia da pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: EPU, 1979.

- KIM, K. H. The relation among fit indexes, power, and sample size in structural equation modeling. **Structural Equation Modeling**, Washington, v. 12, n. 3, p. 368-390, 2005.
- KIRCHHOF, A. L. C. O trabalho da enfermagem: análise e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 6, p. 669-73, 2003.
- KIVIMÄKI, M.; ELOVAINIO, M.; VAHTERA, J. Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. **Occupational and Environmental Medicine**, London, v. 57, n. 10, p. 656-60, 2000.
- KLINE, R. B. Principles and practice of structural equation modeling. 3rd ed. **The Guilford Press**: New York, London, 2010.
- KUBO, S. H.; GOUVÊA, M. A. Análise de fatores associados ao significado do trabalho. **Revista de Administração (São Paulo)**, v. 47, n. 4, p. 540-54, 2012.
- KURZ, R. A origem destrutiva do capitalismo: modernidade econômica encontra suas origens no armamentismo militar. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 30 mar.1997, caderno 5, p. 3.
- LAMBERT, V. A. et al. Workplace and personal factors associated with physical and mental health in hospital nurses in China. **Nursing and Health Sciences**, Carlton, v. 9, n. 2, p. 120-26, 2007.
- LAMBERT, V. A.; LAMBERT JR, C. E.; YAMASE, H. Psychological hardiness, workplace stress and related stress reduction strategies. **Nursing and Health Sciences**, Carlton, v. 5, n. 2, p. 181-84, 2003.
- LAFARGUE, P. **O direito à preguiça**. São Paulo: Hucitec, 1999.
- LARANJEIRAS, C. A. The effects of perceived stress and ways of coping in a sample of Portuguese health workers. Blackwell Publishing Ltd, **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 21, n. 11/12, p. 1755-62, June. 2011.
- LASCHINGER H. K. S.; GRAU A. L.; FINEGAN J.; WILK P. New graduate nurses' experiences of bullying and burnout in hospital settings. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 66, n. 12, p. 2732-42, Dec. 2010.
- LASCHINGER, H. K. S.; LEITER, M.; DAY, A.; GILIN, D. Workplace empowerment, menospresarnt, incivility, and burnout: impact on staff nurse recruitment and retention outcomes. **J Nurs Manag** 2009; 17 (3): 302-11.
- LASCHINGER, H. K. S., WONG, C. A., CUMMINGS, G. G., & GRAU, A. L. (2014). Resonant leadership and workplace empowerment: The value of positive organizational cultures in reducing workplace incivility. **Nursing Economics**, 32(1), 5-16.

LASCHINGER, H.K., WONG, C., REGAN, S., YOUNG-RITCHIE, C., & BUSHELL, P. (2013). Workplace incivility and new graduate nurse's mental health. **Journal of Nursing Administration**, 43(7e8), 415-421

LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraiasal and coping**. New York: Springer, 1984.

LEITER, M. P. et al. Getting beter and staying better: assessing civility, incivility, distress and job attitudes one year after a civility intervention. **Journal of Occupational Health Psychology**, Washington DC. v. 17, n. 4, p. 425-34, Oct. 2012.

LEWIS, P. S.; MALECHA, A. The impact of workplace incivility on the work environment, manager skill, and productivity. **The Journal of Nursing Administration**, Hagerstown, v. 41, n. 1, p. 41-7, Jan. 2011.

LIM, A.; BREIMAN, L.; CUTLE, A. Big Random Forests: Classification and Regression Forests for Large Data Sets. **Package 'bigrf' CRAN**; March 2013 Version 0.1-4. [acesso em julho 2018] <http://www2.uaem.mx/r-mirror/web/packages/bigrf/bigrf.pdf>

LIM S.; CORTINA L. M.; MAGLEY V. J. Personal and workgroup incivility: Impact on work and health outcomes. **Journal of Applied Psychology**, Washington Dc, v. 93, n. 1, p. 95-107, Jan. 2008.

LIM, S.; LEE, A. Work and nonwork outcomes of workplace incivility: Does family support help? **Journal of Occupational Health Psychology**, Washington DC, v. 16, n. 1, p. 95-111, Jan. 2011.

LIMA, D. B.; BRISOLA, E. M. A. Transformações no mundo do labor globalizado: uma análise crítica acerca dos impactos do taylorismo e do fordismo no trabalho. **Revista Ciências Humanas**, Taubaté, v. 7, n. 2, p. 155-71, jul/dez. 2014 .

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LONGO, J.; SHERMAN, R. O. **Leveling horizontal violence**. Nursing Management, **Chicago**, v. 38, n. 3, p. 34-7, Mar. 2007.

LOPES, R. D.; HARRINGTON, R. A. **Compreendendo a Pesquisa Clínica**. AMGH Editora, 2015, pag. 193-198. ISBN 8580554160,9788580554168

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira **Cadernos pagu** (24), janeiro-junho de 2005, pp.105-125.

LORENZ, V. R.; BENATTI, M. C. C.; SABINO, M. O. Burnout e estresse em enfermeiros de um hospital universitário de alta complexidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**; 18(6): [08 telas] nov-dez 2010. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_07

LUCENA P. L, C. Assédio moral no trabalho: estudo com membros do conselho de enfermagem acerca de processos éticos: **Dissertação de Mestrado**, João Pessoa, 2017 UFPB; 81f.

LUPARELL, S. Incivility in nursing: the connection between academia and clinical settings. **Critical Care Nurse**, Bridgewater, v. 31, n. 2, p. 92-5, Apr. 2011.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nursing Research**, New York, v. 35, n. 6, p. 382-385, Nov/Dec. 1986.

MACHADO, L. Z. Famílias e Individualismo: Tendências Contemporâneas no Brasil. **Revista Interfaces** (UFRJ), Botucatu-SP, v. 5, n.8, p. 11-26, 2002.

MACHADO, D. H.; OLIVEIRA, E. S.; LEMOS, W. R.; et al. Mercado de trabalho em enfermagem no âmbito do SUS: uma abordagem a partir da pesquisa Perfil de Enfermagem no Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro. N.56, P. 52-69, Dez. 2016.

MCKENNA, B. G.; SMITH, N. A.; POOLE, S. J.; COVERDALE, J. H. Horizontal violence: experiences of Registered Nurses in their first year of practice. **Journal of Advanced Nursing**, 42(1), 90-96, 2003.

MACNAMARA, S. A. Incivility in nursing: unsafe nurse, unsafe patients. **AORN Journal**, Thorofare, v. 95, n. 4, p. 535-40, 2012.

MCVICAR, A. Workplace stress in nursing: a literature review. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 44, n. 6, p. 633-42, 2003.

MAMMEN, B.; HILLS, D. J.; LAM, L. (2018). Newly qualified graduate nurses' experiences of workplace incivility in Australian hospital settings. **Collegian**, 9 pages. ELSEVIER. doi:10.1016/j.colegn.2018.08.003

MANEESRIWONGUL, W.; DIXON, J. K. Instrument translation process: a methods review. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 48, n. 2, p. 175-86, 2004.

MARANGONI, V. X. C.; BRAZ, M. V.; HASHIMOTO, F. Bullying e assédio moral no trabalho: expressões o narcisismo contemporâneo. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, 2016. Vol. 19, n. 2, p.255-268 – doi: 10.11606/issn.1981-0490.v19i2p255-268

MARCONDES, A. L. N.; DIAS, R. Características do *Bullying* como um Tipo de Assédio Moral nas Organizações. **Revista Pensamento Contemporâneo em Administração**. Rio de Janeiro, v.5, n. 1, Jan/Abr. 2011, 80-87. Acesso em 10/11/18, <http://www.redalyc.org/pdf/4417/4417428410>

MARTINEZ, M. C. **As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador**. 2002. 255 f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

MARTINS, G. A. Sobre confiabilidade e validade. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, São Paulo, v. 8, n. 20, p.1-12, 2006.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C.; PLATH, G. A. Satisfação e insatisfação entre auxiliares e técnicos de enfermagem de uma unidade de internação feminina de um hospital escola. **Ciencia y Enfermeria**, Concepción, v. 13, n. 1, p. 25-33, 2007.

MARX, K. **O Capital**. 14. ed. São Paulo: Difel, 1994. v.1.

MARX, K. **Contribuição à crítica da economia política**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

MENDES, N. M. Roma e o estigma da violência e crueldade. BUSTAMANTE, M. R. C.; MOURA, J. F. (Org.). **Violência na história**. Rio de Janeiro: Mauad X, 2009. p. 35-49.

METERKO, M., OSATUKE, K., MOHR, D., WARREN, N., & DYRENFORTH, S. (2007, Agosto). Civility: The development and psychometric assessment of a survey measure. In M. NAGY (Moderador), *Measuring workplace civility*. Do "nice" organizations finish first? Artigo apresentado na 67ª reunião anual da **Academy of Management**, Philadelphia.

MILANI, D. **"Obstacles to return-to-work questionnaire"**: adaptação cultural e avaliação das qualidades Psicométricas no Contexto Brasileiro. 2015. 217 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015.

MORAES, J. R. **Modelo de regressão logística binária**. Depto de Estatística – UFF. Nov. 2016. [acesso em nov. 2018] <http://www.estadisticacomr.uff.br/?p=598>

MOTA FALCÃO, D.; CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B. Translation and cultural adaptation of quality of life questionnaires: an evaluation of methodology. **Journal Rheumatology**, Toronto, v. 30, n. 2, p. 379-85, 2003.

NASCIMENTO, K. C. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 643-48, 2008.

NITZSCHE, M. (In)Civildade no trabalho: Escalas de Medida e Efeitos no Burnout e Engagement. **Dissertação** apresentada para obtenção do Grau de Mestre em psicologia especialidade em psicologia Clínica e de Aconselhamento. Lisboa, Dez/ 2016.

NOGUEIRA, R. P. O trabalho em Serviços de Saúde. In: BRASIL. Ministério da saúde. **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas de saúde do distrito sanitário** - Projeto GERUS. Brasília: Fundação Nacional de saúde, 1995. p. 241-244.

NUNNALLY, J. C.; BERNSTEIN, I. H. **Psychometric theory**. 3. ed. New York: McGraw-Hill, 1994.

OJA, K. J. (2017). Incivility and Professional Comportment in Critical Care Nurses. **AACN Advanced Critical Care**, 28(4), 345–350. doi:10.4037/aacnacc2017106

OLIVEIRA, R. M.; SILVA, L. M. S.; GUEDES, M. V. C.; OLIVEIRA, A. C. S.; SÁNCHEZ, R. G.; & TORRES, R. A. M. (2016). Analyzing the concept of disruptive behavior in healthcare work: an integrative review*. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 50(4), 695–704. doi:10.1590/s0080-623420160000500021

OSATUKE, K., MOORE, S. C., WARD, C., DYRENFORTH, S. R., & BELTON, L. (2009). Civility, respect, engagement in the workforce (CREW): Nationwide organization development intervention at Veterans Health Administration. **Journal of Applied Behavioral Science**, 45(3), 384-410. doi:10.1177/0021886309335067

PAGANI, R. N. Tecnização e civilização. **Revista Gestão Industrial**, Ponta Grossa, v. 2, n. 2, p. 1-33, 2006.

PARK, K.-O., & KIM, J. K. (2017). Experience of Incivility to Nursing Students during Clinical Practice. **Journal of Korean Academy of Nursing Administration**, 23(5), 524. doi:10.11111/jkana.2017.23.5.524

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida do Idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. **Dissertação de Mestrado em Medicina** na Universidade de São Paulo, 2000. <http://www.efdeportes.com/efd116/adaptacao-cultural-de-escalas-psicometricas.htm>

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 206-13, 1998.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, p. 992-99, 2009. Número especial.

PASQUALI, L. **Teoria dos testes na psicologia e na educação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

PASQUALI, L. Testes referentes a constructo: teoria e modelo de construção. in: PASQUALI, L. et al. **Instrumentação psicológica: fundamentação e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 165-198.

PASQUALI, L. Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 23, p. 99-107, 2007. Número especial.

PEARSON, C. M.; ANDERSSON L. M.; PORATH, C. L. Assessing and attacking workplace incivility. **Organizational Dynamics**, New York, v. 29, n. 2, p. 123-37, 2000. doi:10.1016/S0090-2616(00)00019-X

PEARSON, C. M.; ANDERSSON, L. M.; PORATH C. L. Workplace incivility. In: FOX S.; SPECTOR, P. E. (Ed.). **Counterproductive work behaviour: investigations of actors and targets**. Washington, DC: American Psychological Association, 2005. p. 177-200.

PEARSON, C. M.; PORATH, C. L. On the nature consequences as remedies of workplace incivility: No time for “nice”? thing again. **Academy of Management Executive**, New York, v. 19, n. 1, p. 7-18, 2005.

PELEGIRINO, F. M. et al. Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Brazilian-Portuguese version of the Duke Anticoagulation Satisfaction Scale (DASS). **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 21, n. 17/18, p. 2509-517, 2012.

PERES, A. M.; CIAMPONE, MH. T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 492-29, 2006.

PETERS, A. B. Faculty to faculty incivility: experiences of novice nurse faculty in academia. **Journal of Professional Nursing**, Philadelphia, v. 30, n. 3, p. 213-227, 2014.

PETERSON, R. S. **Tradução, adaptação cultural e validação para o uso no Brasil do instrumento de instabilidade no trabalho “Nurse-Work Instability Scale”**. 2016. 217 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

PHILLIPS, S. (1996). Labouring the emotions: expanding the remit of nursing work? **Journal of Advanced Nursing**, 24(1), 139–143. doi:10.1046/j.1365-2648.1996.17419.x

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998.

POLIT, D. F. Assessing measurement in health: beyond reliability and validity. **Int J Nurs Stud**. 2015 Nov;52(11):1746-53.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity index: are you sure know what's being reported? Critique and recommendations. **Research in Nursing & Health**, New York, v. 29, n. 5, p. 489-97, 2006.

PORATH, C.; PEARSON, C. The price of incivility lack of respect hurts morale – and the bottom line. **Harvard Business Review**, Boston, v. 91, n. 1/2, p. 114-21, 2013.

PORTER, S. A participant observation study of power relations between nurses and doctors in a general hospital. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 16, n. 6, p. 728-35, 1991.

PRESTES, F. C. et al. Prazer-sofrimento dos trabalhadores de enfermagem de um serviço de hemodiálise. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, 738-45, 2010.

PRUDÊNCIO, P. S. et al. Adaptation and validation of the Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care instrument among Brazilian pregnant women. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 704-10, 2013.

QUINE L. Workplace bullying in nurses. **Journal of Health Psychology**, London, v. 6, n. 1, p. 73-84, 2001.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Operationalizing the cross-cultural adaptation of epidemiological measurement instruments. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 665-73, 2007.

REIS, J. A. P. N. As relações entre *Burnout*, Incivildade no trabalho e absenteísmo em trabalhadores de *Call Centers*. **Dissertação** apresentada para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Lisboa, Portugal, Dezembro 2016, 224p.

RINGLE, C. M.; SILVA, D.; BIDO, D. Modelagem de Equações Estruturais com Utilização dos SmartPLS. **Revista Brasileira de Marketing**. Ed. Especial vol. 13, nº2, 54-7, maio/2014. DOI: 10.5585/remark.v13i2.2717

RIPPON, T. J. Aggression and violence in health care professions.2000. **Journal of Advanced Nursing**, Canadá; 31 (2), 452-460. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2000.01284.x

RISSARDO, M. P, GASPARINO, R. C. Exaustão emocional em enfermeiros de um hospital público. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, 2013 Jan-Mar; 17(1).

ROBAZZI, M. L. C. et al. Alterações na saúde decorrentes do excesso de trabalho entre trabalhadores da área da saúde. **Rev. Enferm. UERJ**; 20(4): 526-532, out-dez. 2012. Tab.

ROBERTS, S. J.; DEMARCO, R.; GRIFFIN, M. The effect of oppressed group behaviors on the culture of the nursing workplace: a review of the evidence and interventions for change. **Journal of Nursing Management**, Oxford, v. 17, n. 3, p. 288-93, 2009.

ROBERTSON, I. T.; COOPER, C. L.; WILLIAMS, J. The validity of the occupational stress indicator. **Work and Stress**, London, v. 4, n. 1, p. 29-39, 1990.

ROCHE, M. A. et al. Violence toward nurses the work environment, and patient outcomes. **Journal of Nursing Scholarship**, Indianapolis, v. 42, n. 1, p. 13-22, 2010.

RODRIGUES, P. F.; ÁLVARO, A. L. T.; RONDINA, R. Sofrimento no trabalho na visão de Dejours. **Revista Científica Eletrônica de Psicologia**, Garça, v. 4, n. 7, 2006. Disponível em: <http://www.faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/lh21p1iEajxIWcK_2013-5-10-15-30-2.pdf>. Acesso em: 10 out. 2018.

ROOKSTOOL, J. Understanding the concept of civility In:_____. **Fostering civility on campus**. Washington: American Association Community College, 2007. Chap 1. p. 1-16.

ROSENSTEIN, A. H.; O'DANIEL, M. Disruptive behavior and clinical outcomes: Perceptions of nurses and physicians. **American Journal of Nursing**, New York, v. 105, n. 1, p. 54-64, 2005.

ROWE, M. M.; SHERLOCK, H. Stress and verbal abuse in nursing: do burned out nurses eat their young? **Journal of Nursing Management**, Oxford, v. 13, n. 3, p. 242-48. 2005.

RUGIO, D. M. et al. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Social Work Research**, Washington, v. 27, n. 2, p. 94-105, 2003.

SANTOS, D. M. S. S. et al. Adaptação cultural e propriedades psicométricas iniciais do instrumento DISABKIDS® - Cystic Fibrosis Module – versão brasileira. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 6, p.1311-317, 2013.

SANTOS, D. M. S. S. **Validação do Instrumento DISABKIDS**: módulo fibrose cística para crianças e adolescentes brasileiros. 2013. 76 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

SALMOND, S. S. Evaluating the reliability and validity of measurement instruments. **Ortopaedic Nursing**: jan-feb 2008; vol. 27 Issue 1; p. 28-30 doi: 10.1097/01.NOR.0000310608.00743.54

SCHILPZAND, P.; PLATER, I. E.; EREZ, A. Workplace incivility: a review of the literature and agenda for future research. **Journal of Organizational Behavior**, Chichester, v. 37, S57-S88, 2014. Suplemento.

SCHMITZ, N.; NEUMANN, W.; OPPERMAN, R. Stress, burnout and locus of control in German nurses. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 37, n. 2, p. 95-9, 2000.

SCOLTES, V. A.; TERWEE, C. B.; POOLMAN, R. W. What makes a measurement instrument valid and reliable. **Injured**, Bristol, v. 42, n. 3, p. 236-240, 2011.

SHIMDT, S.; BULLINGER, M. Current issues in cross-cultural quality of life instrument development. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Philadelphia, v. 84, n. 4, p. S29-S34, 2003. Suplemento 2.

SILVA, B. M. et al. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n. 3, p. 442-448, 2006.

SILVA, M. G.; FERNANDES, J. D.; SOARES, T. C.; TEIXEIRA, G. A. S.; SILVA, R. M. O. Processo de formação do(a) enfermeiro(a) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. **Texto & Contexto Enferm.** 2010 Jan-Mar;19(1):176-84.

SMITH, L. M.; ANDRUSYSZYN, M. A.; LASCHINGER, H. K. S. Effects of workplace incivility and empowerment on newly graduated nurses organizational commitment. **Journal of Nursing Management**, Ontario, Canadá: 2010, 18, 1004–1015.

SIMONS, S. R.; MAWN, B. Bullying in the workplace: a qualitative study of newly licensed Registered Nurses. **AAOHN Journal**, Thorofare, v. 58, n. 7, p. 305-311, 2010.

SIROTA, T. A. Nurse/physician relationships: Improving or not? **Nursing 2007**: January 2007 – Volume 37 – Issue1 – p52-56.

SOARES, M. H.; VARGAS, D. Tradução e adaptação cultural da Management of Aggression And Violence Attitude Scale – MAVAS – em enfermeiros brasileiros. **Rev Esc Enferm USP** 2013; 47(4):899-90 DOI: 10.1590/S0080-623420130000400018

SOUZA, A.C.; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E.B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos; avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 26(3), 649-659, jul-set 2017. doi: 10.5123/S1679-49742017000300022

SOUSA, F. A. E. F.; SILVA, J. A. Prestígio Profissional do Enfermeiro: estimação de magnitudes e de categorias expandidas **Rev Latino-am Enfermagem** 2001 Novembro-Dezembro; 9(6):19-24 www.eerp.usp.br/rlaenf

SPECTOR, P. E.; JEX, S. M. Development of four self-report measures of job stressors and strain: interpersonal workload inventory, and physical symptoms Inventory. **Journal of Occupational Health Psychological Measurement**, Washington, v. 61, n. 4, p. 866-888, 2001.

SPENCE LASCHINGER, H. K.; LEITER, N.; DAY, A.; GILIN, D. Workplace empowerment, incivility, and burnout: impact on staff nurse recruitment and retention outcomes. **Journal of Nursing Management**, Oxford, v. 17, n. 3, p. 301-11, Apr. 2009.

STACCIARINI, T. S. G. **Adaptação e validação da escala para avaliar a capacidade de autocuidado Appraisal of Self Care Agency Scale-Revised para o Brasil**. 2012. 191 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

STACCIARINI, J. M. R.; TRÓCCOLI, B. T. Instrumento para mensurar o estresse ocupacional: inventário de estresse em enfermeiros (IEE). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 40-49, 2000.

STAGG, S.J., SHERIDAN, D., JONES, R., & SPERONI, K.G. (2011). Evaluation of a workplace bullying cognitive rehearsal program in a hospital setting. The **Journal of Continuing Education in Nursing**, 42(9), 395-401.

STANLEY, K. M. et al. Examining lateral violence in the nursing workforce. **Issues Mental Health Nursing**, London, v. 28, n. 11, p. 1247-265, 2007.

STREINER, D. L. Being inconsistent about consistency: when coeficiente alpha does and doesn't matter. **Journal of Personality Assessment**, Burbank, v. 80, n. 3, p. 217-22, 2003.

STREINER, D. L.; NORMAN, G. R. **Health measurement scales**: a practical guide to their development and use. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 1995.

SWAN, J. A.; MORAES, L. F. R.; COOPER, C. L. Developing the occupational stress indicator (OSI) for use in Brazil: a report on the reliability and validity of the translated OSI. **Stress Medicine**, Chichester, v. 9, n. 4, p. 247-53, 1993.

TEPPER, B. J. Consequences of abusive supervision. **Academy of Management Journal**, London, v. 43, n. 2, p. 178-90, 2000.

TERWEE, C. B. et al. Quality criteria werenproposed for measurement proprieties of health status questionnaires. **Journal of Clinical Epidemiology**, Oxford, v. 60, n.1, p. 34-42, 2007.

THOMAS, S. P.; BURK, R. Junior nursing students" experiences of vertical violence during clinical rotations. **Nursing Outlook**; volume 57; n. 4; 226-231, 2009.

TWALE, D. J.; DE LUCA, B. M. (2008). **Faculty incivility**: The rise of the academic bully culture and what to do about it. San Francisco. CA: Jossey-Bass.

VALENTINI, F.; DAMASIO, B Variância média extraída e confiabilidade composta: Indicadores de precisão. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 32, n. 2, p.1-7, 2016.

VALIM, M. D. **Avaliação cultural e validação do questionnaires for knowledge and compliance with standard precaution para enfermeiros brasileiros**. 2014. 220 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

VERSA, G. L. G. S.; MATSUDA, L. M. Satisfação profissional da equipe de enfermagem intensivista de um hospital de ensino. **Rev. Enferm. UERJ**; 22(3): 409-415, mai-jun. 2014.tab.

VESSEY, J. A.; DEMARCO, R. F.; DIFAZIO, R. Bullying, harassment, and horizontal violence in the nursing workforce: The state of the science. **Annual Review of Nursing Research**, New York, v. 28, n. 1, p. 133-57, 2011.

VIANA, H. D.; MADRUGA, V. A. Diretrizes para adaptação cultural de escalas psicométricas. **Revista Digital** - Buenos Aires - Año 12 - N° 116 - Enero de 2008.
<http://www.efdeportes.com/efd116/adaptacao-cultural-de-escalas-psicometricas.htm>

VICKERS, M. H. Writing what's relevant: Workplace Incivility in public administration – a wolf in sheep's clothing. **Administrative Theory & Praxis**, Harvard, v. 28, n. 1, p. 69-88, 2006.

VIEIRA, W. **Homo sapiens pacificus**. 3. ed. Foz do Iguaçu: CEAEC, 2007.

WEISSHEIMER, A. M. **Tradução, adaptação transcultural e validação para uso no Brasil do instrumento *Prenatal Psychosocial Profile***. 2007. 133 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

WILSON, B. L. et al. The impact of horizontal hostility in the Hospital Setting and intent to Leave. **Journal of Nursing Administration**, Hagerstown, v. 41, n. 11, p. 453-58, 2011.

WING, T.; REGAN, S.; LASCHINGER, H. K. S. The influence of empowerment and incivility on the mental health of new graduate nurses. **Journal of Nursing Management** 23 (5) Nov 2013 · DOI: 10.1111/jonm.12190

WOELFLE, C. Y.; MCCAFFREY, R. Nurse on nurse. **Nursing Forum**, Hillsdale, v. 42, n. 3, p. 123-31, 2007.

ZANETTI, A. C. Q. **Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa do Family Questionnaire (FQ) para avaliação do ambiente familiar de pacientes com esquizofrenia**. 2010. 126 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

ZAPF, D.; GROSS, C. Conflict escalation and coping with workplace bullying: a replication and extension. **European Journal of Work and Organizational Psychology**, London, v. 10, n. 4, p. 497-522, 2001.

Apêndices

APÊNDICE A

T1

ESCALA DE INCIVILIDADE EM ENFERMAGEM - NIS ORIGINAL

INSTRUÇÕES PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO: Cada afirmação é avaliada em uma escala tipo Likert de cinco pontos, variando de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente).

AS SUBESCALAS SÃO:

HC = clima hostil,
IJ = piadas/brincadeiras inapropriadas,
IB = comportamento imprudente/inconveniente,
GR = fofoca/boatos,
FR = Free-Riding,
AS = abusos na supervisão,
LR = falta de respeito e
DF = demonstração de frustração.

Os escores devem ser agrupados em nível da subescala. Para obter o escore da subescala, deve-se calcular a média a partir da soma das pontuações atribuídas a cada item (por exemplo, o escore agrupado da subescala Clima Hostil de enfermeiros) para extrair informações mais específicas para o direcionamento de intervenções. O escore agrupado para cada fonte de incivilidade (por exemplo, escore agrupado da incivilidade de médicos) pode ser apropriado para a compreensão da incivilidade específica de cada fonte.

INSTRUÇÕES PARA O PARTICIPANTE: Por favor, diga-nos sobre o tipo de interação que mantém com as pessoas com as quais se relaciona no seu trabalho. As afirmações a seguir descrevem comportamentos que às vezes ocorrem no local de trabalho. Por favor, indique o seu nível de concordância com cada uma das afirmações, escolhendo o número que melhor represente a sua atual realidade no trabalho.

- 1 = discordo totalmente
- 2 = discordo
- 3 = nem concordo nem discordo
- 4 = concordo
- 5 = concordo totalmente

Para os seguintes itens, por favor, considere **todas as pessoas** com as quais você interage no trabalho, incluindo médicos e outros enfermeiros ou trabalhadores do hospital.

1 HC Os funcionários do hospital elevam a voz quando se sentem frustrados. ()

2 HC As pessoas culpam os outros por seus erros ou transgressões. ()

3 HC Divergências básicas transformam-se em ataques verbais a outros trabalhadores. ()

4 IJ As pessoas fazem piadas sobre grupos minoritários. ()

5IJ As pessoas fazem piadas sobre grupos religiosos. ()

6 IJ Os funcionários fazem comentários inadequados sobre a raça ou sexualidade dos outros. ()

7IB Algumas pessoas levam as coisas sem pedir. ()

8 IB Os funcionários não mantêm um nível de ruído adequado (por exemplo, falando muito alto). ()

9 IB Os funcionários exibem uma linguagem corporal ofensiva (por exemplo, braços cruzados, postura corporal). ()

As seguintes afirmações descrevem suas interações com outros **enfermeiros**.
Outros enfermeiros na minha unidade...

1 HC... discutem uns com os outros com frequência. ()

2 HC... tem explosões de raiva ou discussões acaloradas no local de trabalho. ()

3 HC... gritam com outros funcionários. ()

4 GR... fazem fofoca sobre os outros. ()

5 GR... fazem fofoca sobre seu supervisor no trabalho. ()

6 GR... falam mal de outros no local de trabalho. ()

7 GR... espalham boatos maldosos. ()

8 FR... contribuem pouco para um projeto, mas esperam receber créditos por trabalharem nele. ()

9 FR... reivindicam crédito pelo meu trabalho. ()

10 FR... assumem crédito por trabalhos que não realizaram. ()

Por favor, pense sobre suas interações com o seu **supervisor direto** (ou seja, a pessoa à qual você se dirige mais frequentemente) e indique quão fortemente você concorda com as seguintes afirmações.

Meu supervisor direto...

-
- 1 AS... é verbalmente abusivo. ()
- 2 AS.... grita comigo sobre assuntos que não são importantes. ()
- 3 AS.... grita ou berra comigo por cometer erros. ()
- 4 AS.... descarrega em mim seus sentimentos (por exemplo, estresse, raiva,). ()
- 5LR... ...não responde às minhas preocupações em tempo hábil. ()
- 6LR..... é condescendente comigo. ()
- 7LR... considera fofocas e informações pessoais em decisões sobre os funcionários.

Esta seção refere-se aos **médicos** com os quais você trabalha. Por favor, indique o seu nível de concordância com os seguintes itens.

-
- 1 AS Alguns médicos são verbalmente abusivos. ()
- 2 AS Os médicos gritam com os enfermeiros sobre assuntos que não são importantes. ()
- 3 AS Os médicos gritam ou berram comigo por cometer erros. ()
- 4AS Os médicos descarregaram seus sentimentos em mim (por exemplo, estresse, raiva). ()
- 5LR Os médicos não respondem às minhas preocupações em tempo hábil. ()
- 6 LR Sou tratado(a) como se meu tempo não fosse importante. ()
- 7 LR Os médicos são condescendentes comigo. ()

Por favor, reflita sobre suas interações com os **pacientes** , sua **família e visitantes** e indique em que medida você concorda com as seguintes afirmações.

Pacientes/visitantes...

-
- 1 LR... não confiam nas informações que lhes dou e pedem para falar com alguém de autoridade superior. ()
- 2 LR... são condescendentes comigo. ()

3 LR... fazem comentários que questionam a competência dos enfermeiros. ()

4 LR... criticam meu desempenho no trabalho. ()

5 LR... dirigem ataques verbais pessoais contra mim. ()

6 LR... apresentam exigências irracionais. ()

7 DF... descarregam suas frustrações nos enfermeiros. ()

8 DF... fazem comentários ofensivos aos enfermeiros. ()

9 DF... tratam enfermeiros como se fossem inferiores ou estúpidos. ()

10 DF... mostram que estão irritados ou impacientes. ()

APENDICE B

T2

ESCALA DE INCIVILIDADE NA ENFERMAGEM

INSTRUÇÕES PARA O APLICADOR: Cada item é avaliado de acordo com a escala tipo Likert, cuja pontuação varia entre 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente). As sub escalas são:

CH = Clima Hostil,

PD = Piadas Desagradáveis,

FC = Falta de Consideração,

FI = Fofoca/Indiscrição,

P = Parasitismo,

SA = Supervisão Abusiva,

FR = Falta de Respeito, e

RDF = Raiva Deslocada e Frustração.

As pontuações devem ser totalizadas nas sub escalas. Para calcular os pontos das sub escalas, deve-se tirar a média da soma dos pontos de cada item (ex: pontuação do item *Clima Hostil no trabalho de enfermagem*) a fim de obter informações mais específicas objetivando futuras intervenções. A pontuação total no nível fonte (ex: pontuação total da Incivilidade do Médico) pode ser utilizada para entender a incivilidade de fontes específicas.

INSTRUÇÕES PARA O PARTICIPANTE: Por favor, nos conte sobre o tipo de interações que você tem com as pessoas com quem convive no trabalho. As seguintes frases descrevem comportamentos que podem ocorrer no ambiente de trabalho. Indique o quanto concorda ou discorda em relação a cada item usando o número que mais representa sua atual situação no trabalho.

1 = Discordo Totalmente

2 = Discordo

3 = Não concordo nem discordo

4 = Concordo

5 = Concordo Totalmente

Para responder as questões abaixo, considere **todas as pessoas** com quem você interage no ambiente de trabalho, incluindo médicos, outros enfermeiros ou funcionários do hospital.

- 1 CH Funcionários do hospital “levantam a voz” quando se sentem frustrados. ()
 - 2 CH As pessoas culpam os outros por seus erros ou quando infringem normas. ()
 - 3 CH Pequenas discussões se transformam em ataques pessoais verbais contra outros funcionários. ()
 - 4 PD As pessoas fazem piadas sobre grupos de minorias. ()
 - 5 PD As pessoas fazem piadas sobre grupos religiosos. ()
 - 6 PD Funcionários fazem comentários desagradáveis sobre raça ou gênero de pessoas. ()
 - 7 FC Algumas pessoas pegam “coisas”/objetos sem autorização. ()
 - 8 FC Funcionários não respeitam o nível adequado de barulho (ex: falam muito alto). ()
 - 9 FC Funcionários utilizam linguagem corporal ofensiva (ex: braços cruzados, má postura em geral). ()
-

As seguintes questões descrevem o seu relacionamento com outros **enfermeiros**.
Os outros enfermeiros no meu local de trabalho...

- 1 CH . . . frequentemente discutem entre si. ()
 - 2 CH . . . tem surtos violentos ou discussões acaloradas no ambiente de trabalho. ()
 - 3 CH . . . gritam com outros funcionários. ()
 - 4 FI . . . fazem fofoca sobre os outros. ()
 - 5 FI . . . fazem fofoca sobre seus supervisores de trabalho. ()
 - 6 FI . . . falam mal dos outros no ambiente de trabalho. ()
 - 7 FI . . . espalham boatos maldosos no ambiente de trabalho. ()
 - 8 P . . . contribuem pouco para o desenvolvimento de projetos, mas esperam receber reconhecimento por trabalharem neles. ()
 - 9 P . . . alegam ter crédito em trabalhos realizados por mim. ()
 - 10 P . . . levam crédito por trabalhos que não fizeram. ()
-

Pense em seu relacionamento com seu **supervisor direto** (ex: a pessoa a quem você frequentemente dá satisfação) e indique o quanto você concorda com as seguintes questões. Meu supervisor direto...

1 SA . . . é verbalmente abusivo. ()

2 SA . . . grita comigo sobre assuntos que não são importantes. ()

3 SA . . . grita comigo ou me repreende quando cometo erros. ()

4 SA . . . desconta seus sentimentos em mim. (ex: estresse, raiva, perdendo a compostura). ()

5 FR . . . não responde às minhas preocupações no momento adequado. ()

6 FR . . . é condescendente comigo. ()

7 FR . . . inclui fofocas e informações pessoais em decisões pertinentes aos funcionários. ()

Esta parte se refere aos **médicos** com quem você trabalha. Indique até que ponto você concorda com os seguintes itens.

1 SA Alguns médicos são verbalmente abusivos. ()

2 SA Os médicos gritam com os enfermeiros sobre assuntos que não são importantes. ()

3 SA Os médicos gritam comigo ou me repreendem quando cometo erros. ()

4 SA Os médicos descontam seus sentimentos em mim. (ex: estresse, raiva, perdendo a compostura). ()

5 FR Os médicos não respondem às minhas preocupações no momento adequado. ()

6 FR Sou tratado como se meu tempo não fosse importante. ()

7 FR Os médicos são condescendentes comigo. ()

Refleta sobre os relacionamentos com **pacientes** que você cuida e seus **familiares e visitantes**, e indique até que ponto você concorda com as seguintes questões. Pacientes/visitantes...

1 FR . . . não confiam nas informações dadas por mim e pedem para falar com meu superior. ()

2 FR . . . são condescendentes comigo. ()

3 FR . . . fazem comentários que questionam a competência da enfermagem. ()

4 FR . . . criticam meu desempenho no trabalho. ()

5 FR . . . fazem ataques verbais contra mim. ()

6 FR . . . fazem exigências insensatas. ()

7 RDF . . . descontaram suas frustrações nos enfermeiros. ()

8 RDF . . . insultam os enfermeiros. ()

9 RDF . . . tratam os enfermeiros como se fossem inferiores ou estúpidos. ()

10 RDF . . . demonstram irritabilidade e impaciência. ()

APÊNDICE C

CP1

ESCALA DE INCIVILIDADE EM ENFERMAGEM – SÍNTESE

Instruções para aplicador: Cada afirmação é avaliada em uma escala tipo Likert de cinco pontos, variando de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente).

AS SUBESCALAS SÃO:

CH = Clima Hostil;
PI = Piadas Inapropriadas;
FC = Falta de Consideração
FB = Fofocas /boatos;
P = Parasitismo;
SA = Supervisão Abusiva;
FR = Falta de Respeito;
RDF = Raiva Deslocada e Frustração

As pontuações devem ser totalizadas nas subescalas. Para obter o escore da subescala, deve-se calcular a média a partir da soma das pontuações atribuídas a cada item (ex. o escore agrupado da subescala Clima Hostil de enfermeiros) a fim de obter informações mais específicas para o direcionamento de intervenções. O escore agrupado de cada fonte de incivilidade (ex. escore agrupado de incivilidade do médico) pode ser utilizado para entender a incivilidade de fontes específicas.

INSTRUÇÕES PARA O PARTICIPANTE:

Por favor, diga-nos sobre o tipo de interações que você tem com as pessoas com as quais você se relaciona no seu trabalho. As seguintes frases descrevem comportamentos que podem ocorrer no ambiente de trabalho. Por favor indique o seu nível de concordância em relação a cada uma das afirmações, usando o número que melhor representa sua atual realidade no trabalho.

- 1 = Discordo Totalmente
- 2 = Discordo
- 3 = Nem concordo nem discordo
- 4 = Concordo
- 5 = Concordo Totalmente

Para responder as questões abaixo, por favor, considere **todas as pessoas** com quem você interage no ambiente de trabalho, incluindo médicos, outros enfermeiros ou trabalhadores do hospital.

- 1 CH Os funcionários do hospital “levantam a voz” quando se sentem frustrados ()
- 2 CH As pessoas culpam os outros por seus erros ou transgressões ()

- 3 CH Pequenas discussões se transformam em ataques pessoais verbais contra outros funcionários ()
- 4 PI As pessoas fazem piadas sobre grupos minoritários ()
- 5 PI As pessoas fazem piadas sobre grupos religiosos ()
- 6 PI Os funcionários fazem comentários desagradáveis sobre raça ou gênero das pessoas ()
- 7 FC Algumas pessoas pegam “coisas” sem pedir ()
- 8 FC Os funcionários não respeitam o nível adequado de ruído (ex. falam muito alto) ()
- 9 FC Os funcionários utilizam uma linguagem corporal ofensiva (ex. braços cruzados, má postura em geral) ()
-

As seguintes afirmações descrevem o seu relacionamento com outros **enfermeiros**.
Os outros enfermeiros na minha unidade...

- 1 CH . . . frequentemente discutem entre si. ()
- 2 CH . . . tem explosões de raiva ou discussões acaloradas no ambiente de trabalho ()
- 3 CH . . . gritam com outros funcionários ()
- 4 FB . . . fazem fofoca sobre os outros ()
- 5 FB . . . fazem fofoca sobre seu supervisor no trabalho ()
- 6 FB . . . falam mal dos outros no ambiente de trabalho ()
- 7 FB . . . espalham boatos maldosos no ambiente de trabalho ()
- 8 P . . . contribuem pouco para um projeto, mas esperam receber créditos por trabalharem nele ()
- 9 P . . . reivindicam crédito pelo meu trabalho ()
- 10 P . . . assumem crédito por trabalhos que não realizaram ()
-

Por favor, pense sobre seu relacionamento com seu **supervisor direto** (ex. a pessoa a quem você frequentemente dá satisfação) e indique quão fortemente você concorda com as seguintes questões.

Meu supervisor direto...

- 1 SA . . . é verbalmente abusivo ()
- 2 SA . . . grita comigo sobre assuntos que não são importantes ()
- 3 SA . . . grita comigo e me repreende por cometer erros ()
- 4 SA . . . descarrega em mim seus sentimentos (ex. estresse, raiva, perdendo a compostura) ()

5 FR . . . não reponde as minha preocupações em tempo hábil ()

6 FR . . . é condescendente comigo ()

7 FR . . . considera fofocas e informações pessoais em decisões sobre os funcionários ()

Esta seção refere-se aos **médicos** com os quais você trabalha. Por favor, indique até que ponto você concorda com os seguintes itens.

1 SA Alguns médicos são verbalmente abusivos ()

2 SA Os médicos gritam com os enfermeiros sobre assuntos que não são importantes ()

3 SA Os médicos gritam ou me repreendem quando cometo erros ()

4 SA Os médicos descontam seus sentimentos em mim (ex. estresse, raiva, perdendo a compostura) ()

5 FR Os médicos não respondem as minhas preocupações em tempo hábil ()

6 FR Sou tratado como se meu tempo não fosse importante ()

7 FR Os médicos são condescendentes comigo ()

Por favor reflita sobre as suas interações com **os pacientes** que você cuida e seus **familiares e visitantes** e indique até que ponto você concorda com as seguintes afirmações.

Pacientes/ visitantes...

1 FR . . . não confiam nas informações que lhes dou e pedem pra falar com meu superior ()

2 FR . . . são condescendentes comigo ()

3 FR . . . fazem comentários que questionam a competência dos enfermeiros ()

4 FR . . . criticam meu desempenho no trabalho ()

5 FR . . . fazem ataques verbais contra mim ()

6 FR . . . fazem exigências irracionais ()

7 RDF . . . descarregam suas frustrações nos enfermeiros ()

8 RDF . . . fazem comentários que insultam os enfermeiros ()

9 RDF . . . tratam os enfermeiros como se fossem inferiores ou estúpidos ()

10 RDF . . . demonstram irritabilidade e impaciência ()

APÊNDICE D

RT1

NURSING INCIVILITY SCALE – SYNTHESIS

Test administrator instructions: each statement is evaluated on a five-point Likert scale varying from

1 (complete disagreement) to 5 (complete agreement).

THE SUBSCALES ARE:

HA = Hostile Atmosphere

IJ = Inappropriate Jokes

LC = Lack of Consideration

GR = Gossip/Rumors

PB = Parasitic Behavior

AS = Abusive Supervision

LR = Lack of Respect

MAF = Misdirected Anger and Frustration

The scores should be totaled according to subscale. To obtain the score for each subscale, the mean should be calculated from the points attributed to each item (e.g. the group score from the nurse Hostile Climate subscale) to obtain more specific information for future interventions. The group score for each source of incivility (e.g. the group score for physician incivility) can be used to understand incivility from specific sources.

PARTICIPANT INSTRUCTIONS:

Please tell us about the type of interactions you have with the people at work. The following phrases describe behaviors that can occur in the work environment. Please indicate your level of agreement with each of the statements, using the number that best represents your current work environment.

1= Totally Disagree

2 = Disagree

3 = Neither agree nor disagree

4 = Agree

5 = Totally agree

1 HA Hospital staff “raise their voice” when they feel frustrated ()

2 HA People blame others for their mistakes or misbehavior ()

3 HA Small disagreements are transformed into personal verbal attacks against other staff ()

- 4 IJ People make jokes about minority groups ()
 - 5 IJ People make jokes about religious groups ()
 - 6 IJ The staff make unpleasant comments about race or gender ()
 - 7 LC Some people take "things" without asking ()
 - 8 LC The staff do not respect adequate noise levels (e.g. they speak too loudly) ()
 - 9 LC The staff use offensive body language (e.g. crossed arms, bad posture in general) ()
-

The following statements describe your interaction with other **nurses**.
The other nurses in my unit...

- 1 HA . . . argue with each other frequently
 - 2 HA ...have outbursts of anger or heated discussions in the work environment ()
 - 3 HA ...yell at other staff members ()
 - 4 GR ...gossip about others ()
 - 5 GR ...gossip about their supervisor at work ()
 - 6 GR ...speak ill of others in the work environment ()
 - 7 GR ...spread ugly rumors in the work environment ()
 - 8 P ...contribute little to a project, but expect to receive credit for working on it ()
 - 9 P ...claim credit for my work ()
 - 10 P ...take credit for work they did not do ()
-

Please think about your relations with your **direct supervisor** (e.g. the person you frequently answer to) and indicate how strongly you agree with the following questions.
My direct supervisor...

- 1 AS ...is verbally abusive ()
 - 2 AS ...yells at me over unimportant things ()
 - 3 AS ...yells at me and reprimands me for making mistakes ()
 - 4 AS ...vents his frustrations on me (e.g. stress, anger, losing his composure) ()
 - 5 LR...does not respond to my concerns in an appropriate amount of time ()
 - 6 LR ...is condescending to me ()
 - 7 LR ...considers gossip and personal information in staff decisions ()
-

This section refers to the **physicians** you work with. Please indicate to what degree you agree with the following items.

- 1 AS Some physicians are verbally abusive ()
 - 2 AS Physicians yell at nurses over unimportant things ()
 - 3 AS Physicians yell at me or reprimand me when I make mistakes ()
 - 4 AS Physicians vent their frustrations on me (e.g. stress, anger, losing their composure) ()
 - 5 AS Physicians do not respond to my concerns in an appropriate amount of time ()
 - 6 LR I am treated as if my time is not important ()
 - 7 LR Physicians are condescending to me ()
-

Please reflect on your interactions with the **patients** you take care of and their **families and visitors** and indicate to what degree you agree with the following statements.
Patients/visitors...

- 1 LR ...do not trust the information I give them and ask to speak to my supervisor ()
 - 2 LR ...are condescending to me ()
 - 3 LR ...make comments that question the competence of nurses ()
 - 4 LR ...criticize my work performance ()
 - 5 LR ...verbally attack me ()
 - 6 LR ...make irrational demands ()
 - 7 MAF...vent their frustrations on nurses ()
 - 8 MAF ...make insulting comments to nurses ()
 - 9 MAF ...treat nurses as if they were inferior or stupid ()
 - 10 MAF ...show irritability and impatience ()
-

APÊNDICE E

RT2

NURSING INCIVILITY SCALE - SYNTHESIS

Instructions for Application: Each statement is rated on a five-point Likert scale, ranging from:

1 (totally disagree) to 5 (totally agree).

THE SUBSCALES ARE:

HC = Hostile Climate;

IJ = Inappropriate Jokes;

LC = Lack of Consideration;

GR = Gossip / Rumors;

PA = Parasitic Activity;

AS = Abusive Supervision;

LR = Lack of Respect;

DAF = Displaced Anger and Frustration;

The subscales need to be totaled. In order to obtain the subscale score, calculate the mean from the sum of the scores attributed to each item (e.g. the total score of the Hostile Climatic, Subscale of Nurses). This will enable us to obtain specific information that can be helpful in targeting future interventions. The combined score of each source of incivility (e.g. Cluster score of Physician incivility) can be used to understand the incivility of specific sources.

INSTRUCTIONS FOR THE PARTICIPANT:

Please tell us about the interactions you have with people at your work. The following sentences are in reference to behaviors that may occur at work. Please indicate your level of agreement for each of these statements, using the number that best represents your current reality.

1 = Strongly Disagree

2 = Disagree

3 = Neither agree nor disagree

4 = Agree

5 = Totally Agree

In answering the questions below, please consider **the people** with whom you interact in the workplace, including physicians, other nurses, or hospital workers.

1 HC Hospital staff "raise their voices" when they feel frustrated ()

2 HC People blame others for their mistakes or transgressions ()

- 3 HC Small discussions turn into verbal attacks against other employees ()
- 4 IJ People make jokes about minority groups ()
- 5 IJ People make jokes about religious groups ()
- 6 IJ Employees make unpleasant comments about race or gender ()
- 7 LC Some people take "things" without asking ()
- 8 LC Employees do not respect appropriate noise levels (e.g. speaking too loudly) ()
- 9 LC Employees use inappropriate body language (e.g. crossed arms, inappropriate posture) ()

The following statements describe your relationship with other **nurses**.
The other nurses in my unit ...

- 1 HC . . . argue with each other frequently.()
- 2 HC . . .Have angry outbursts or heated discussions in the workplace ()
- 3 HC . . .Shout at other employees ()
- 4 GR . . .Gossip about each other ()
- 5 GR . . .Gossip about the supervisor at work ()
- 6 GR . . .Speak ill of others in the workplace ()
- 7 GR . . .Spread malicious rumors in the workplace ()
- 8 PA . . .Contribute little to a project, but expect credit for working on it ()
- 9 PA . . .Claim credit for others' work ()
- 10 PA . . .Take credit for jobs they did not do ()

Please think about your relationship with your **direct supervisor** (e.g. the person to whom you report and answer to) and indicate how strongly you agree to the following questions.
My direct supervisor ...

- 1 AS . . .Is verbally abusive ()
- 2 AS . . .Raises their voice with me about things that are not important ()
- 3 AS . . .Raises their voice with me and reprimands me for making mistakes ()
- 4 AS . . .Vents their feelings on me (e.g. stress, anger, losing composure) ()
- 5 GR . . .Does not answer my concerns in a timely manner ()
- 6 GR . . .Is condescending ()
- 7 GR . . .Considers gossip and personal information in decisions about employees ()

This section refers to the **physicians** you work with. Please indicate how much you agree with the following items.

- 1 AS Some physicians are verbally abusive ()
- 2 AS Physicians shout at nurses about issues that are not important ()

3 AS Physicians scream at or reprimand me when I make mistakes ()

4 AS Physicians vent their feelings on me (ex. Stress, anger, losing their composure) ()

5 GR Physicians do not respond to my concerns in a timely manner ()

6 GR I am treated like my time was not important ()

7 GR Physicians are patronizing to me ()

Please reflect on your interactions with the **patients** you care for and **their family members** and **visitors**. Indicate to what extent you agree to the following statements:
Patients / Visitors ...

1 LR . . . Do not trust the information I give them and ask to speak to my supervisor ()

2 LR . . .Are patronizing to me ()

3 LR . . Make comments that question the competence of nurses ()

4 LR . . Criticize my performance at work ()

5 LR . . .Verbally attack me ()

6 LR . . .Make irrational demands ()

7 DAF . . .Vent their frustrations on nurses ()

8 DAF . . .Make comments that insult nurses ()

9 DAF . . .Treat nurses as if they were inferior or stupid ()

10 DAF . . . Act irritability and impatient ()

APÊNDICE F

RT3 FINAL

NURSING INCIVILITY SCALE - SYNTHESIS

Instructions for Application/ Test administrator instructions: Each statement is rated is evaluated / on a five-point Likert scale, ranging from:

1 (totally/ complete disagree) to 5 (totally/ complete agree).

The subscales are:

HC = Hostile Climate/ Atmosphere;

IJ = Inappropriate Jokes;

LC = Lack of Consideration;

GR = Gossip / Rumors;

PA = Parasitic Activity/ Behavior;

AS = Abusive Supervision;

LR = Lack of Respect;

DAF = Displaced Misdirected Anger and Frustration;

Como sugiro:

The scores should be totaled according to subscale. To obtain the score for each subscale, calculate the mean from the sum of scores attributed item (e.g. the group score from the nurse Hostile Climate subscale). The will enable us to obtain specific information that can be helpful in targeting future interventions. The group score for each source of incivility (e.g. the group score for physician incivility) can be used to understand incivility from specific sources.

Participant instructions:

Please tell us about the interactions you have with people at your work. The following sentences are in reference to behaviors that may occur at work. Please indicate your level of agreement for each of these statements, using the number that best represents your current reality

1 = Totally Disagree

2 = Disagree

3 = Neither agree nor disagree

4 = Agree

5 = Totally Agree

To answer the questions below, please consider all of the people with whom you interact in the workplace, including physicians, other nurses or hospital workers.

1 HC Hospital staff "raise their voices" when they feel frustrated ()

2 HC People blame others for their mistakes or transgressions ()

3 HC Small discussions turn into verbal attacks against other employees ()

4 IJ People make jokes about minority groups ()

5 IJ People make jokes about religious groups ()

6 IJ Employees/ The staff make unpleasant comments about race or gender ()

7 LC Some people take "things" without asking ()

8 LC The staff do not respect adequate noise levels (e.g. they speak too loudly)

9 LC The staff use offensive body language (e.g. crossed arms, inappropriate posture/ bad posture in general) ()

The following statements describe your relationship with other **nurses**.

The other nurses in my unit ...

- 1 HC . . . argue with each other frequently.()
- 2 HC . . .Have angry outbursts or heated discussions in the work environment ()
- 3 HC . . .Shout at other employees ()
- 4 GR . . .Gossip about each other ()
- 5 GR . . .Gossip about their supervisor at work ()
- 6 GR . . .Speak ill of others in the environment ()
- 7 GR . . .Spread bad rumors around here ()
- 8 PA . . .Contribute little to a project, but expect credit for working on it ()
- 9 PA . . .Claim credit for my work ()
- 10 PA . . .Take credit for work they did not do ()

Please think about your relations with your **direct supervisor** (ee.g. the person you frequently answer to) and indicate how strongly you agree to the following questions.

My direct supervisor ...

- 1 AS . . .Is verbally abusive ()
- 2 AS . . .yells at me over unimportant things ()
- 3 AS . . .yells at and reprimands me for making mistakes ()
- 4 AS . . .Vents their feelings on me (e.g. stress, anger, losing/ his composure) ()
- 5 GR . . . does not respond to my concerns in an appropriate amount of time ()
- 6 GR . . .Is condescending/ to me ()
- 7 GR . . .Considers gossip and personal information in decisions about employees ()

This section refers to the **physicians** you work with. Please indicate how much you agree/ to what degree you agree with the following items.

- 1 AS Some physicians are verbally abusive ()
- 2 AS Physicians shout at nurses about issues that are not important ()
- 3 AS Physicians yell at me or reprimand me when I make mistakes ()
- 4 AS Physicians vent their feelings on me (ex. Stress, anger, losing their composure) ()
- 5 GR Physicians do not respond to my concerns in a timely manner ()
- 6 GR I am treated like my time is not important ()
- 7 GR Physicians are condescending to me ()

Please reflect on your interactions with the **patients** you care for and **their family members** and **visitors**. Indicate to what extent degree you agree with the following statements:

Patients / Visitors ...

- 1 LR . . . Do not trust the information I give them and ask to speak to my supervisor ()
- 2 LR . . .Are condescending to me ()
- 3 LR . . .Make comments that question the competence of nurses ()
- 4 LR . . .Criticize my work performance ()
- 5 LR . . .Verbally attack me ()
- 6 LR . . .Make irrational demands ()
- 7 DAF . . .Vent their frustrations on nurses ()
- 8 DAF . . .Make insulting comments to nurses ()
- 9 DAF . . .Treat nurses as if they were inferior or stupid ()
- 10 DAF . . . show irritability and impatient ()

APÊNDICE G

INSTRUMENTO PARA REALIZAÇÃO DA ETAPA DOS JUÍZES

Londrina, 18 de maio de 2017.

Ilma Sr^a

Prezado(a) Senhor(a),

Gostaria de convidá-lo(a) a participar na qualidade de juiz/especialista da avaliação de equivalências, que constitui parte do desenvolvimento projeto de pesquisa “**Tradução, adaptação cultural e validação para o uso no Brasil da Nursing Incivility Scale – NIS**”, que tem como objetivo principal adaptá-lo culturalmente para a língua portuguesa falada no Brasil e avaliar sua validade em enfermeiros brasileiros.

O estudo é parte do Projeto de Doutorado desenvolvido no Programa de Pós Graduação Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP).

O NIS foi desenvolvido para avaliar a presença de comportamentos de Incividade entre enfermeiros e diferentes colegas de trabalhos (supervisores, médicos e outros enfermeiros) e ainda entre enfermeiros e pacientes e/ou acompanhantes ou familiares dos pacientes.

A escala está sendo traduzida seguindo as etapas propostas por Beaton,(2002), e segue as seguintes etapas:

- 1 Tradução
- 2 Síntese
- 3 Retro tradução
- 4 Avaliação pelo comitê de Juízes
- 5 Pré-teste
- 6 Versão Final

Para a avaliação do comitê de juízes, é necessária a análise por especialistas com reconhecido saber na área, além da habilidade para o reconhecimento das expressões, também a desenvoltura com a língua portuguesa.

Desta forma, gostaríamos de contar com sua importante participação no estudo ao proceder a análise da tradução do NIS para nosso idioma.

As instruções para a avaliação das equivalências da referida escala seguem em anexo, juntamente com o formulário para preenchimento.

Informamos que serão realizados, posteriormente, procedimentos para a avaliação da confiabilidade e validade do NIS, por meio de testes psicométricos, recomendados pela literatura internacional.

Agradecemos antecipadamente pela atenção, e colocamo-nos à disposição para esclarecimento que se fizerem necessários, e aguardamos retorno de sua avaliação até o dia 02 de junho de 2017.

BENEDITA GONÇALES DE ASSIS RIBEIRO “TINHA”

Enfermeira-Doutoranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP
Pesquisadora

PROF^a DR^a MARIA LÚCIA DO CARMO DA CRUZ ROBAZZI

Enfermeira-Professora Titular da Escola de enfermagem de Ribeirão Preto-USP
Orientadora

APÊNDICE H

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

PROGRAMA INTERUNIDADES DE DOUTORAMENTO EM ENFERMAGEM

TÍTULO DO PROJETO: “Tradução, adaptação cultural e validação para o uso no Brasil da *Nursing Incivility Scale* – *NIS*”.

PESQUISADORES: Benedita Gonçalves de Assis Ribeiro e Maria Lúcia do Carmo da Cruz Robazzi.

INSTITUIÇÃO: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP

CONTATO: (43) 999911858 tinharibeiro645@gmail.com e avrmccrp@eerp.usp.br

Prezado (a) colega,

Você é convidado a participar do comitê de juízes a fim de avaliar as equivalências entre a versão original do Instrumento *Nursing Incivility Scale* e a versão traduzida para o Brasil com o nome de “Escala de Incivilidade no Trabalho de Enfermagem”, o instrumento tem autoria de Ashley M Guidroz; Jennifer L Burnfield-Geimer; Olga Clark; Heather M Schwetschenau; Steve M Jex, que tem o objetivo de identificar ações de incivilidade para com os enfermeiros de um hospital pelos seus pares enfermeiros, supervisores, médicos e pacientes e familiares em seu local de trabalho.

A Escala é composta por 43 itens dividida em oito sub escalas: (CH Clima Hostil; PD Piadas Desagradáveis; FC Falta de Consideração; FI Fofoca /Indiscrição; P Parasitismo; S A Supervisão . Abusiva; FR Falta de Respeito e RDF Raiva Deslocada e Frustração) que são distribuídas em agrupamentos de questões relacionadas à pessoas que laboram com o enfermeiro: (Todas pessoas que interagem com o enfermeiro no ambiente de trabalho, colegas enfermeiros, supervisor direto, médicos, pacientes e/ ou seus familiares ou visitantes), sobre situações que podem ocorrer no momento do trabalho. Cada item é avaliado de acordo com a escala tipo *Likert*, a pontuação varia entre discordo totalmente = 1 e concordo totalmente = 5.

Por considerar as diferenças culturais entre a nossa população e a população de origem da escala (Americana), estamos realizando a adaptação transcultural da mesma para podermos utilizar no ambiente sociocultural do Brasil, cumprindo portanto um rigor metodológico cientificamente fundamentado que foi apresentado por especialistas em adaptação transcultural de instrumentos de medidas cognitivas e comportamentais.

Desta forma, peço sua valiosa colaboração, a fim de avaliar as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual entre as versões original e traduzida da escala, direcionando-se com as seguintes orientações:

- Equivalência semântica, verifica a manutenção do significado das palavras, baseia-se na avaliação do vocabulário e da gramática de cada item, isto é, palavras possuem os mesmos significados?
- Equivalência de idioma ou idiomática: verifica a equivalência das expressões coloquiais após a tradução, sempre preservando o significado original, algumas palavras, termos e expressões idiomáticas são complexas de traduzir, caso ocorra dificuldades na compreensão de algum ponto, por favor, sugira palavras, termos ou expressões idiomáticas equivalentes.
- Equivalência cultural, leva em consideração a cultura a contextualização, experiências vividas pela população alvo em nosso contexto cultural.
- Equivalência conceitual da escala, verifica palavras e conceitos, pois algumas palavras podem ser equivalentes quanto ao significado, mas em relação ao conceito pode não ocorrer, por isto a coerência do item em relação aquilo que se propõe a medir, pois palavras, frases ou expressões podem ter equivalência semântica e serem conceitualmente diferentes.

AVALIAÇÃO DA EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA, IDIOMÁTICA, CULTURAL E CONCEITUAL ENTRE AS VERSÕES ORIGINAL E TRADUZIDA DO “NURSING INCIVILITY SCALE”

Especialista (nome do avaliador/ juiz): _____

Para cada um dos tópicos a seguir utilize a escala, conforme demonstrada abaixo, para indicar sua avaliação quanto a equivalência, sinalize o campo correspondente a sua opção. Por favor sugira mudanças em caso das respostas estarem nos valores de -1 ou 0. Considerando que a versão A é a original e a B a versão traduzida.

Escala de Equivalência	
Não Equivale	- 1
Indefinido	0
Equivale	+ 1

Explicando a escala: A escala é dividida em subescalas que são:

INGLÊS

HC = Hostile Climate,
IJ = Inappropriate Jokes
IB = Inconsiderate Behavior
GR = Gossip/Rumors
FR = Free-Riding
AS = Abusive Supervision
LR = Lack of Respect
DF = Displaced Frustration

Português

CH = Clima Hostil;
PI = Piadas Inapropriadas;
FC = Falta de Consideração
FB = Fofocas /boatos;
P = Parasitismo;
SA = Supervisão Abusiva;
FR = Falta de Respeito;
RDF = Raiva Deslocada e
 Frustração

Essas subescalas estão divididas em diferentes momentos conforme as fontes de incivildade para com os enfermeiros. Cada afirmação é avaliada em uma escala tipo Likert de cinco pontos, variando de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente).

1 = Discordo Totalmente

2 = Discordo

3 = Nem concordo nem discordo

4 = Concordo

5 = Concordo Totalmente

Para responder as questões abaixo considere como fonte de incivildade, **todas as pessoas** com quem você interage no ambiente de trabalho, incluindo médicos, outros enfermeiros outros trabalhadores do hospital.

A

B

1 HC Hospital employees raise their voices when they get frustrated				1 CH Os funcionários do hospital “levantam a voz” quando se sentem frustrados
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

2 HC People blame others for their mistakes or offenses.				2 CH As pessoas culpam os outros por seus erros ou transgressões
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

3 HC Basic disagreements turn into personal verbal attacks on other employees				3 CH Pequenas discussões se transformam em ataques pessoais verbais contra outros funcionários
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

4 IJ People make jokes about minority groups				4 PI As pessoas fazem piadas sobre grupos minoritários
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

5 IJ People make jokes about religious groups				5 PI As pessoas fazem piadas sobre grupos religiosos
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

6 IJ Employees make inappropriate remarks about one's race or gender.				6 PD Funcionários fazem comentários desagradáveis sobre raça ou gênero de pessoas.
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

7 IB Some people take things without asking.				7 FC Algumas pessoas pegam “coisas”/objetos sem autorização.
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

8 IB Employees don't stick to an appropriate noise level (e.g., talking too loudly).				8 FC Funcionários não respeitam o nível adequado de barulho (ex: falam muito alto).
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

9 IB Employees display offensive body language (e.g., crossed arms, body posture).				9 FC Funcionários utilizam linguagem corporal ofensiva (ex: braços cruzados, má postura em geral).
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

As seguintes questões descrevem o seu relacionamento com outros **enfermeiros**. Os outros enfermeiros no meu local de trabalho...

1 HC . . . argue with each other frequently.				1 CH . . . frequentemente discutem entre si.
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

2 HC . . . have violent outbursts or heated arguments in the workplace				2 CH . . . tem surtos violentos ou discussões acaloradas no ambiente de trabalho.
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

3 HC . . . scream at other employees.				3 CH . . . gritam com outros funcionários
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

4 GR . . . gossip about one another.				4 FI . . . fazem fofoca sobre os outros.
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

5 GR . . . gossip about their supervisor at work				5 FI . . . fazem fofoca sobre seus supervisores de trabalho
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

6 GR . . . bad-mouth others in the workplace.				6 FI . . . falam mal dos outros no ambiente de trabalho
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

7 GR . . . spread bad rumors around here.				7 FI . . . espalham boatos maldosos no ambiente de trabalho
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

8 FR . . . make little contribution to a project but expect to receive credit for working on it.				8 P . . . contribuem pouco para o desenvolvimento de projetos, mas esperam receber reconhecimento por trabalharem neles
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

9 FR . . . claim credit for my work.				9 P . . . alegam ter crédito em trabalhos realizados por mim.
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

10 FR . . . take credit for work they did not do.				10 P . . . levam crédito por trabalhos que não fizeram.
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

As questões na sequência se referem ao relacionamento com seu **supervisor direto** (ex: a pessoa a quem você frequentemente dá satisfação) e indique o quanto você concorda com as seguintes questões. Meu supervisor direto...

1 AS . . . is verbally abusive.				1 SA . . . é verbalmente abusivo.
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

2 AS . . . yells at me about matters that are not important.				2 SA . . . grita comigo sobre assuntos que não são importantes
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

3 AS . . . shouts or yells at me for making mistakes.				3 SA . . . grita comigo ou me repreende quando cometo erros.
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

4 AS . . . takes his/her feelings out on me (e.g., stress, anger, "blowing off steam").				4 SA . . . desconta seus sentimentos em mim. (ex: estresse, raiva, perdendo a compostura.
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

5 LR... does not respond to my concerns in a timely manner.				5 FR . . . não responde às minhas preocupações no momento adequado.
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

6 LR... is condescending to me.				6 FR . . . é condescendente comigo.
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

7 LR . . . factors gossip and personal information into personnel decisions.				7 FR . . . inclui fofocas e informações pessoais em decisões pertinentes aos funcionários
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

Esta parte se refere aos **médicos** com quem você trabalha. Indique até que ponto você concorda com os seguintes itens.

1 AS Some physicians are verbally abusive.				1 SA Alguns médicos são verbalmente abusivos.
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

2 AS Physicians yell at nurses about matters that are not important.				2 SA Os médicos gritam com os enfermeiros sobre assuntos que não são importantes.
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

3 AS Physicians shout or yell at me for making mistakes.				3 SA Os médicos gritam comigo ou me repreendem quando cometo erros.
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

4 AS Physicians take their feelings out on me (e.g., stress, anger, “blowing off steam”).				4 SA Os médicos descontam seus sentimentos em mim. (ex: estresse, raiva, perdendo a compostura).
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

5 LR Physicians do not respond to my concerns in a timely manner.				5 FR Os médicos não respondem às minhas preocupações no momento adequado.
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

6 LR I am treated as though my time is not important.				6 FR Sou tratado como se meu tempo não fosse importante.
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

7 LR Physicians are condescending to me.				7 FR Os médicos são condescendentes comigo.
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

Finalizando, reflita sobre o relacionamento com **pacientes** sob seu cuidado e seus **familiares e visitantes**, e indique até que ponto você concorda com as seguintes questões. Pacientes/visitantes...

1 LR . . . do not trust the information I give them and ask to speak with someone of higher authority.				1 FR . . .não confiam nas informações dadas por mim e pedem para falar com meu superior.			
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários			
Semântica							
Idiomática							
Cultural							
Conceitual							

2 LR . . . are condescending to me				2 FR . . .são condescendentes comigo.			
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários			
Semântica							
Idiomática							
Cultural							
Conceitual							

3 LR . . . make comments that question the competence of nurses.				3 FR . . .fazem comentários que questionam a competência da enfermagem.			
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários			
Semântica							
Idiomática							
Cultural							
Conceitual							

4 LR . . . criticize my job performance.				4 FR . . .criticam meu desempenho no trabalho.			
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários			
Semântica							
Idiomática							
Cultural							
Conceitual							

5 LR . . . make personal verbal attacks against me.				5 FR . . .fazem ataques verbais contra mim.			
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários			
Semântica							
Idiomática							
Cultural							
Conceitual							

6 LR . . . pose unreasonable demands.				6 FR . . .fazem exigências insensatas.
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

7 DF . . . have taken out their frustrations on nurses.				7 RDF . . .descontam suas frustrações nos enfermeiros.
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

8 DF . . . make insulting comments to nurses.				8 RDF . . .insultam os enfermeiros.
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

9 DF . . . treat nurses as if they were inferior or stupid.				9 RDF . . .tratam os enfermeiros como se fossem inferiores ou estúpidos.
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

10 DF . . . show that they are irritated or impatient				10 RDF . . .demonstram irritabilidade e impaciência.
Equivalência	- 1	0	+ 1	Comentários
Semântica				
Idiomática				
Cultural				
Conceitual				

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA COMITÊ DE ESPECIALISTAS/JUÍZES

Venho convidá-lo a participar da pesquisa intitulada “*Tradução, adaptação cultural e validação para o uso no Brasil da Nursing Incivility Scale – NIS*” vinculada ao Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, a finalidade de sua participação é avaliar as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual da versão traduzida consenso 1 , do referido instrumento.

O estudo tem como objetivo traduzir culturalmente e validar para o Brasil o Instrumento “*Nursing Incivility Scale*” que avalia a presença de ações de incivilidade entre os trabalhadores da equipe de enfermagem hospitalar.

Sua participação é voluntária, e caso aceite, você será um Membro do Comitê de Especialista, você receberá o instrumento “*Nursing Incivility Scale*” na versão em inglês original e traduzido para o português falado no Brasil, a escala contém 43 itens, irá também receber todas as orientações sobre como realizar sua avaliação das equivalências, bem como os instrumentos de avaliação. Em caso de dúvidas em relação as instruções, você poderá solicitar esclarecimentos e será prontamente atendido, o tempo previsto para análise será de aproximadamente 120 minutos, porém você pode usar o tempo que julgar necessário

Acreditamos que sua participação neste momento da pesquisa é de extrema importância, pois nos auxiliará no processo de tradução, adaptação da escala para a língua portuguesa do Brasil.

O risco mínimo de sua participação nessa pesquisa seria algum desconforto emocional, por envolver questões de cunho pessoal, relativas ao relacionamento com os colegas de trabalho ademais poderia ocorrer o risco relacionado à sua identificação, e essa ser reconhecida, porém nós, os pesquisadores responsáveis lhe asseguramos que a privacidade de sua identidade, será mantidas em total sigilo. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim sua identidade será preservada. Caso você tenha algum prejuízo material ou não, decorrente da pesquisa poderá solicitar indenização, conforme legislação vigente, (Resolução CNS n466 de 2012).

Você poderá ter acesso aos resultados da pesquisa e acompanhar o andamento da mesma, afirmamos que você poderá tirar dúvidas ou mesmo reclamar se for o caso para o pesquisador responsável em qualquer momento. Declaro ainda que você não receberá qualquer gratificação por sua participação nesta pesquisa pois sua participação será voluntária.

A pesquisa em questão, por envolver seres humanos foi submetida à apreciação do Sistema CEP/CONEP, que convalida a garantia e resguardo da integridade e direitos dos voluntários participantes da pesquisa. Informamos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP, sob o número do CAAE 67446417.9.0000.5393.

Pesquisadora: Benedita G. A. Ribeiro
Rua Dr. Elias César, 155/202
Bairro Nova Londres- Londrina, Pr
F: 043 99911858
tinharibeiro645@gmail.com.br

Prof. Dr^a Maria Lúcia da C. C. Robazzi
F: 16 3315 0184
avrmlccr@eerp.usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa da EERP: Av. Bandeirantes, nº 3900 - Fone: (16) 3315 9197
(atendimento de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas)

Eu, _____, recebi informações e estou ciente, aceito participar da pesquisa de forma livre e esclarecida, para tanto assino este documento.

Londrina, _____ de _____ de _____.

APENDICE J

CP2

ESCALA DE INCIVILIDADE EM ENFERMAGEM – APÓS O COMITÊ DOS JUÍZES

Instruções para aplicador: Cada afirmação é avaliada em uma escala tipo Likert de cinco pontos, variando de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente).

AS SUBESCALAS SÃO:

CH = Clima Hostil;

PI = Piadas Inapropriadas;

FC = Falta de Consideração

FB = Fofocas /boatos;

P = Parasitismo;

SA = Supervisão Abusiva;

FR = Falta de Respeito;

RDF = Raiva Deslocada e Frustração

As pontuações devem ser totalizadas nas subescalas. Para obter o escore da subescala, deve-se calcular a média a partir da soma das pontuações atribuídas a cada item (ex. o escore agrupado da subescala Clima Hostil de enfermeiros) a fim de obter informações mais específicas para o direcionamento de intervenções. O escore agrupado de cada fonte de incivildade (ex. escore agrupado de incivildade do médico) pode ser utilizado para entender a incivildade de fontes específicas.

INSTRUÇÕES PARA O PARTICIPANTE:

Por favor, diga-nos sobre o tipo de interações que você tem com as pessoas com as quais você se relaciona no seu trabalho. As seguintes frases descrevem comportamentos que podem ocorrer no ambiente de trabalho. Por favor indique o seu nível de concordância em relação a cada uma das afirmações, usando o número que melhor representa sua atual realidade no trabalho.

1 = Discordo Totalmente

2 = Discordo

3 = Nem concordo nem discordo

4 = Concordo

5 = Concordo Totalmente

Para responder as questões abaixo, por favor, considere **todas as pessoas** com quem você interage no ambiente de trabalho, incluindo médicos, outros enfermeiros ou trabalhadores do hospital.

1 CH Os funcionários do hospital “levantam a voz” quando se sentem frustrados ()

2 CH As pessoas culpam os outros por seus erros ou transgressões ()

- 3 CH Pequenas desentendimentos se transformam em ataques pessoais verbais contra outros funcionários ()
- 4 PI As pessoas fazem comentários maldosos sobre grupos minoritários ()
- 5 PI As pessoas fazem comentários maldosos sobre grupos religiosos ()
- 6 PI Os funcionários fazem comentários desagradáveis sobre raça ou gênero das pessoas ()
- 7 FC Algumas pessoas pegam coisas sem autorização ()
- 8 FC Os funcionários não respeitam o nível adequado de ruído (ex. falam muito alto) ()
- 9 FC Os funcionários utilizam uma linguagem corporal ofensiva (ex. braços cruzados, má postura em geral) ()
-

As seguintes afirmações descrevem o seu relacionamento com outros **enfermeiros**.
Os outros enfermeiros na minha unidade...

- 1 CH . . . frequentemente discutem entre si. ()
- 2 CH . . . tem atitudes violentas ou discussões acaloradas no ambiente de trabalho ()
- 3 CH . . . gritam com outros funcionários ()
- 4 FB . . . fazem fofoca sobre os outros ()
- 5 FB . . . fazem fofoca sobre seu supervisor no trabalho ()
- 6 FB . . . falam mal dos outros no ambiente de trabalho ()
- 7 FB . . . espalham boatos maldosos no ambiente de trabalho ()
- 8 P . . . contribuem pouco para um projeto, mas esperam receber créditos por trabalharem nele ()
- 9 P . . . reivindicam crédito pelo meu trabalho ()
- 10 P . . . levam crédito por trabalhos que não realizaram ()
-

Por favor, pense sobre seu relacionamento com seu **supervisor direto** (ex. a pessoa a quem você frequentemente dá satisfação) e indique quanto fortemente você concorda com as seguintes questões.

Meu supervisor direto...

- 1 SA . . . é verbalmente abusivo ()
- 2 SA . . . grita comigo sobre assuntos que não são importantes ()
- 3 SA . . . grita comigo e me repreende por cometer erros ()
- 4 SA . . . desconta seus sentimentos em mim mesmo (ex. estresse, raiva, ira e fúria) ()
- 5 FR . . . não responde às minhas preocupações em tempo hábil ()
- 6 FR . . . é condescendente comigo ()
- 7 FR . . . considera fofocas e informações pessoais em decisões sobre os funcionários ()
-

Esta seção refere-se aos **médicos** com os quais você trabalha. Por favor, indique até que ponto você concorda com os seguintes itens.

- 1 SA Alguns médicos são verbalmente abusivos ()
 - 2 SA Os médicos gritam com os enfermeiros sobre assuntos que não são importantes ()
 - 3 SA Os médicos gritam comigo ou falam alto comigo quando cometo erros ()
 - 4 SA Os médicos descontam seus sentimentos em mim (ex. estresse, raiva, direcionando seus problemas) ()
 - 5 FR Os médicos não respondem as minhas preocupações no momento que necessito ()
 - 6 FR Sou tratado como se meu tempo não fosse importante ()
 - 7 FR Os médicos concordam comigo ()
-

Por favor reflita sobre as suas interações com **os pacientes** que você cuida e seus **familiares e visitantes** e indique até que ponto você concorda com as seguintes afirmações.

PACIENTES/ VISITANTES...

- 1 FR . . . não confiam nas informações que lhes dou e pedem pra falar com meu superior ()
 - 2 FR . . . concordam comigo ()
 - 3 FR . . . fazem comentários que questionam a competência dos enfermeiros ()
 - 4 FR . . . criticam meu desempenho no trabalho ()
 - 5 FR . . . fazem ataques verbais contra mim ()
 - 6 FR . . . fazem exigências descabidas ()
 - 7 RDF . . . descarregam suas frustrações nos enfermeiros ()
 - 8 RDF . . . fazem comentários insultuosos contra enfermeiros ()
 - 9 RDF . . . tratam os enfermeiros como se fossem inferiores ou estúpidos ()
 - 10 RDF . . . demonstram irritabilidade ou impaciência ()
-

APÊNDICE K

INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICAS E DE TRABALHO

■ CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

A – Sexo 1() feminino
2() masculino

B – Idade _____ anos

C – Estado civil 1() solteiro
2() casado
3() separado/divorciado
4() outro _____

D – Cor/etnia 1() branco
2() pardo
3() negro
4() amarelo
5() outro _____

E – Qual o número de pessoas que moram com você (exceto você) _____
pessoas.

■ FORMAÇÃO ACADÊMICA

F - Há quanto tempo é formado? _____ anos

G - Fez pós graduação? 1() sim Qual? _____
2() não

H - Estuda hoje? Pós? 1() sim Qual? _____
2() não

Graduação? 1() sim Qual? _____
2() não

■ CARACTERÍSTICAS DE TRABALHO

I – Há quanto tempo trabalha na instituição _____ anos

J – Em qual unidade/setor em que trabalha? _____.

K - Qual a função que exerce no setor? _____.

L - Qual o regime de trabalho?

1 () CLT 2 () Estatutário 3 () Chamamento/Prestação de serviço
4 () Outro _____

M – Qual é o seu turno/horário de trabalho

- 1 () manhã
- 2 () tarde
- 3 () intermediário 17 às 23h ou 18 às 24h
- 4 () toda noite
- 5 () noites alternadas
- 6 () plantões de 12 hs dias alternados
- 7 () outro _____

N – Qual sua jornada semanal _____ horas.

O - Faz hora extra, quantas horas por mês?

- 1() sim Quantas horas/semanais?_____.
- 2() não

P – Possui outro vínculo empregatício?

- 2 () não
- 1 () sim Onde? _____

Exerce a mesma função? 1() sim Quantas horas/semanais?_____.

2() não Qual função exerce?_____.

Quantas horas/semanais? _____.

Q - Qual a função que exerce no setor? _____.

R - Há quanto tempo trabalha na instituição? _____.

S – Qual a unidade/ setor em que trabalha? _____.

T – Você tirou algum tipo de licença nos últimos 12 meses

- 2 () não
- 1 () sim Qual motivo? 1 () saúde 2 () prêmio 3 () maternidade
4 () paternidade 5 () outro _____
Quanto tempo durou? _____ dias

APENDICE L

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PARA A FASE PRÉ-TESTE E AVALIAÇÃO SEMÂNTICA

Venho convidá-lo a participar da pesquisa intitulada “Tradução, adaptação cultural e validação para o uso no Brasil da *Nursing Incivility Scale* – NIS” vinculada ao Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

O estudo tem como objetivo traduzir culturalmente e validar para o Brasil o Instrumento “*Nursing Incivility Scale*” que avalia a presença de ações de incivildade entre os trabalhadores da equipe de enfermagem hospitalar.

Sua participação é voluntária, e caso aceite participar da fase denominada pré-teste que será realizada em seu local de trabalho, sem o prejuízo do mesmo, ocorrerá em um momento único com um agendamento prévio e liberação de sua chefia imediata e sua participação não lhe causará prejuízo financeiro ou de trabalho.

O objetivo do pré-teste é de verificar se o instrumento traduzido e adaptado para o português, em termos gerais é de fácil compreensão, se retrata a realidade dos profissionais de enfermagem brasileiros e conhecer o tempo necessário para o profissional responder aos 43 itens do instrumento.

Você receberá o instrumento “*Nursing Incivility Scale*” traduzido e adaptado para o português falado no Brasil contendo 43 itens. Você responderá as questões do mesmo e ao final você irá informar ao pesquisador sobre possíveis dúvidas ou mesmo dificuldades que obteve ao responder o instrumento. Para tal o pesquisador estará presente, e o tempo previsto para responde-lo e seu relato será de aproximadamente 60 minutos.

O risco mínimo de sua participação nessa pesquisa seria algum desconforto emocional, por envolver questões de cunho pessoal, relativas ao relacionamento com os colegas de trabalho ademais poderia ocorrer o risco relacionado à sua identificação, e essa ser reconhecida, porém nós, os pesquisadores responsáveis lhe asseguramos que a privacidade de sua identidade, será mantida em total sigilo. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim sua identidade será preservada. Caso você tenha algum prejuízo material ou não, decorrente da pesquisa poderá solicitar indenização, conforme legislação vigente, (Resolução CNS n466 de 2012).

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou constrangimento. Caso concorde em participar, você assinará duas vias deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e uma delas ficará com você.

Você poderá ter acesso aos resultados da pesquisa e acompanhar o andamento da mesma, afirmamos que você poderá tirar dúvidas ou mesmo reclamar se for o caso para o pesquisador responsável em qualquer momento. Declaro ainda que você não receberá qualquer gratificação por sua participação nesta pesquisa pois sua participação será voluntária.

A pesquisa em questão, por envolver seres humanos foi submetida à apreciação do Sistema CEP/CONEP, que convalida a garantia e resguardo da integridade e direitos dos voluntários participantes da pesquisa. Informamos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP, sob o número do CAAE 67446417.9.0000.5393.

Pesquisadora: Benedita G. A. Ribeiro
Rua Dr. Elias César, 155/202
Bairro Nova Londres- Londrina, Pr
F: 043 99911858
tinharibeiro645@gmail.com.br

Prof. Dr^a Maria Lúcia da C. C. Robazzi
F: 16 3315 0184
avrmccr@eerp.usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa da EERP: Av. Bandeirantes, nº 3900 - Fone: (16) 3315 9197
(atendimento de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas)

Eu, _____, recebi informações e estou ciente, aceito participar da pesquisa de forma livre e esclarecida, para tanto assino este documento.

Assinatura do Participante

Londrina, _____ de _____ de _____.

APENDICE M

AVALIAÇÃO DA ESCALA DE INCIVILIDADE PARA ENFERMEIROS FASE PRÉ-TESTE

SENSIBILIDADE CULTURAL

A – Ao responder a escala, você percebeu algum item discriminatório?

1 () Não

2 () Sim, qual item? _____

LINGUAGEM DO TESTE

B – Ao responder a escala você percebeu algum item escrito que teve dificuldade de entender?

1 () Não

2 () Sim, qual termo? _____

IMPRESSÃO GLOBAL DESTA ESCALA

C - As questões são compreensíveis?

1 () Não, quais questões? _____

2 () Sim

D - As opções de respostas estão claras e consistentes?

1 () Não, porque? _____

2 () Sim

E - As questões são relevantes para sua condição de trabalhador?

1 () Não, porque? _____

2 () Sim

F - Você gostaria de mudar alguma coisa no questionário?

1 () Não

2 () Sim, o que mudaria? _____

G - Você gostaria de acrescentar alguma coisa no questionário?

1 () Não

2 () Sim, o que acrescentaria? _____

H - Teve alguma questão que você não quis responder? Se sim, por que?

1 () Não

2 () Sim, qual (is)? _____

Obrigada por sua colaboração!

APENDICE N

VERSÃO FINAL

ESCALA DE INCIVILIDADE EM ENFERMAGEM – APÓS PRÉ-TESTE

Instruções para aplicador: Cada afirmação é avaliada em uma escala tipo Likert de cinco pontos, variando de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente).

AS SUBESCALAS SÃO:

CH = Clima Hostil;

PI = Piadas Inapropriadas;

FC = Falta de Consideração

FB = Fofocas /boatos;

P = Parasitismo;

SA = Supervisão Abusiva;

FR = Falta de Respeito;

RDF = Raiva Deslocada e Frustração

As pontuações devem ser totalizadas nas subescalas. Para obter o escore da subescala, deve-se calcular a média a partir da soma das pontuações atribuídas a cada item (ex. o escore agrupado da subescala Clima Hostil de enfermeiros) a fim de obter informações mais específicas para o direcionamento de intervenções. O escore agrupado de cada fonte de incivildade (ex. escore agrupado de incivildade do médico) pode ser utilizado para entender a incivildade de fontes específicas.

INSTRUÇÕES PARA O PARTICIPANTE:

Por favor, diga-nos sobre o tipo de interações que você tem com as pessoas com as quais você se relaciona no seu trabalho. As seguintes frases descrevem comportamentos que podem ocorrer no ambiente de trabalho. Por favor indique o seu nível de concordância em relação a cada uma das afirmações, usando o número que melhor representa sua atual realidade no trabalho.

1 = Discordo Totalmente

2 = Discordo

3 = Nem concordo nem discordo

4 = Concordo

5 = Concordo Totalmente

Para responder as questões abaixo, por favor, considere **todas as pessoas** com quem você interage no ambiente de trabalho, incluindo médicos, outros enfermeiros ou trabalhadores do hospital.

1 CH Os funcionários do hospital levantam a voz quando se sentem frustrados ()

2 CH As pessoas culpam os outros por seus erros ou transgressões ()

- 3 CH Pequenos desentendimentos se transformam em ataques pessoais verbais contra outros funcionários ()
- 4 PI As pessoas fazem comentários maldosos sobre grupos minoritários ()
- 5 PI As pessoas fazem comentários maldosos sobre grupos religiosos ()
- 6 PI Os funcionários fazem comentários desagradáveis sobre raça ou gênero ()
- 7 FC Algumas pessoas pegam coisas sem autorização ()
- 8 FC Os funcionários não respeitam o nível adequado de barulho, ruído ()
- 9 FC Os funcionários utilizam uma linguagem corporal ofensiva ()
-

As seguintes afirmações descrevem o seu relacionamento com outros **enfermeiros**.
Os outros enfermeiros na minha unidade...

- 1 CH . . . frequentemente discutem entre si. ()
- 2 CH . . . tem explosões de raiva ou discussões acaloradas no ambiente de trabalho ()
- 3 CH . . . gritam com outros funcionários ()
- 4 FB . . . fazem fofoca sobre os outros ()
- 5 FB . . . fazem fofoca sobre seu supervisor no trabalho ()
- 6 FB . . . falam mal dos outros no ambiente de trabalho ()
- 7 FB . . . espalham boatos maldosos no ambiente de trabalho ()
- 8 P . . . contribuem pouco para um projeto, mas esperam receber créditos por trabalharem nele ()
- 9 P . . . alegam ter crédito por trabalhos realizados por mim ()
- 10 P . . . assumem crédito por trabalhos que não realizaram ()
-

Por favor, pense sobre seu relacionamento com seu **supervisor direto** (ex. a pessoa a quem você frequentemente dá satisfação) e indique quanto fortemente você concorda com as seguintes questões.
Meu supervisor direto...

- 1 SA . . . é verbalmente abusivo ()
- 2 SA . . . grita comigo sobre assuntos que não são importantes ()
- 3 SA . . . grita comigo e me repreende quando cometo erros ()
- 4 SA . . . descarrega em mim seus sentimento (ex. estresse, raiva, perdendo a compostura) ()
- 5 FR . . . não responde as minhas preocupações no momento adequado ()
- 6 FR . . . é condescendente comigo ()
- 7 FR . . . considera fofocas e informações pessoais em decisões sobre os funcionários ()
-

Esta seção refere-se aos **médicos** com os quais você trabalha. Por favor, indique até que ponto você concorda com os seguintes itens.

- 1 SA Alguns médicos são verbalmente abusivos ()
 - 2 SA Os médicos gritam com os enfermeiros sobre assuntos que não são importantes ()
 - 3 SA Os médicos gritam comigo ou me repreendem quando cometo erros ()
 - 4 SA Os médicos descontam seus sentimentos em mim (ex. estresse, raiva, perdendo a compostura) ()
 - 5 FR Os médicos não respondem as minhas preocupações em tempo hábil ou no momento adequado ()
 - 6 FR Sou tratado como se meu tempo não fosse importante ()
 - 7 FR Os médicos são condescendentes comigo ()
-

Por favor reflita sobre as suas interações com **os pacientes** que você cuida e seus **familiares e visitantes** e indique até que ponto você concorda com as seguintes afirmações.

PACIENTES/ VISITANTES...

- 1 FR . . . não confiam nas informações que lhes dou e pedem pra falar com meu superior ()
- 2 FR . . . são condescendentes comigo ()
- 3 FR . . . fazem comentários que questionam a competência dos Enfermeiros ()
- 4 FR . . . criticam meu desempenho no trabalho ()
- 5 FR . . . fazem ataques verbais contra mim ()
- 6 FR . . . fazem exigências irracionais ()
- 7 RDF . . . descarregam suas frustrações nos enfermeiros ()
- 8 RDF . . . fazem comentários ofensivos ou insultam os enfermeiros ()
- 9 RDF . . . tratam os enfermeiros como se fossem inferiores ou estúpidos ()
- 10 RDF . . . demonstram irritabilidade ou impaciência ()

APENDICE O

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENFERMEIROS

Venho convidá-lo a participar da pesquisa intitulada “*Tradução, adaptação cultural e validação para o uso no brasil da Nursing Incivility Scale – NIS*” vinculada ao Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

O estudo tem como objetivo traduzir culturalmente e validar para o Brasil o Instrumento “*Nursing Incivility Scale*” que avalia a presença de ações de incivilidade entre os trabalhadores da equipe de enfermagem hospitalar.

Sua participação é voluntária, e caso aceite participar da pesquisa, que será realizada em seu local de trabalho, sem o prejuízo do mesmo, ocorrerá em um momento único com um agendamento prévio e liberação de sua chefia imediata e sua participação não lhe causará prejuízo financeiro ou de trabalho.

Neste encontro você receberá um questionário que avalia seu grau de estresse no trabalho com 44 itens e o *Nursing Incivility Scale* traduzido e adaptado para o português falado no Brasil que avalia a incivilidade no trabalho, com 43 itens. O pesquisador permanecerá presente e o tempo previsto para responde-lo será de aproximadamente 60 minutos.

O risco mínimo de sua participação nessa pesquisa seria algum desconforto emocional, por envolver questões de cunho pessoal, você deverá informar o pesquisador caso isto ocorra, para que providências cabíveis sejam tomadas, de outra forma poderia ocorrer o risco relacionado à sua identificação, e essa ser reconhecida, porem nós, os pesquisadores responsáveis lhe asseguramos que a privacidade de sua identidade, serão mantidas em total sigilo. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim sua identidade será preservada. E você será indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com sua participação na pesquisa.

A sua participação não lhe trará nenhum benefício diretamente, porém os resultados deste estudo nos ajudarão conhecer melhor o estresse e os comportamentos incivis dos profissionais com os quais você labora.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou constrangimento. Você assinará duas vias deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e uma delas ficará com você.

Você poderá ter acesso aos resultados da pesquisa e acompanhar o andamento da mesma, afirmamos que você poderá tirar dúvidas ou mesmo reclamar se for o caso para o pesquisador responsável em qualquer momento. Declaro ainda que você não receberá qualquer gratificação por sua participação nesta pesquisa pois sua participação será voluntária e que recebi todas as informações sobre os objetivos, procedimentos do estudo, orientações sobre a minha participação e também a garantia de que esse estudo obedece as determinações integrantes da Resolução CNS 466/12, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos.

A pesquisa em questão, por envolver seres humanos foi submetida à apreciação do Sistema CEP/CONEP, que, ao analisar e decidir, se torna corresponsável por garantir a proteção dos participantes. Informamos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP, sob o número do CAAE 67446417.9.0000.5393. Caso concorde em participar, você deverá assinar em duas vias, pois uma ficará com o pesquisador responsável e a segunda via será entregue a você.

Pesquisadora: Benedita G. A. Ribeiro
Rua Dr. Elias César, 155/202
Bairro Nova Londres- Londrina, Pr
F: 043 99911858
tinharibeiro645@gmail.com.br

Prof. Dr^a Maria Lúcia da C. C. Robazzi
F: 16 3315 0184
avrmccr@eerp.usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa da EERP: Av. Bandeirantes, nº 3900 - Fone: (16) 3315 9197
(atendimento em dias úteis, da 8hs às 17hs)

Eu, _____, recebi informações e estou ciente, aceito participar da pesquisa de forma livre e esclarecida, para tanto assino este documento.

Assinatura do Participante

Londrina, _____ de _____ de _____.

Anexos

ANEXO A

NURSING INCIVILITY SCALE – NIS ORIGINAL

TEST ADMINISTRATOR INSTRUCTIONS: Each statement is rated on a five-point Likert-type agreement scale ranging from 1 (Strongly Disagree) to 5 (Strongly Agree).

The subscales are: HC = Hostile Climate, IJ = Inappropriate Jokes, IB = Inconsiderate Behavior, GR = Gossip/Rumors, FR = Free-Riding, AS = Abusive Supervision, LR = Lack of Respect, and DF = Displaced Frustration. Scores should be aggregated at the subscale level. To compute subscale scores, individual item scores should be summed and averaged (e.g., aggregated Nurses' Hostile Climate score) to glean more specific information for targeting interventions. The source-level aggregated score (e.g., aggregated Physician Incivility score) may be appropriate for understanding source-specific incivility.

PARTICIPANT INSTRUCTIONS: Please tell us about the type of interactions you have with the people you meet at work. The following statements describe behaviors that sometimes occur in the workplace. Please indicate your level of agreement with each of the following statements using one number that best represents your present work situation.

- 1 = Strongly Disagree
- 2 = Disagree
- 3 = Neither Agree nor Disagree
- 4 = Disagree
- 5 = Strongly Agree

For the following items, please consider **all individuals** you interact with at work, including doctors and other nurses or hospital personnel.

-
- 1 HC Hospital employees raise their voices when they get frustrated. ()
 - 2 HC People blame others for their mistakes or offenses.
 - 3 HC Basic disagreements turn into personal verbal attacks on other employees. ()
 - 4 IJ People make jokes about minority groups. ()
 - 5 IJ People make jokes about religious groups. ()
 - 6 IJ Employees make inappropriate remarks about one's race or gender. ()

- 7 IB Some people take things without asking. ()
- 8 IB Employees don't stick to an appropriate noise level (e.g., talking too loudly). ()
- 9 IB Employees display offensive body language (e.g., crossed arms, body posture). ()
-

The following describe your interactions with other **nurses**.
Other nurses on my unit . . .

- 1 HC . . . argue with each other frequently.()
- 2 HC . . . have violent outbursts or heated arguments in the workplace ()
- 3 HC . . . scream at other employees. ()
- 4 GR . . . gossip about one another. ()
- 5 GR . . . gossip about their supervisor at work. ()
- 6 GR . . . bad-mouth others in the workplace. ()
- 7 GR . . . spread bad rumors around here. ()
- 8 FR . . . make little contribution to a project but expect to receive credit for working on it. ()
- 9 FR . . . claim credit for my work. ()
- 10 FR . . . take credit for work they did not do. ()
-

Please think about your interactions with your **direct supervisor** (i.e., the person you report to most frequently) and indicate how strongly you agree with the following statements. My direct supervisor . . .

- 1 AS . . . is verbally abusive. ()
- 2 AS . . . yells at me about matters that are not important. ()
- 3 AS . . . shouts or yells at me for making mistakes. ()
- 4 AS . . . takes his/her feelings out on me (e.g., stress, anger, "blowing off steam"). ()
- 5LR . . . does not respond to my concerns in a timely manner. ()
- 6LR . . . is condescending to me. ()
- 7 LR . . . factors gossip and personal information into personnel decisions. ()
-

This section refers to **physicians** you work with. Please indicate your level of agreement with the following items.

- 1 AS Some physicians are verbally abusive. ()
 - 2 AS Physicians yell at nurses about matters that are not important. ()
 - 3 AS Physicians shout or yell at me for making mistakes. ()
 - 4 AS Physicians take their feelings out on me (e.g., stress, anger, "blowing off steam"). ()
 - 5 LR Physicians do not respond to my concerns in a timely manner. ()
 - 6 LR I am treated as though my time is not important. ()
 - 7 LR Physicians are condescending to me. ()
-

Please reflect upon your interactions with the **patients** you care for and their **Family and visitors** and indicate the extent to which you agree with the following statements. Patients/visitors . . .

- 1 LR . . . do not trust the information I give them and ask to speak with someone of higher authority. ()
 - 2 LR . . . are condescending to me. ()
 - 3 LR . . . make comments that question the competence of nurses. ()
 - 4 LR . . . criticize my job performance. ()
 - 5 LR . . . make personal verbal attacks against me. ()
 - 6 LR . . . pose unreasonable demands. ()
 - 7 DF . . . have taken out their frustrations on nurses. ()
 - 8 DF . . . make insulting comments to nurses. ()
 - 9 DF . . . treat nurses as if they were inferior or stupid. ()
 - 10 DF . . . show that they are irritated or impatient. ()
-

ANEXO B

INVENTÁRIO DE ESTRESSE EM ENFERMEIROS

Leia cuidadosamente cada uma das sentenças listadas abaixo, que apontam situações comuns à atuação do(a) enfermeiro(a). Considerando o ambiente de trabalho onde se encontra no momento, indique se nos últimos seis meses elas representaram para você fontes de tensão ou estresse, de acordo com a seguinte escala: (1) nunca, (2) raramente, (3) algumas vezes, (4) muitas vezes e (5) sempre.

Nº	ITENS	1 NUNCA	2 RARAMENTE	3 ALGUMAS VEZES	4 MUITAS VEZES	5 SEMPRE
1	Começar em uma função nova					
2	Executar tarefas distintas simultaneamente					
3	Resolver imprevistos que acontecem no local de trabalho					
4	Fazer um trabalho repetitivo					
5	Sentir desgaste emocional com o trabalho					
6	Fazer esforço físico para cumprir o trabalho					
7	Desenvolver atividades além da minha função ocupacional					
8	Responder por mais de uma função neste emprego					
9	Cumprir na prática uma carga horária maior					
10	Levar serviço para fazer em casa					
11	Administrar ou supervisionar o trabalho de outras pessoas					
12	Conciliar as questões profissionais com as familiares					
13	Falta de material necessário ao trabalho					
Nº	ITENS	1 NUNCA	2 RARAMENTE	3 ALGUMAS VEZES	4 MUITAS VEZES	5 SEMPRE
14	Manter-se atualizada					
15	Falta de recursos humanos					
16	Trabalhar com pessoas despreparadas					
17	Trabalhar em instalações físicas inadequadas					
18	Falta de espaço no trabalho para discutir as experiências, tanto as positivas como as negativas					
19	Fazer turnos alternados de trabalho					
20	Trabalhar em horário noturno					

21	Trabalhar em ambiente insalubre					
22	Trabalhar em clima de competitividade					
23	Relacionamento com os colegas enfermeiros					
24	Relacionamento com a equipe médica					
25	Relacionamento com a chefia					
26	Trabalhar em equipe					
27	Prestar assistência ao paciente					
28	Prestar assistência a pacientes graves					
29	Atender familiares de pacientes					
30	Distanciamento entre a teoria e a prática					
Nº	ITENS	1 NUNCA	2 RARAMENTE	3 ALGUMAS VEZES	4 MUITAS VEZES	5 SEMPRE
31	Ensinar o aluno					
32	Desenvolver pesquisa					
33	Executar procedimentos rápidos					
34	Ter um prazo curto para cumprir ordens					
35	Restrição da autonomia profissional					
36	Interferência da Política Institucional no trabalho					
37	Sentir-se impotente diante das tarefas a serem realizadas					
38	Dedicação exclusiva à profissão					
39	Indefinição do papel do enfermeiro					
40	Responsabilizar-se pela qualidade de serviço que a Instituição presta					
41	Impossibilidade de prestar assistência direta ao paciente					
42	A especialidade em que trabalho					
43	Atender um número grande de pessoas					
44	Receber este salário					

STACCIARINI; TRÓCOLLI, Dezembro 2000

ANEXO C

COMUNICAÇÃO ELETRÔNICA COM UM DOS AUTORES DA NIS

Tinha Ribeiro <tinharibeiro645@gmail.com>

para aguidroz

1

Hon Mrs. Ashley M. Guidoz and other authors.

Dear Mrs. Ashley M. Guidoz, through their contact, I would like to make a request to the honourable authors of the article "The Nursing Incivility Scale: Development and Validation of an Occupation-Specific Measure".

I am Benedita Gonçalves de Assis Ribeiro, nurse, graduate professor of nursing at Universidade Estadual de Londrina, Parana State, Brazil, and I'm PhD in nursing from School of Nursing at Universidade de São Paulo (USP) in Ribeirão Preto (EERP / USP), São Paulo, Brazil. I am an advisee of Prof. Maria Lúcia do Carmo da Cruz Robazzi and I am part of the Study Group on Health worker of EERP/USP and the Center for Research on Occupational Health at Universidade Estadual de Londrina, both conducting investigations on the worker's health.

I request authorization for the translation and validation of "The Nursing Incivility Scale: Development and Validation of an Occupation-Specific Measure" for the Brazilian Portuguese and subsequent implementation in nurses of University Hospital in Londrina, Paraná, Brazil.

I undertake to comply with all the assumptions postulated in the literature for the purposes of translation, validation and subsequent application with the nurses of hospital in which I work in care educational activities.

I'm sure to rely on the consent of Messrs.

I thank and blame me for keeping in touch on the progress of this research.

Regards,

Benedita Gonçalves de Assis Ribeiro

Steve M Jex sjex@bgsu.edu por falconbgsu.onmicrosoft.com
para eu

qui, 29

You have my permission to use the measure.

Steve Jex

From: Tina Ribeiro [<mailto:tinharibeiro645@gmail.com>]
Sent: Thursday, September 29, 2016 8:23 AM
To: aguidroz@cpa-arm.com; heather.mccarren@va.gov; Steve M Jex
<sjex@bgsu.edu>
Subject: Fwd: Authorization

Tina Ribeiro <tinharibeiro645@gmail.com>
para Steve

qui, 19

Dear Doctor Steve M. Jex,

How are you doing? I hope well.

I am Benedita G. A. Ribeiro that in last September received your authorization to use the Nursing Incivility Scale, after translation, adaptation and validation in Brazil.

I'm writing again because after reviewing my project, my professors suggested me that I should look for the theoretical reference that based the development of the scale. So, with this information, I can better support the process of translation, adaptation and validation of this precious instrument in my country.

I'm looking forward to hearing from you. Please let me know if you need any extra information.

Thank you so much for your consideration,

Best regards,

Benedita Gonçalves de Assis Ribeiro
Doctoral student in Nursing Program at EERP/USP
Professor of Nursing Program in Londrina State University

Steve M Jex sjex@bgsu.edu por_falconbgsu.onmicrosoft.com
para eu

19

Hi Benedita,

I've attached the article which describes how the scale was used. I've also attached an unpublished manuscript which describes the more general scale which the nursing measure is based on.
Best of luck with your project!

Steve Jex

Tinha Ribeiro <tinharibeiro645@gmail.com>
para Steve

sex, 20

Good night, Dr. Steve Jex.
The Nursing Incivility Scale article I already have and based on it for my work, I thank the manuscript and I will study it to help me.
Thank you for your attention and I will keep you informed about my project.

Yours sincerely
Benedita G. A. Ribeiro

Tinha Ribeiro <tinharibeiro645@gmail.com>
para Steve

27

Dear Prof. Dr. Steve M Jex, good evening!

I hope you are in good health and well in that moment.
I am Benedita and again I am writing to tell you about the process of cultural adaptation of the Nursing Incivility Scale - NIS, for the Portuguese language spoken in Brazil, and it is part of the process the translation and retro translation of the scale. After the semantic, cultural, conceptual and idiomatic evaluation of the same
I then forward the retro scale translated for their evaluation, considering that there were changes in some words or expressions, and they occurred so that the Brazilian nurses better understood the scale
I'm sure to rely on the consent of Messrs.
I thank and blame me for keeping in touch on the progress of this research.
Regards,

Benedita Gonçalves de Assis Ribeiro
PhD student in Nursing of the Interunits Program of the Nursing School of Ribeirão Preto,
University of São Paulo

Steve M Jex sjex@bgsu.edu por falconbgsu.onmicrosoft.com
para eu

28

Tinha,
Thanks for keeping me updated on the translation of the measure!
Dr. Jex

Tinha Ribeiro <tinharibeiro645@gmail.com>
para Steve

seg, 25

Dear Esteve Jex, Ph.D.,

I hope you're doing well!
I'm writing to check some points with you about the Nursing Incivility Scale.

First of all, I was wondering if other countries, in other languages, besides English, have already translated the Nursing Incivility Scale with your assent and also if another Brazilian researcher has already asked your authorization for the scale translation adaptation and validation. Therefore, I would like to have your written authorization and exclusivity to do this process in Brazil, as I have already done. It is part of my PhD tese at the School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo - USP.

Also, allow me to take this opportunity to thank you who have helped me so far and invite you to participate as a member of my tese defense examination here in Brazil, which will probably happen about november of 2018, so that we can fund your coming we will seek financial resources from the Graduate Program of the referred Nursing School.

Thank you again for all attention,
Best Regards,

Benedita Ribeiro
PhD student at the Postgraduate Program Interunidades of the Nursing School of Ribeirão Preto – USP

Steve M Jex sjex@bgsu.edu por falconbgsu.onmicrosoft.com
para eu

ter, 26

[Traduzir mensagem](#)

[Desativar para: inglês](#)

Dear Tinha,
Unfortunately I have not really kept track of the translations of the measure. I also do not recall any other researcher(s) from Brazil asking for permissions to use the measure, but you are certainly welcome to use it in your research.
I really appreciate your invitation to be part of you're defense. At this point I'm a bit unsure of what my schedule will be next November, but if you could get back in touch with me after the first of the year I'll be able to tell you for sure.
Best of luck with your research.

Steve Jex

ANEXO D

FORMULÁRIO DE VALIDAÇÃO SEMÂNTICA

IMPRESSÃO GERAL

1. O que você achou do questionário em geral?	Por favor marque uma opção ☐ muito bom ☐ bom ☐ regular/ mais ou menos
2. As questões são compreensíveis? Se não quais questões	☐ fáceis de entender ☐ às vezes, difíceis ☐ não compreensíveis
3. E as categorias de resposta? Houve alguma dificuldade em usá-las? Por favor, explique	☐ nenhuma/ sem dificuldade ☐ algumas dificuldades ☐ muitas dificuldades
4. As questões são relevantes para sua condição de trabalhador?	☐ muito relevante ☐ às vezes relevante ☐ sem/ nenhuma relevância
5. Você gostaria de mudar alguma coisa no questionário?	
6. Você gostaria de acrescentar alguma coisa no questionário?	
7. Teve alguma questão que você não quis responder? Se sim, por que?	

Obrigada por sua colaboração!

ANEXO E

FORMULÁRIO DE VALIDAÇÃO SEMÂNTICA – ESPECÍFICO

DISABKIDS

[illegible]

ANEXO F

COMUNICAÇÃO ELETRÔNICA COM A RESPONSÁVEL PELO DISABKIDS NO BRASIL

Claudia Benedita dos Santos

16 denov)

para Maria, mim

Boa tarde Benedita
agradeço o interesse e autorizo a utilização dos instrumentos de avaliação semântica do DISABKIDS,
adaptados para o Brasil pelo grupo de pesquisa, GPEMSA-CNPq.
Um abraço
Claudia B santos

ANEXO G

PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Tradução, adaptação cultural e validação para o uso no Brasil da Nursing Incivility Scale e NIS

Pesquisador: Benedita Gonçalves de Assis Ribeiro

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 67446417.9.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.170.402

Apresentação do Projeto:

Apreciado anteriormente.

Objetivo da Pesquisa:

Apreciado anteriormente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apreciado anteriormente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Apreciado anteriormente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apreciado anteriormente.

Recomendações:

Não há recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pesquisadoras atenderam às recomendações feitas por este CEP, adequando a indicação de riscos e seu manejo no TCLE-juízes e, também, incluindo a informação do direito à indenização do participante em caso de danos decorrentes da pesquisa.

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 2.170.402

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer aprovado ad referendum

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_859590.pdf	11/07/2017 14:43:44		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEP_juizes3.pdf	11/07/2017 14:43:18	Benedita Gonçalves de Assis Ribeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeaceiteHUL.pdf	21/06/2017 15:29:07	Benedita Gonçalves de Assis Ribeiro	Aceito
Outros	Resposta_ParecerConsusbstanciado.pdf	21/06/2017 15:27:23	Benedita Gonçalves de Assis Ribeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEenfermeiros3.pdf	21/06/2017 15:16:09	Benedita Gonçalves de Assis Ribeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPreteste3.pdf	21/06/2017 15:15:01	Benedita Gonçalves de Assis Ribeiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodetalhado.pdf	24/04/2017 15:07:49	Benedita Gonçalves de Assis Ribeiro	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaraçãodepesquisadores.pdf	19/04/2017 18:41:51	Benedita Gonçalves de Assis Ribeiro	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	19/04/2017 18:40:32	Benedita Gonçalves de Assis Ribeiro	Aceito
Outros	TermodeaceiteHEL.pdf	13/04/2017 15:37:33	Benedita Gonçalves de Assis Ribeiro	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	13/04/2017 14:16:23	Benedita Gonçalves de Assis Ribeiro	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	31/03/2017 10:57:21	Benedita Gonçalves de Assis Ribeiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 2.170.402

RIBEIRAO PRETO, 12 de Julho de 2017

Assinado por:
Angelita Maria Stabile
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br