

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA**

Bruna Ballarotti

**Exposição ao *bullying* no trabalho e a saúde mental dos
trabalhadores da atenção primária à saúde no município
de São Paulo**

**São Paulo
2023**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA**

Bruna Ballarotti

**Exposição ao *bullying* no trabalho e a saúde mental dos
trabalhadores da atenção primária à saúde no município
de São Paulo**

**São Paulo
2023**

Bruna Ballarotti

**Exposição ao *bullying* no trabalho e a saúde mental dos
trabalhadores da atenção primária à saúde no município de
São Paulo**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Doutor em Ciências

Programa de Saúde Coletiva
Orientadora: Profa. Dra. Andréa
Tenório Correia da Silva

São Paulo

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Ballarotti, Bruna

Exposição ao bullying no trabalho e a saúde mental dos trabalhadores da atenção primária à saúde no município de São Paulo / Bruna Ballarotti. -- São Paulo, 2023.

Tese (doutorado) -- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Saúde Coletiva.

Orientadora: Andréa Tenório Correia da Silva.

Descritores: 1.Bullying laboral 2.Atenção primária à saúde 3.Depressão 4.Esgotamento profissional 5.Violência no trabalho 6.Saúde mental 7.Riscos ocupacionais

USP/FM/DBD-415/23

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Nome: Bruna Ballarotti

Título: Exposição ao *bullying* no trabalho e a saúde mental dos trabalhadores da atenção primária à saúde no município de São Paulo

Tese apresentada para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Julgamento: _____

RESUMO

Ballarotti B. Exposição ao *bullying* no trabalho e a saúde mental dos trabalhadores da atenção primária à saúde no município de São Paulo [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2023.

Introdução: A exposição a fatores estressores no trabalho em saúde tem consequências para a saúde mental dos profissionais, para a qualidade do cuidado ofertada, e para as instituições de saúde. A depressão e o esgotamento profissional (*burnout*) podem ser consequência dessa exposição. O *bullying* no trabalho está entre os estressores que podem afetar a saúde mental dos profissionais da saúde. Entretanto, ainda são raros os estudos que investigaram as relações entre a exposição ao *bullying* no trabalho e suas associações com sintomas depressivos e *burnout* em trabalhadores da saúde no contexto nacional, em particular na Atenção Primária à Saúde (APS). **Objetivos:** (1) estimar a ocorrência de *bullying* no trabalho na APS; (2) investigar se há associação entre características individuais e exposição ao *bullying* no trabalho; (3) investigar se características do trabalho estão associadas ao *bullying*; (4) investigar se existe associação entre exposição ao *bullying* e depressão e *burnout* em trabalhadores da APS no município de São Paulo. **Método:** Foram analisados dados da pesquisa PANDORA-SP (*Panorama of Primary Health Care Workers in São Paulo, Brazil: Depression, Organizational Justice, Violence at Work, and Burnout Assessments*), estudo de corte transversal (n=2.940) cujos participantes foram agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem que trabalhavam na Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo. Foram utilizados o *Patient Health Questionnaire-9* para analisar sintomas depressivos e o *Maslach Burnout Inventory* para analisar *burnout*. O *bullying* foi avaliado pelo questionário sobre atitudes negativas no trabalho. A escala de estresse no trabalho (modelo demanda-controle) foi utilizada para caracterizar o tipo de trabalho. Foi realizada análise estatística descritiva e, a seguir, a análise bivariada e multivariada para investigar as associações entre as variáveis individuais e os desfechos. **Resultados:** A prevalência de *bullying* no trabalho foi de 13,7% (IC95% 12,4 – 15,0). Os participantes com maior chance de reportar *bullying* no trabalho foram aqueles com idade entre 18 e 29 anos, viúvos e separados, os que não receberam *feedback* do supervisor, os que tiveram faltas no último mês, apresentaram trabalho do tipo ativo, de alto desgaste e com baixo apoio social no trabalho. A exposição ao *bullying* aumentou em mais de 5 vezes a chance de apresentar depressão e em mais de 4 vezes a chance de apresentar *burnout* alto. **Conclusões:** Identificar como essa manifestação extrema de violência no trabalho e o quanto o *bullying* se relaciona com o desenvolvimento de depressão e *burnout* nos trabalhadores da APS é de fundamental importância para elaboração de estratégias para prevenir e mitigar os efeitos do *bullying* bem como mitigar a ocorrência de depressão e *burnout* nos trabalhadores da APS e, assim, evitar suas consequências para os próprios trabalhadores, para a população assistida e para as instituições. Implementar estilos de liderança baseados na comunicação efetiva e no suporte social no trabalho pode contribuir para mitigar o *bullying* no trabalho e suas consequências.

Palavras-chave: *Bullying laboral*. Atenção primária à saúde. Depressão. Esgotamento profissional. Violência no trabalho. Saúde mental. Riscos ocupacionais.

ABSTRACT

Ballarotti B. Workplace bullying and the mental health of primary health care workers in São Paulo, Brazil [thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2023.

Introduction: Exposure to stressors in healthcare workplace has consequences for the mental health of professionals, the quality of care offered, and healthcare institutions. Depression and burnout can be a consequence of this exposure. Workplace bullying (WPB) is among those stressors. However, studies that investigated the associations between WPB and depressive symptoms and burnout in healthcare workers in Brazil, particularly in Primary Health Care (PHC), are still rare. **Objectives:** (1) estimate the occurrence of WPB in PHC workers; (2) investigate whether there is an association between individual characteristics and exposure to WPB; (3) investigate whether work characteristics are associated with WPB; (4) investigate whether there is an association WPB and depression and burnout in PHC workers in São Paulo, Brazil. **Method:** Data from the PANDORA-SP survey (Panorama of Primary Health Care Workers in São Paulo, Brazil: Depression, Organizational Justice, Violence at Work, and Burnout Assessments) were analyzed, a cross-sectional study (n=2,940) whose participants were community health workers, physicians, nurses and nursing-assistants who worked in the Family Health Strategy in the city of São Paulo. The Patient Health Questionnaire-9 was used to analyze depressive symptoms and the Maslach Burnout Inventory to analyze burnout. Bullying was assessed using the Negative Acts Questionnaire. The Job Stress Scale (Job Demand-Control-Support model) was used to characterize the type of work. Descriptive statistical analysis was performed, followed by bivariate and multivariate analysis to investigate associations between individual variables and outcomes. **Results:** The prevalence of bullying at work was 13.7% (CI95% 12.4 – 15.0). The participants more likely to report WPB were those aged between 18 and 29 years old, widowed and separated, those who did not receive feedback from the supervisor, those who had been absent in the last month, those who had an active, high-strain type of work and with low social support at work. WPB increased the chance of presenting depression by more than 5 times and the chance of presenting high burnout by more than 4 times. **Conclusions:** Identifying the association of WPB and depression and burnout in PHC workers is important for developing strategies to prevent WPB and to mitigate its effects on PHC workers, like depression and burnout. Thus, avoiding consequences for the assisted population and the institutions. Implementing leadership styles based on effective communication and social support at work can contribute to mitigating WPB and its consequences.

Keywords: Workplace bullying. Primary health care. Depression.

Professional burnout. Workplace violence. Mental health. Occupational risks.

Ficha catalográfica

DEDICATÓRIA

AGRADECIMENTOS

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| RESUMO | 6 |
| abstract | 8 |
| SUMÁRIO | 11 |
| INTRODUÇÃO | 5 |
| 1. Contextualização da questão de pesquisa | 5 |
| 1.1. Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família | 5 |
| 1.2. Bullying no trabalho | 8 |
| 1.2.1. Conceito | 8 |
| 1.2.2. Modelos explicativos | 15 |
| 1.2.3. Prevalência | 19 |
| 1.2.4. Repercussões | 20 |
| 1.2.4.1. Saúde mental dos trabalhadores | 22 |
| 1.3. <i>Bullying</i> e sintomas depressivos | 27 |
| 1.4. <i>Bullying</i> e <i>burnout</i> | 28 |
| 1.5. Justificativa | 31 |
| 2. OBJETIVOS | 32 |
| 2.1. Geral | 32 |
| 2.2. Específicos | 32 |
| 3. MÉTODOS | 33 |
| 3.1. Tipo de estudo e amostra | 33 |
| 3.2. Medidas e instrumentos | 34 |
| 3.2.1. Variáveis de desfecho | 34 |
| 3.2.1.1. Avaliação de sintomas depressivos: <i>Patient Health Questionnaire</i> | 34 |
| 3.2.1.2. Avaliação de <i>burnout</i> : Maslach <i>Burnout Inventory</i> (MBI) | 35 |
| 3.2.2. Atitudes negativas no trabalho (<i>bullying</i> no trabalho) | 36 |
| 3.2.3. Características individuais | 38 |

| | |
|--|----|
| 3.2.4 Características relacionadas ao trabalho | 39 |
| 3.2.4.1 Modelo demanda-controle e apoio social | 40 |
| 3.3. Análise estatística | 41 |
| 3.3.1. Análise descritiva | 41 |
| 3.3.2. Análise das associações | 41 |
| 3.4. Considerações éticas | 42 |
| 4. RESULTADOS | 42 |
| 4.1. Análise descritiva | 42 |
| 4.1.1 Características dos participantes e <i>bullying</i> no trabalho | 42 |
| 4.1.2 Características do trabalho e <i>bullying</i> | 44 |
| 4.1.3. Frequência de atitudes negativas no trabalho (<i>bullying</i>) | 46 |
| 4.2. Análise bivariada e multivariada das variáveis sociodemográficas e <i>bullying</i> | 48 |
| 4.3. Análise bivariada e multivariada das variáveis relacionadas ao trabalho e <i>bullying</i> | 49 |
| 4.4. <i>Bullying</i> e sintomas depressivos | 51 |
| 4.5. <i>Bullying</i> e burnout | 55 |
| 5. DISCUSSÃO | 59 |
| 5.1. Síntese dos resultados | 59 |
| 5.2. Bullying | 59 |
| 5.2.1. Prevalência | 59 |
| 5.2.2. <i>Bullying</i> e características individuais | 63 |
| 5.2.3. <i>Bullying</i> e características relacionadas ao trabalho | 65 |
| 5.2.3.1. <i>Feedback</i> do supervisor | 65 |
| 5.2.3.2. Modelo demanda-controle e apoio social | 68 |
| 5.2.3.3. Faltas no trabalho | 72 |
| 5.2.4. Atitudes negativas no trabalho | 74 |
| 5.3. Depressão e Burnout | 75 |
| 5.4. <i>Bullying</i> e depressão | 77 |

| | |
|--|----|
| 5.5. Bullying e burnout | 79 |
| 5.6. Características do trabalho, <i>bullying</i> e saúde mental | 82 |
| 5.7. Forças e limitações do estudo | 88 |
| 6. CONCLUSÃO | 90 |
| 8. REFERÊNCIAS | 91 |

INTRODUÇÃO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA QUESTÃO DE PESQUISA

1.1. Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família

O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido estimulado por instituições internacionais desde 1978, quando ocorreu a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata¹. Nesses mais de quarenta anos a APS se desenvolveu de formas diferentes nas diversas regiões do mundo, encontrando desafios importantes na implementação em países de baixa e média renda². Em 2018 o tema voltou a receber atenção com a Conferência Global de Atenção Primária à Saúde, que gerou a Declaração de Astana³ na qual seus componentes reafirmaram o compromisso com a Declaração de Alma-Ata rumo à cobertura universal de saúde e ao alcance das Metas de Desenvolvimento Sustentável – atual agenda de desenvolvimento global⁴.

Mundialmente, têm se acumulado consistentes evidências científicas que sustentam a análise de que sistemas de saúde organizados a partir de uma APS robusta tem melhores impactos na saúde. Starfield e colaboradores⁵ identificaram seis mecanismos que podem estar associados com esses resultados positivos: melhor acesso a serviços necessários; melhor qualidade do cuidado; melhor foco em prevenção; manejo precoce de problemas de saúde; efeito cumulativo das características do cuidado da APS (acessível, abrangente, longitudinal, coordenadora do cuidado) e o papel da APS na redução de acesso desnecessário e potencialmente prejudicial às especialidades. Hansen e colaboradores⁶ pesquisaram dados dos 27 países da União Europeia e concluíram que viver em um país com uma APS robusta é benéfico para pessoas com doenças crônicas. Bazemore e colaboradores⁷ descreveram a associação que a abordagem abrangente do médico da APS estabelece com a diminuição de custos e hospitalizações no *Medicare* - sistema de seguros de saúde gerido pelo governo dos Estados Unidos para algumas parcelas da população.

No Brasil, foi criado o Programa Saúde da Família em 1994, voltado para a APS, mas foi principalmente a partir de 1998, com a criação do Piso de Atenção

Básica (PAB) que a estratégia ganhou condições concretas de se constituir de forma mais ampliada a partir de repasses de recursos do nível federal para nível municipal, de forma perene, a partir do cálculo per capita (e não por procedimento), para todos municípios do país que aderissem, o que significou expansão progressiva da Estratégia da Saúde da Família (ESF) a partir de então. Outro avanço nesse sentido foi a criação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), lançada em 2006, que estabeleceu diretrizes do que deveria ser a APS no Brasil, através da Estratégia de Saúde da Família.

Conforme dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde⁸, ao final de 2018 o Brasil contava com 43.016 equipes de Saúde da Família implantadas, cobrindo uma população estimada em 133.316.067 pessoas, aproximadamente 64.19% da população brasileira. Ao final de 2010, no município de São Paulo, segundo os dados do Ministério da Saúde, havia 928 equipes cadastradas, que cobriam uma população estimada em 3.201.600 pessoas, o que equivalia a 29,01% da população do município⁸.

A implantação e o investimento na ampliação da APS no Brasil representaram avanços tanto em relação a acesso ao sistema de saúde, à qualidade de serviços prestados quanto à redução de iniquidades⁹⁻¹³. Macinko e Harris¹⁰ descreveram evidências de que a ESF proporciona melhor acesso e qualidade, bem como maior satisfação ao usuário do que as unidades tradicionais (sem a ESF) e até mesmo do que algumas instalações do setor privado. Outras pesquisas evidenciaram que a expansão da ESF teve efeito importante na diminuição da taxa de mortalidade infantil^{14,15} bem como mortalidade pós-neonatal associada a diarreia e infecções respiratórias^{16,17}. Em coorte feita com mulheres de baixa renda no Rio de Janeiro, observou-se que o uso do serviço da ESF nos primeiros dois trimestres de gestação foi associado à significativa redução da mortalidade neonatal e infantil, do risco de baixo-peso ao nascer e de partos prematuros¹³.

Pesquisas também demonstraram associação entre a cobertura de ESF e diminuição de mortalidade por doenças cerebrovasculares e cardíacas, bem como diminuição de internações por essas causas^{9,17}. Foi verificada também queda da porcentagem de internações por causas sensíveis à atenção primária, o que é um indicador da qualidade da APS por identificar as internações que

podem ser evitadas por um acompanhamento adequado na APS. Apresentaram redução em 15,8% no período de 2000 a 2006¹⁸. Em estudo longitudinal avaliando dados nacionais de 1.622 municípios do país entre 2000 e 2013 observou-se redução da mortalidade por condições sensíveis à APS associada à cobertura da ESF. A redução da mortalidade foi maior na população negra (pretos e pardos) quando comparada à população branca, principalmente com base na redução da mortalidade por causas como doenças infecciosas, deficiências nutricionais e anemia, diabetes e doenças cardiovasculares na população negra¹¹. Um estudo de coorte com aproximadamente 1,2 milhão de habitantes do Rio de Janeiro observou que usuários da ESF tiveram redução de 44% do risco de mortalidade por qualquer causa quando comparado a não-usuários da ESF. Observaram também que os grupos com menor escolaridade, que recebiam Bolsa Família (programa condicional de transferência de renda), pretos e pardos apresentaram maior redução do risco¹².

Ainda que o Sistema Único de Saúde tenha ganhado destaque internacional com essas evidências^{10,19} é necessário que, para que a expansão e a qualidade da APS no país sigam progredindo, que os desafios nesse caminho sejam também elencados e estudados. Um desses elementos é o subfinanciamento do sistema por parte do Estado, que impacta em variados aspectos que vão desde a infraestrutura da rede, investimentos na integração da APS com outros níveis de atenção, até a regulação e a oferta de exames de apoio diagnóstico, entre outros^{17,20-22}.

Um outro desafio importante se refere às condições em que os trabalhadores estão inseridos no cotidiano da APS. A forma com que as Unidades Básicas de Saúde são geridas pelas diferentes Organizações Sociais (OS) e outras entidades conveniadas, a partir dos contratos firmados com os municípios, influenciam de forma importante como se dá a dinâmica de organização dos processos de trabalho. Atualmente esse modelo de gestão está em ampliação nacionalmente²³ e está consolidado na cidade de São Paulo^{24,25}. As OS são uma modalidade de gestão de serviços públicos de saúde por entes de direito privado que foi criada pela Lei 9.637/1998²⁶ no contexto de políticas neoliberais que influenciaram a criação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) no Governo Fernando Henrique Cardoso. Essa

contrarreforma do Estado visava limitar o espectro de ação do Estado apenas para o que fosse considerado exclusivo do Estado, reservando para a propriedade pública não-estatal ou para iniciativa privada a gestão de serviços não-exclusivos, categoria na qual foi incluído o setor saúde. Apesar da justificativa utilizada naquele momento ter sido o aumento da eficiência e da qualidade dos serviços públicos enquanto seriam reduzidos os custos através da flexibilização da gestão pública e das relações de trabalho, estudos problematizam se esses objetivos foram alcançados através desse modelo de gestão²⁷⁻²⁹. Há estudos que discutem que uma gestão focada principalmente no alcance de determinadas metas quantitativas no trabalho em saúde, pode gerar distorções inesperadas³⁰ como medição inadequada, atenção exacerbada em alcançar metas quantitativas, negligenciando outros aspectos que compõem a complexidade do trabalho na APS ou mesmo a educação permanente dos profissionais, foco no curto prazo, rigidez excessiva dos processos de trabalho, quebra de confiança na instituição, sensação de injustiça e exposição ao bullying, assédio e intimidação²⁸. A alta rotatividade dos trabalhadores da APS ainda é um problema, associado a diferentes contratos e salários praticados por diferentes contratantes dos municípios, entre outras manifestações de precarização do trabalho^{17,29,31}. Elementos do contexto de trabalho, incluindo violência laboral, que afetem a saúde mental desses trabalhadores podem repercutir não apenas individualmente, mas na qualidade do cuidado prestado e até de forma problemática na própria viabilidade do sistema de saúde.

1.2. Bullying no trabalho

1.2.1. Conceito

Leymann é considerado precursor das pesquisas sobre a relação entre o ambiente de trabalho e a saúde psíquica, campo de estudo no qual foi investigado o fenômeno que hoje é internacionalmente denominado como *bullying* no trabalho e no Brasil é denominado como assédio moral. Aqui apresento, brevemente, a trajetória do conceito e interfaces com o assédio moral.

Heinz Leymann, nascido na Alemanha e doutor em psicologia do trabalho, se dedicou na Suécia, na década de 1980 a estudar a relação entre ambiente do trabalho e a saúde. O contexto na Suécia era de uma nova legislação de 1977, “Lei do Ambiente de Trabalho”, a qual regulava a proteção física e psíquica dos trabalhadores no ambiente de trabalho e visava eliminar as condições que pudessem ser desencadeadoras de problemas de saúde mental³². Havia na época um fundo nacional de financiamento para o campo da Psicologia do Trabalho que estimulou a expansão de pesquisas sobre o tema³³. Leymann observou o fenômeno de maus-tratos sistemáticos e exclusão social no trabalho que descreveu em seu livro de 1986 “*Mobbing – Psychological Violence at Work*” e ao final da década de 1980 sua contribuição já havia aumentado o interesse no tema e estudos de grande escala na região da Suécia, Noruega e Finlândia foram desencadeados³⁴.

A partir da análise de centenas de relatos de caso e dados epidemiológicos de trabalhadores na região escandinava, ele propôs, na década de 1990^{33,35}, o conceito de “*mobbing*” no trabalho, ou “*psychological terror*”, como sendo comunicação hostil e antiética direcionada por uma ou mais pessoas a um indivíduo, de forma sistemática, levando esse indivíduo a uma posição indefesa. Ocorrem frequentemente (pelo menos uma vez por semana) e por um certo período de duração (por pelo menos 6 meses). Em função dessa frequência e duração, seus impactos incluem repercussões psicológicas, psicossomáticas e sociais. A definição exclui conflitos temporários e foca no momento em que a situação psicossocial começa a se apresentar como condições psiquiátricas ou psicossomáticas. Destaca que a diferença entre “conflito” e “*mobbing*” não se localiza, portanto, no que é feito ou como é feito, mas na sua frequência e duração. Além da definição, ele estabeleceu um questionário, o Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT) para contribuir na identificação do fenômeno.

Paralelamente ao desenvolvimento desse tema nos países nórdicos, na Inglaterra, a jornalista britânica Andrea Adams inaugurou o debate público sobre bullying no trabalho com seus programas de rádio da BBC na década de 1980 no qual trazia a importância dos relatos de *bullying* no trabalho e suas consequências negativas. O programa recebeu inúmeros relatos de

trabalhadores sobre episódio de violência no trabalho. A seguir foram desenvolvidos estudos de larga-escala que descreveram e investigaram o fenômeno no Reino Unido.

Ainda ao final da década de 1990 na França, a psiquiatra Marie France Hirigoyen publicou seu livro *Le harcèlement moral, la violence perverse au quotidien* (O assédio moral, a violência perversa do cotidiano, de 1998³⁶) o qual se tornou rapidamente um best seller e ampliou o debate público sobre o tema. Em 2001 Hirigoyen lançou seu segundo livro sobre o tema, *Malaise dans le travail: démêler le vrai du faux* (que na versão em português recebeu o título de *Mal-estar no trabalho: redefinindo o assédio moral*³⁷), onde reafirma a importância de se discernir o que é assédio moral e o que não o é. Para a autora “o assédio moral no trabalho é definido como qualquer conduta abusiva (gesto, palavra, comportamento e atitude) que atente, por sua repetição ou sistematização, contra a dignidade ou integridade psíquica ou física de uma pessoa, ameaçando o seu emprego ou degradando o clima de trabalho. (Hirigoyen, 2001, p. 17, apud Freitas 2008)

Soboll e Heloani³⁸ resgatam que no Brasil as discussões e o desenvolvimento de estudos sobre assédio moral se deram a partir dos anos 2000. A dissertação de mestrado de Margarida Barreto, "Uma jornada de humilhações" de 2000 e sua tese de doutorado "Assédio moral: a violência sutil" de 2005, associado à sua atuação enquanto médica e pesquisadora no contexto sindical propiciou o desenvolvimento do debate sobre o tema do assédio tanto no meio acadêmico, quanto jurídico, quanto junto aos trabalhadores e trabalhadoras³⁸. Em sua tese, Barreto explicita que, ao entrar em contato com o trabalho de Hirigoyen, constatou que o que havia estudado em sua dissertação de mestrado e denominado como uma jornada de humilhações, tratava-se de assédio moral³⁹. Além das produções de Barreto e as traduções dos livros de Hirigoyen (2000, 2002), as publicações de Maria Ester de Freitas (2001) e de Roberto Heloani (2003, 2004) compõem também as referências que inauguraram esse debate no Brasil.

Para Freitas, Barreto e Heloani: assédio moral é uma conduta abusiva, intencional, frequente e repetida, que ocorre no ambiente de trabalho e que visa diminuir, humilhar, vexar, constranger, desqualificar e demolir psicologicamente um

indivíduo ou um grupo, degradando as suas condições de trabalho, atingindo a sua dignidade e colocando em risco a sua integridade pessoal e profissional³².

O desenvolvimento das pesquisas sobre o tema nos Estados Unidos da América (EUA) teve um caminho menos homogêneo em termos de constructos teóricos³⁴. Apesar de Carroll M. Brodsky, psiquiatra e antropólogo estado-unidense, ter descrito diversos casos de bullying em seu livro “The harassed worker” (O trabalhador assediado, em tradução livre) de 1976, o livro não teve muita atenção na época, tendo sido resgatado pelos pesquisadores noruegueses Einarsen, Matthiessen e Raknes em 1994³⁴. As produções acadêmicas nos EUA sobre “workplace bullying” se desenvolveram principalmente a partir dos anos 2000 dentro do campo de agressão no trabalho, usando outros termos como “workplace aggression”, “workplace emotional abuse”, “workplace abuse”, “workplace incivility”, “social undermining”, “interpersonal mistreatment”, “workplace victimization”, “workplace harassment”, “workplace ostracism”, entre outros^{34,40}.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT), agência da Organização das Nações Unidas (ONU), em sua publicação que visa guiar as instituições internacionalmente na identificação e combate da violência no trabalho no setor de serviços, define violência no trabalho como “qualquer ação, incidente ou comportamento que se afaste da conduta razoável em que pessoa é agredida, ameaçada, prejudicada, ferida no curso ou como resultado direto de seu trabalho”. Dentro desse espectro de violência a instituição divide em duas categorias, a de violência externa que ocorre entre pessoas de fora do trabalho com trabalhadores, gerentes e supervisores, e a violência interna, que ocorre entre trabalhadores, gerentes e supervisores, categoria na qual incluiria o bullying no trabalho e o assédio moral⁴¹.

Atualmente, em livro com editores que são referência da tradição europeia de pesquisa em bullying, Einarsen (Noruega), Hoel (Reino Unido), Zapf (Alemanha) e Cooper (Reino Unido), em sua terceira edição, *Bullying and Harassment in the Workplace: Theory, Research and Practice*³⁴ usam como sinônimos os termos “bullying”, “harassment” e “mobbing”, sendo que *harassment* entrou inclusive no título da publicação nessa terceira edição de

2020, substituindo o termo *emotional abuse* que compunha o título das duas primeiras edições de 2003 e 2011.

Uma definição amplamente aceita e usada como referência nas publicações é a de Einarsen e colaboradores³⁴ que afirmam que *bullying* no trabalho significa assediar, ofender, excluir socialmente alguém ou afetar negativamente suas tarefas no trabalho e que para ser considerado *bullying* é necessário que a atividade, processo ou interação com essas características ocorra de forma repetitiva e regular (semanalmente, por exemplo) e por um certo período de duração (seis meses, por exemplo). O conceito de *bullying* inclui, em geral, três características: o comportamento é repetitivo, com efeito negativo sobre a vítima e a vítima apresenta dificuldade para se defender³⁴. O instrumento proposto por Einarsen e colaboradores para identificar bullying no trabalho foi o Negative Acts Questionnaire (NAQ) e posteriormente o NAQ-Revised⁴².

| Autores de referência | País | Termo | Definição |
|--|-------------|---|--|
| Leymann, 1990 | Suécia | <i>Mobbing, psychological terror (bullying)</i> | Comunicação hostil e antiética direcionada por uma ou mais pessoas a um indivíduo, de forma sistemática, levando esse indivíduo a uma posição indefesa. Ocorrem frequentemente (pelo menos uma vez por semana) e por um certo período de duração (por pelo menos 6 meses). |
| Einarsen et al 2003 Einarsen et al 2020 | Noruega | <i>Bullying at work (mobbing, harassment)</i> | Assediar, ofender, excluir socialmente alguém ou afetar negativamente suas tarefas no trabalho e que para ser considerado <i>bullying</i> é necessário que a atividade, processo ou interação com essas características ocorra de forma repetitiva e regular (semanalmente, por exemplo) e por um certo período de duração (seis meses, por exemplo). É um processo progressivo no qual a pessoa confrontada fica em uma posição inferior e se torna alvo de atos sociais negativos de forma sistemática, e que um conflito não pode ser |

| | | | |
|--------------------|--------|--------------------------|--|
| | | | classificado como <i>bullying</i> se as duas partes tiverem forças equivalentes. |
| Hirigoyen, 1998 | França | <i>Harcèlement moral</i> | Qualquer conduta abusiva (gesto, palavra, comportamento, atitude) que atente, por sua repetição ou sistematização, contra a dignidade ou integridade psíquica ou física de uma pessoa, ameaçando o seu emprego ou degradando o clima de trabalho |
| Barreto, 2005 | Brasil | Assédio moral | conduta abusiva, intencional, frequente e repetida, que ocorre no ambiente de trabalho e que visa diminuir, humilhar, vexar, constranger, desqualificar e demolir psicologicamente um indivíduo ou um grupo, degradando as suas condições de trabalho, atingindo a sua dignidade e colocando em risco a sua integridade pessoal e profissional |

Quadro 1 - Definições de bullying, mobbing e assédio moral

Freitas e colaboradores [2008] resgatam quatro categorias de assédio moral propostas por Hirigoyen. Todas as categorias de assédio moral são compostas por atitudes que caracterizam, de forma semelhante, o bullying através das questões do Negative Acts Questionnaire (NAQ-R) utilizadas no presente estudo, conforme exposto no Quadro 2. As equivalências e semelhanças demonstradas nos quadros 1 e 2 são notáveis e fundamentam o fato de diversos autores nacionais e internacionais utilizarem bullying como sinônimo de assédio moral^{34,38,43,44}, apesar de suas diferenças, que talvez se concentre no debate da intencionalidade do perpetrador. No presente estudo usaremos o termo bullying no trabalho uma vez que é o termo utilizado pelos autores do NAQ-R, ou seja, o instrumento aqui utilizado de referência mede bullying no trabalho, e pela possibilidade de comparação com os achados de outros estudos nacionais e internacionais que utilizaram o mesmo instrumento. Porém, é importante destacar que compreendemos que são manifestações captadas de um mesmo fenômeno, de grande complexidade.

| Atitudes hostis que caracterizam o assédio moral por Hirigoyen | Atitudes negativas que compõem o NAQ-R que foram utilizadas no presente estudo |
|---|--|
| <p>1-Deterioração proposital das condições de trabalho</p> <ul style="list-style-type: none"> -Não lhe transmitir mais as informações úteis para a realização de tarefas -Criticar seu trabalho de forma injusta ou exagerada. -Atribuir-lhe proposital e sistematicamente tarefas inferiores às suas competências. -Retirar o trabalho que normalmente lhe compete. | <ul style="list-style-type: none"> 1. Alguém escondeu informação que afeta o seu desempenho? 2. Foi humilhado ou ridicularizado em relação ao seu trabalho? 3. Foi obrigado a desempenhar funções abaixo do nível das suas competências? 4. Alguém retirou ou substituiu responsabilidades-chaves da sua função por outras pouco importantes e/ou desagradáveis? |
| <p>2-Isolamento e recusa de comunicação</p> <ul style="list-style-type: none"> -Superiores hierárquicos ou colegas não dialogam com a vítima. -Recusa-se todo o contato com ela, mesmo o visual. -É posta separada dos outros. -Ignoram sua presença, dirigindo-se apenas aos outros. | <ul style="list-style-type: none"> 6. Você se sentiu ignorado, excluído ou marginalizado (a)? |
| <p>3-Atentado contra a dignidade</p> <ul style="list-style-type: none"> -Espalham rumores a seu respeito. -Utilizam insinuações desdenhosas para qualificá-la. -Zombam de suas deficiências físicas ou de seu aspecto físico; é imitada ou caricaturada. -Criticam sua vida privada. -Zombam de sua origem ou de sua nacionalidade. -Implicam com suas crenças religiosas ou convicções políticas. -Atribuem-lhe tarefas humilhantes. | <ul style="list-style-type: none"> 5. Alguém espalhou rumores/boatos sobre você? 7. Você se sentiu insultado ou alguém fez comentários ofensivos sobre você (hábitos e origens), atitudes ou vida privada? 2. Foi humilhado ou ridicularizado em relação ao seu trabalho? |

| | |
|---|--|
| <p>4-Violência verbal, física ou sexual</p> <p>-Ameaças de violência física.</p> <p>-Agridem-na fisicamente, mesmo que de leve; é empurrada, fecham-lhe a porta.</p> <p>-Falam com ela aos gritos.</p> | <p>8. Alguém gritou com você ou você foi alvo de explosões de raiva?</p> <p>9. Alguém intimidou você (apontaram-lhe o dedo, invadiram o seu espaço pessoal, foi empurrado ou bloquearam/barraram o seu caminho)?</p> |
|---|--|

Quadro 2 - Semelhanças entre atitudes que caracterizam o assédio moral e o bullying.

1.2.2. Modelos explicativos

Leymann propôs um modelo explicativo para o fenômeno de *bullying/mobbing* no trabalho nomeado de “hipótese do ambiente de trabalho”^{33,35}. Ele defendia que o *bullying*, um fenômeno social extremo desencadeado por estressores sociais também extremos, estaria relacionado principalmente aos fatores de risco de condições inadequadas da organização do trabalho associada a uma insuficiência de manejo de conflitos por parte da instituição. Ele partia do pressuposto de que conflitos no trabalho fazem parte do cotidiano, mas que o processo de evolução desses conflitos para *bullying*, portanto, de um problema pontual para uma violência persistente, com sérias consequências tanto para o indivíduo quanto para a instituição, seria potencializado pela ausência de manejo da crise, cuja responsabilidade é da organização, na figura do supervisor. O mesmo defendia na época que teorias relacionadas à personalidade da vítima como fator de risco seriam problemáticas pois o ambiente de trabalho deveria ser um espaço regido por regras de convivência e comportamento muito claras, que propiciassem o trabalho colaborativo e seguro para os trabalhadores e que após exposição à atitudes negativas no trabalho a vítima poderia desenvolver alterações de comportamento e personalidade que poderiam ser confundidas com a causa do *bullying*, quando poderiam ser consequência do mesmo.

Diversos estudos, de diferentes desenhos, nas décadas seguintes, reforçaram a “hipótese do ambiente de trabalho” de Leymann^{34,45-52}. A partir de estudos de caso junto à gerentes de recursos humanos, representantes sindicais

e consultores, Baillien em 2009 propôs um modelo de três vias de desenvolvimento do *bullying* no trabalho⁴⁷. A primeira, é de que o *bullying* é consequência de conflitos interpessoais escalados e que uma frequência basal de conflitos alta, relacionada às características organizacionais como conflitos de papéis ou restrições de alguma ordem (como de pessoal ou de recursos) aumenta a chance de esses conflitos evoluírem para *bullying*. A segunda, é de que o *bullying* está relacionado à dificuldade dos trabalhadores, tanto dos perpetradores, como das vítimas, de lidarem com o estresse referente a problemas do trabalho. E que a ausência de recursos no trabalho (como apoio social e controle sobre o próprio trabalho) interfere sobre essa capacidade de lidar com a frustração e potencializa o processo de escalada dos conflitos em direção ao *bullying*. A terceira, é de que o *bullying* é desencadeado também pela cultura organizacional destrutiva, como por exemplo uma dinâmica de propagar boatos de forma recorrente.

Einarsen e colaboradores³⁴ problematizam o fato de os estudos ainda não serem definitivos sobre os fatores envolvidos no desenvolvimento do *bullying*, e propõem um modelo explicativo multicausal que inclui características individuais dos perpetradores e das vítimas, características da dinâmica do grupo, características da organização e também fatores culturais e socioeconômicos, os quais se interagem com os demais fatores durante todo o processo, desde o conflito inicial, sua percepção, sua forma e frequência de expressão, até a escalada para o *bullying* severo e sua perpetuação (Figura 1)⁵³⁻⁵⁶.

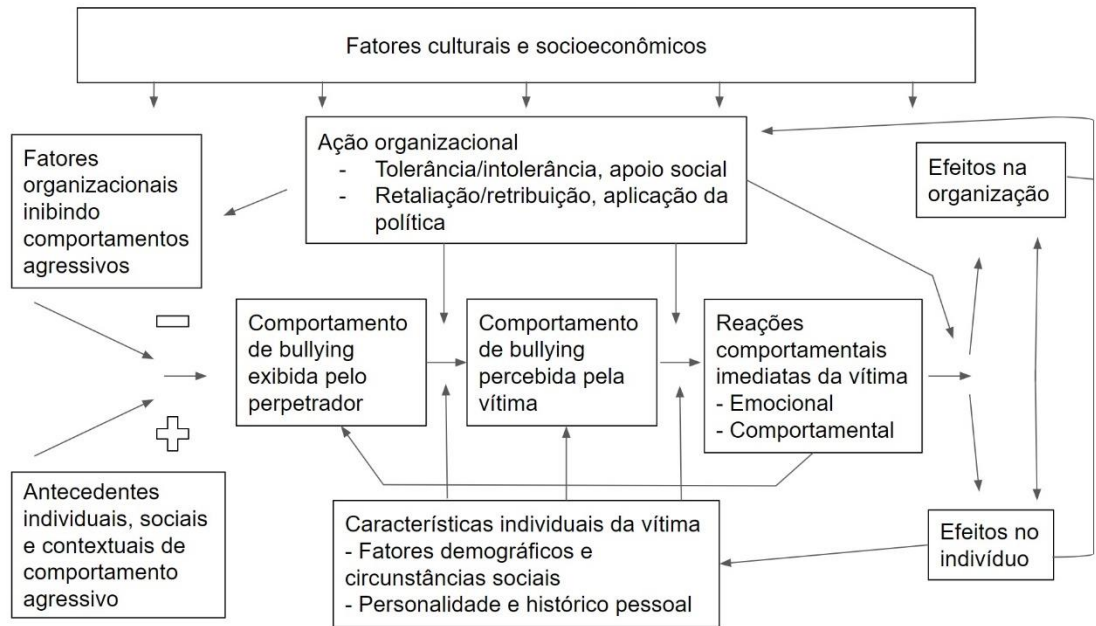


Figura 1 - Modelo explicativo para estudo e manejo do bullying no trabalho proposto por Einarsen e colaboradores, 2020³⁴.

A relação entre o fenômeno da violência no trabalho e o contexto socioeconômico e cultural também são discutidos por autores brasileiros. Barreto e Heloani⁵⁷, a partir de uma perspectiva histórico-social, afirmam que a violência e o assédio laboral se relacionam com um cenário de intolerância social e reproduzem no local de trabalho aspectos relacionados às relações de poder e à dinâmica antagônica entre capital e trabalho na contemporaneidade. A intolerância é expressão e instrumento social de grupos favorecidos na sociedade que se beneficiam da segregação do que não é considerado parte de si, e por isso recusam o outro, não reconhecem o outro como igual em direitos. A interação desses fenômenos se manifesta em um contexto de cultura neoliberal que alimenta relações individualistas, competitivas, consumistas, intolerantes e podem, no local de trabalho, tomar formas de violência direcionada aos considerados improdutivos, incapazes, que adoecem, que não suportam a pressão e por isso não seriam confiáveis, podendo incluir motivações de intolerância étnica/racial, de gênero, de orientação sexual, de classe, religiosa, política, capacitista, xenofóbica. Os autores⁵⁷ apontam que a violência no trabalho reproduz no micro aspectos do macro, mediados pela cultura organizacional e pelas características do trabalho.

Ramos Filho⁵⁸ discute que a reestruturação produtiva trouxe mudanças para o mundo do trabalho que, sob a égide do capitalismo gerencial, intensificou a restrição da autonomia do trabalhador, e a precarização do trabalho, vinculado a fixação de metas a serem atingidas tanto individualmente quanto coletivamente, aumento da intensidade do trabalho, sobrepondo e intensificando elementos que já eram geradores de ansiedade. Soma-se a isso a preocupação com a possibilidade iminente de desemprego e desamparo social, o que alimenta um contexto de medo, de competição entre pares, de fragilização do espírito coletivo e de piora da saúde mental dos trabalhadores⁵⁹. O autor discute que a maioria dos casos de assédio moral laboral que chegam para apreciação do Judiciário Trabalhista são casos de assédio moral do tipo empresarial – uma subcategoria de assédio moral que não é objeto de estudo da presente pesquisa - que decorre de métodos de gestão e técnicas utilizadas para extração de uma maior produtividade dos trabalhadores e a necessidade de atingir metas e expectativas da empresa⁵⁸. Seria também um reflexo do contexto socioeconômico que se materializa no cotidiano do trabalho, não apenas na indústria, mas também no setor de serviços. Considerando que parte crescente da APS no Brasil está sob gestão de entidades privadas conveniadas com setor público (no caso, os municípios), cabe refletir sobre quais seriam os impactos da hegemonia do paradigma gerencialista na organização dos processos de trabalho na APS e sua relação com *bullying*^{28,29}. Ainda que a literatura internacional aponte que o *bullying* acontece em todos os setores do mundo do trabalho, com tendência a ocorrer mais frequentemente no setor público do que no setor privado³⁴.

O campo da Saúde do Trabalhador tem como objeto de pesquisa e intervenção o adoecimento das pessoas e sua relação com o trabalho, entendendo o trabalho enquanto organizador da vida social^{60,61}. O estudo da organização dos processos de trabalho e sua relação com dimensões mais abrangentes do processo saúde-doença, incluindo sua complexa relação com a saúde mental de trabalhadores⁵⁹, ainda que não seja abordado de forma aprofundada, compõe parte das referências utilizadas para confecção do presente trabalho juntamente com demais referências já citadas que produzem pesquisas dentro do campo da Saúde Ocupacional.

1.2.3. Prevalência

A prevalência do *bullying* em local de trabalho é um dado que varia consideravelmente na literatura e pode ter relação com o fato da definição ser diversa, da variação de recorte de tempo escolhido pelos pesquisadores para ser avaliado, das características dos instrumentos utilizados para captar a dimensão do fenômeno⁶² e também de fatores culturais e estruturais que podem afetar a própria percepção das pessoas em relação ao fenômeno e sua disponibilidade em relatá-los^{55,63}. Nielsen e colaboradores apontaram que a prevalência de *bullying* na Noruega variou entre de 2% a 14,3% na mesma população estudada, dependendo da forma de medição do fenômeno⁶⁴. Em um estudo que avaliou 1.775 trabalhadores na Noruega, foi demonstrada prevalência autodeclarada de 19,1% de *bullying* relacionado ao trabalho⁶⁵. Um estudo realizado na França detectou uma prevalência de *bullying* em local de trabalho de 22,3% em homens e 23,7% em mulheres em uma amostra de 46.962 trabalhadores da população geral, de diferentes setores, incluindo gerentes, técnicos, atendentes e operários⁶⁶.

Ainda que a prevalência geral apresente variações, essa constatação não diminui a relevância do fenômeno, que parece ter impacto particularmente preocupante quando se examina sua magnitude e suas repercussões no âmbito do setor saúde.

Chambers e colaboradores (2018) observaram que a prevalência de *bullying* entre médicos e dentistas no sistema público de saúde na Nova Zelândia foi de 38%⁶⁷. O setor de emergências médicas apresentou a taxa mais alta, de 47,9%. Neste estudo, chamou à atenção o fato de que 69,6% dos profissionais expostos ao *bullying* se recusaram a reportá-lo, o que pode apontar para a problemática da baixa identificação do problema no cotidiano do trabalho. Dados semelhantes foram descritos por Ling e colaboradores (2016), de que a prevalência geral de *bullying* no setor de Cirurgia Geral na Austrália é de 47%, sendo que em trainees a prevalência foi de 64% e em mulheres de 57%. Apenas 18% das vítimas de *bullying* reportaram formalmente à instituição⁶⁸. Uma

pesquisa com trabalhadores do *National Health Service* (NHS) inglês apontou prevalência de 20% de *bullying* em local de trabalho⁶⁹. A exposição ao *bullying* (como vítima ou ao presenciar o fenômeno) foi associada com menores níveis de saúde mental e satisfação no trabalho, além de maiores níveis de intenção de sair do trabalho. Esses autores investigaram também possíveis barreiras para reportar o *bullying*. Entre essas barreiras estão a senioridade (anos de vínculo empregatício e experiência) do agressor, a percepção de que nada mudaria após a denúncia, o receio de ser visto como causador de problemas e a incerteza sobre como os casos de *bullying* seriam manejados na instituição⁶⁹.

1.2.4. Repercussões

O *bullying* no trabalho apresenta repercussões importantes tanto para os indivíduos quanto para as instituições^{9-13,42}. Especificamente na categoria da enfermagem, a presença de violência horizontal e *bullying* é um fenômeno amplamente documentado, desde a graduação até o mundo do trabalho⁷⁰⁻⁷³. Olsen e colaboradores (2017), em uma pesquisa com enfermeiras de hospitais públicos na Noruega, apontaram que estresse institucional e dilemas éticos aumentam *bullying* no local de trabalho e reduzem a performance laboral, a satisfação laboral e as habilidades de trabalho⁷⁴. Outra consequência do *bullying* na enfermagem que tem sido estudada é a desistência da profissão e a dificuldade de recrutamento de enfermeiros, como relatado no âmbito do NHS⁷⁵ e também no sistema de saúde do Canadá⁷⁶. Em um estudo com enfermeiros canadenses que desistiram da profissão nos primeiros cinco anos de carreira foi apontado o *bullying* e a violência horizontal como fatores envolvidos nessa decisão⁷⁷.

A relação da exposição ao *bullying* no local de trabalho com intenção de sair do emprego, com alta rotatividade, com menor produtividade, com afastamentos por doença são outras repercussões do fenômeno^{63,69}. Uma pesquisa com trabalhadores de um hospital dinamarquês identificou que 20% dos trabalhadores apresentavam afastamento por doença considerado elevado (acima de 14 dias). A exposição ao *bullying* em local de trabalho foi um dos fatores que se mostrou estatisticamente associado ao afastamento⁷⁸. Um estudo nacional com trabalhadores na França também apontou que exposição ao *bullying* no local de trabalho é um fator de risco tanto para número de episódios

de afastamento por doença quanto para aumento da duração dos afastamentos⁶⁶.

As consequências do *bullying* na qualidade do cuidado prestado ao paciente também tem sido investigado⁷⁹. A relação do *bullying* e da qualidade do cuidado prestado por trabalhadores da saúde, articula-se ao impacto do *bullying* sobre a saúde mental, a concentração, liberdade de comunicação⁶⁹ e *performance* laboral⁷⁴. Nesse sentido, um estudo realizado no *National Health System* (NHS) observou que os trabalhadores que reportaram ter sofrido *bullying* no trabalho, referiram mais erros nas práticas de trabalho e terem realizado condutas não recomendadas⁷⁹. Em um estudo realizado na Nova Zelândia⁶⁷, além do *bullying* ter sido significativamente associado ao aumento de demandas de trabalho e menor apoio gerencial e dos pares, as consequências do *bullying* observadas foram desde afetar ambiente de trabalho, afetar bem-estar pessoal e reduzir a qualidade do cuidado ao paciente⁶⁷.

As consequências individuais na saúde dos profissionais que foram expostos ao *bullying* em local de trabalho também tem sido investigada. Um estudo realizado na Lituânia com médicos de família, enfermeiros e professores, apontou, além de uma prevalência de *bullying* de 19%, 12,9% e 4,1% respectivamente, a associação do *bullying* em local de trabalho com o desenvolvimento de estresse e sintomas de síndrome de estresse pós-traumático⁸⁰. Um estudo em UTI neonatal na Grécia apontou, além de uma prevalência de *bullying* de 53,1% em médicos e de 53,6% em enfermeiros, uma associação da exposição ao *bullying* a maiores sintomas de estresse⁸¹. Uma pesquisa com residentes de cirurgia apontou uma prevalência de síndrome de estresse pós-traumático de 22% (três vezes maior que na população geral) e o *bullying* foi apontado como um efeito estressor desencadeante pelos entrevistados⁸². Nielsen e colaboradores, em revisão sistemática, descreveram que um resultado consistente entre os estudos selecionados foi de que a exposição ao *bullying* é significativamente associada ao desenvolvimento de problemas de saúde mental e de sintomas somáticos⁸³. Nesse contexto de problemas de saúde mental associados a exposição ao *bullying* em local de trabalho, abordaremos a seguir aspectos mais específicos relacionados a sintomas depressivos, *burnout* e ideação suicida.

A maioria dos estudos que investigaram *bullying* no contexto laboral na área da saúde foram realizados em países de alta renda, como os países supracitados, e estudaram profissionais que atuavam no contexto hospitalar. Raros são os estudos que investigaram a exposição ao *bullying* no contexto da Atenção Primária em países de baixa e média renda.

1.2.4.1. Saúde mental dos trabalhadores

É estimado que transtornos mentais sejam responsáveis, mundialmente, por 16% dos "anos de vida ajustados por incapacidade" (do inglês disability adjusted life years - DALYs), segundo os dados do *2019 Global Burden of Disease Study*⁸⁴. Entre os fatores de risco para o adoecimento mental estão características do trabalho.

A relação entre adoecimento mental e características do trabalho tem sido estudada historicamente em diferentes campos do conhecimento⁵⁹. Edith Seligmann-Silva, pesquisadora brasileira, sintetiza que atualmente há, predominantemente, três correntes de pensamento que fundamentam as pesquisas nessa área: 1) a que tem raízes na teoria do estresse; 2) a de referencial psicanalítico que tem como um exemplo a abordagem da Psicodinâmica do Trabalho de Dejours 3) a de fundamentação no materialismo histórico e utiliza, no Brasil, o conceito de desgaste mental, de Seligmann-Silva, o qual teve como referência a discussão de desgaste e carga de trabalho de autores latino-americanos como Laurell e Noriega⁸⁵.

Leymann, em 1996, contextualiza a o desenvolvimento da pesquisa sobre *mobbing/bullying* dentro do campo anglo-saxão e escandinavo da medicina do estresse, principalmente nos EUA e Suécia. Ele conceitua o *bullying* como sendo um fenômeno social extremo, desencadeado por estressores sociais extremos, que causam um conjunto de efeitos negativos, que seriam reações de estresse biológicas e psicológicas. A reação biológica de estresse causaria impacto psicológico que poderiam impactar também o comportamento³³. Leymann inclusive cita Karasek e Theorell como parte desse campo de estudo em comum, porém nos EUA.

Karasek com sua publicação “Job Demands, Job Decision Latitude and Mental Strain: Implications for Job Redesign” de 1979⁸⁶, analisando amostras representativas de trabalhadores dos EUA e da Suécia propôs um modelo teórico que relacionava aspectos da organização do trabalho com o estresse e desgaste mental (nesse estudo as categorias exaustão e sintomas depressivos/ansiosos) que ficou conhecido como modelo demanda-controle ou modelo de estresse no trabalho. Esse modelo postulou que o estresse no trabalho é desencadeado e intensificado pela interação entre demandas do trabalho e o controle que o trabalhador tem sobre seu trabalho. As demandas incluem demandas psicológicas, a carga e ritmo de trabalho, grau de exigência, entre outros. O grau de controle reflete o poder de tomada de decisão que tem o trabalhador, bem como o controle sobre o uso de suas habilidades na execução de suas funções e tarefas. A interação desses dois componentes forma quatro tipos de trabalho (Figura 2):

- Baixo desgaste: de baixa demanda e de alto controle. Essa combinação é considerada a menos desgastante, com as melhores condições e com as melhores consequências para a saúde mental;
- Passivo: de baixa demanda e de baixo controle. Esse tipo é caracterizado por tarefas repetitivas, não-desafiadoras. O trabalhador não é estimulado a ter iniciativa e pode desencadear uma atrofia das habilidades do trabalhador;
- Ativo: de alta demanda e de alto controle. Tem maior relação com crescimento e satisfação profissional. O trabalhador vivencia o desafio de lidar com a alta demanda, porém com um poder significativo de decisão de como fazê-lo;
- Alto desgaste: de alta demanda e de baixo controle. Essa combinação é considerada a mais desgastante e está associada aos piores desfechos de saúde física e mental dos trabalhadores, bem como de insatisfação profissional.

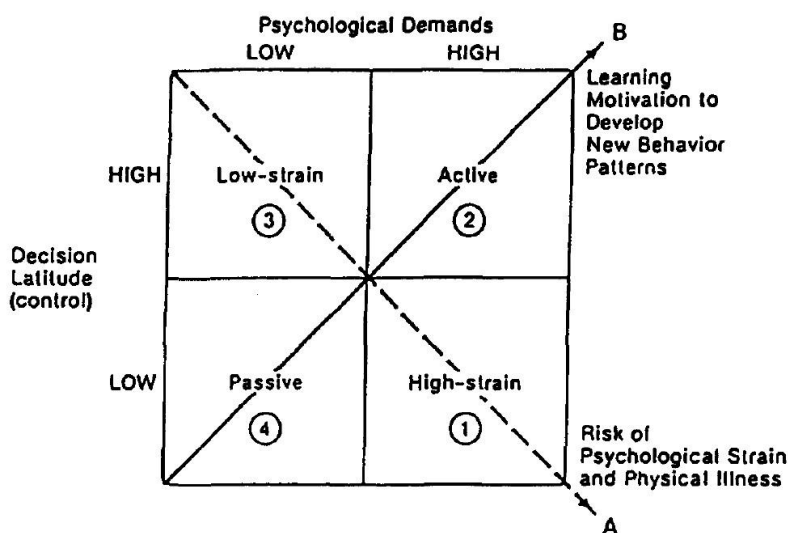


Figura 2 - Modelo demanda-controle, em Theorell e Karasek, 1996⁸⁷

Ao modelo original da demanda-controle foi adicionada outra dimensão, a de apoio social no trabalho^{88,89}, a qual inclui tanto o apoio que recebe no trabalho por parte dos colegas quanto por parte da supervisão.

A partir da década de 1980 o modelo demanda-controle de Karasek (e posteriormente com a adição da dimensão de apoio social no trabalho) foi o principal modelo utilizado para investigar a relação entre características do trabalho - que estão sob os domínios de demanda, controle e apoio social - e diferentes formas de estresse e desgaste ocupacionais, geralmente através de indicadores de piora da saúde física e mental^{86,88-91}, acumulando evidências empíricas dessa relação^{90,92}. Os pressupostos do modelo incluem as hipóteses de que alta demanda se relaciona com maior desgaste; de que baixo controle se relaciona com maior desgaste; e que demanda e controle interagem de forma sinérgica (e não apenas uma soma dos efeitos), onde o pior cenário seria de alta demanda com baixo controle, o tipo alto desgaste. A hipótese inclui o efeito tampão, de amortecimento, que o aumento do controle desempenharia, diminuindo consequências negativas da alta demanda⁸⁶. A introdução da dimensão do apoio social trouxe a hipótese de que apoio teria esse efeito tampão ao diminuir as consequências negativas do trabalho de alto desgaste. No modelo demanda-controle-apoio, o pior cenário seria a categoria de alto desgaste com isolamento social (hipótese *iso-strain*)⁸⁹.

Ainda que a hipótese do ambiente de trabalho de Leymann, cuja investigação e evidências empíricas proliferaram a partir da década de 1990, e os pressupostos do modelo de Karasek tivessem pontos em comum, foi aproximadamente a partir da década de 2010 que pesquisadores passaram a investigar mais especificamente a relação do modelo demanda-controle com o *bullying* no trabalho⁹³⁻⁹⁹.

O modelo explicativo de três vias de desenvolvimento do *bullying* no trabalho proposto por Baillien em 2009⁴⁷, desenvolvido na linha da hipótese do ambiente de trabalho, inclui a hipótese de que o *bullying* está, também, relacionado à dificuldade dos trabalhadores, perpetradores e vítimas, de lidarem com o estresse referente aos problemas do trabalho. A ausência de recursos, como apoio social e controle sobre o próprio trabalho - componentes também do modelo demanda-controle-apoio social - interferiria sobre essa capacidade de lidar com a frustração e potencializaria o processo de escalada dos conflitos em direção ao *bullying*. Em relação às vítimas, a alta demanda esgotaria sua força e energia enquanto a falta de recursos no trabalho frustraria sua motivação. Essa combinação poderia fazer com que o trabalhador se torne um alvo mais fácil, considerando a baixa resistência que estaria sendo capaz de oferecer frente a uma hostilidade ou injustiça persistente no trabalho¹⁰⁰. Em relação aos perpetradores, a combinação de alta demanda e baixos recursos no trabalho poderia desencadear comportamentos hostis e engajamento no *bullying* como tentativa de lidar com a frustração e tentar retomar o controle⁹⁶.

Harvey e colaboradores¹⁰¹ (2017), em revisão sistemática, investigaram características relacionadas ao trabalho que estão associadas ao desenvolvimento de depressão e/ou ansiedade e propuseram um modelo unificado com três categorias de fatores de risco: desequilíbrio do desenho do trabalho (que inclui as subcategorias demanda, controle e apoio social), incerteza ocupacional e falta de valores e respeito no local de trabalho (a qual inclui a subcategoria de *bullying* no trabalho), como ilustrado na Figura 3. Dentro dessas categorias, encontraram moderado nível de evidência, a partir de diversos estudos prospectivos, de que trabalhos de alta demanda, de baixo controle por parte dos trabalhadores, de alto desequilíbrio entre esforço-recompensa, de baixa justiça relacional, de baixa justiça de procedimentos, com

estresse de papéis, de baixo apoio social no trabalho e com exposição ao *bullying* no trabalho estão associados com desenvolvimento de transtornos mentais comuns (depressão, ansiedade e estresse relacionado ao trabalho).



Figura 3 - Modelo unificado de fatores de risco no trabalho para transtornos mentais comuns proposto por Harvey e colaboradores, 2017¹⁰¹.

Em metanálise, Verkuil e colaboradores¹⁰² (2015) analisando estudos transversais (n=115.783) e longitudinais (n=54.450) encontraram associação significativa entre exposição ao *bullying* e apresentação de sintomas de depressão, ansiedade e queixas psicológicas relacionadas ao estresse. Em populações de profissionais de saúde, Lever e colaboradores em revisão sistemática encontraram evidências de associação entre sofrer *bullying* e problemas de saúde mental como estresse psicológico, depressão e *burnout*¹⁰³. Um estudo com 25.977 trabalhadores (população geral) na França encontrou uma probabilidade três vezes maior de apresentar depressão em expostos ao *bullying* em comparação a não expostos¹⁰⁴. Em estudo com 6.956 residentes de

cirurgia geral nos EUA foi encontrada associação significativa entre exposição ao *bullying* e frequência de *burnout*¹⁰⁵.

Cabe destacar que ao buscar na literatura hipóteses de modelos explicativos da relação entre características relacionadas ao trabalho e desenvolvimento de problemas de saúde mental, em geral os desfechos de saúde mental não estão separados por categoria – depressão, burnout, ansiedade, estresse – mas os trazem em sua maioria, agrupados, enquanto problemas de saúde mental relacionados ao estresse no trabalho, ou como parte do conjunto sintomas depressivos e ansiosos ou como transtornos mentais comuns.

1.3. *Bullying* e sintomas depressivos

Os sintomas depressivos são caracterizados por humor deprimido, diminuição do interesse ou prazer nas atividades (anedonia), alterações no apetite, alterações no sono, fadiga, sentimentos de inutilidade, alterações psicomotoras, diminuição da concentração ou capacidade de se concentrar, pensamentos de morte e ideação suicida. Segundo o DSM-5, considera-se depressão maior quando a pessoa apresenta, quase diariamente, por pelo menos duas semanas, cinco desses sintomas sendo anedonia e humor deprimido dois deles, associados à sofrimento clinicamente significativo e prejuízo funcional¹⁰⁶. Atualmente, se apresenta como um problema relevante de saúde pública no mundo. Estima-se que 4,4% da população mundial tenha depressão, acometendo cerca de 322 milhões de pessoas, sendo mais prevalente em mulheres (5,1%) do que em homens (3,6%).¹⁰⁷ Porém, a prevalência varia de acordo com região, idade e outros fatores. Os transtornos depressivos são listados como maior fator que contribuem sozinhos para perda de saúde não-fatal (7,5% de todos os anos vividos com incapacidade). Importante destacar que 80% dessa carga de doença ocorre em países de baixa ou média renda¹⁰⁷ e que no *Global Burden of Disease Study 2019* o Brasil se apresentou entre os países com maiores "anos de vida perdidos ajustados por morte e incapacidade" (do inglês *disability-adjusted life-years DALYs*) causados

por transtornos depressivos¹⁰⁸. Outro ponto de destaque é a associação entre depressão e ideação suicida. Entre os transtornos mentais presentes na ocasião do suicídio, a depressão é a mais comum, ocorrendo em 50% a 66% dos casos¹⁰⁹. Transtornos depressivos se mantem, mundialmente, como uma das principais causas de *DALYs*, tendo aumentado sua carga em todas as faixas etárias que incluem população adulta não-idosa de 1990 para 2019. Quando classificados entre todas as causas de *DALYs*, os transtornos depressivos na faixa etária de 10 a 24 anos foram de oitava para quarta posição, de 25 a 49 anos foram de oitava posição para sexta, e de 50 a 74 anos foram de décima nona para décima quarta posição¹⁰⁸.

Um estudo prospectivo com 7.500 trabalhadores na Dinamarca encontrou não apenas relação causal entre exposição ao *bullying* no trabalho e depressão, como também observou que o efeito tendia a persistir por anos, independente se a exposição havia cessado ou não¹¹⁰. Um estudo transversal realizado em São Paulo (PANDORA-SP) com 2.940 trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família encontrou uma prevalência de sintomas depressivos de 36,3% e de provável depressão maior de 16%¹¹¹. Cerca de 60% dos profissionais relataram exposição a pelo menos um tipo de violência pesquisada (insulto, ameaça, violência física e testemunhada) e o estudo mostrou que exposição à violência no trabalho foi fortemente e progressivamente associada aos sintomas depressivos e a depressão maior¹¹¹.

Esses dados são uma fração da dimensão do fenômeno, e ainda que tenhamos dados crescentes da relação entre *bullying* e depressão, poucos são os estudos que investigaram a associação em trabalhadores da APS.

1.4. *Bullying* e *burnout*

A síndrome de esgotamento profissional ou síndrome de *burnout* é uma forma de estresse laboral composta pelas seguintes dimensões: (1) exaustão emocional, (2) despersonalização e (3) reduzida realização pessoal^{112,113}. A exaustão emocional é o fator central do esgotamento, caracterizado por sensação de esgotamento físico e mental, falta de energia, desgaste emocional, sensação de estar no limite, sem mais recursos físicos e emocionais para lidar com as situações do trabalho. A despersonalização se refere ao fenômeno de

distanciamento emocional em relação às pessoas, o que inclui falta de empatia, irritabilidade, comportamentos cínicos e irônicos e objetificação das relações em local de trabalho. A reduzida realização pessoal é caracterizada pela tendência do trabalhador a se autoavaliar negativamente, incluindo incompetência e inadequação. A pessoa pode se sentir desmotivada, insatisfeita com o trabalho, infeliz¹¹².

Em revisão sistemática sobre *burnout* em médicos na Atenção Primária à Saúde, Morelli e colaboradores¹¹⁴ encontraram uma prevalência que variou de 34,8% a 85,7%, e que nas dimensões variaram entre 19 e 55,5% de exaustão emocional alta, de 15,7% a 54% de despersonalização alta e de 16% a 45,1% de baixa realização pessoal. A revisão identificou nos estudos, também, as repercussões associadas, como absenteísmo, queda da produtividade, rotatividade, erro médico e baixa qualidade de cuidado.

Soler e colaboradores¹¹⁵, em estudo com 1.393 médicos de família europeus verificaram uma prevalência de 12% de *burnout* (score alto em todas as dimensões), sendo 43% com exaustão emocional alta, 35% com despersonalização alta e 32% para alta redução de realização pessoal. Apenas 35% não tiveram escores altos em nenhuma das três dimensões. Observaram também associação entre *burnout* e a diminuição da satisfação no trabalho, intenção de mudar de emprego e uso/abuso de álcool, tabaco e medicações. Muñoz e colaboradores¹¹⁶ observaram que o nível de *burnout* em médicos da APS era maior do que em médicos da área hospitalar em uma cidade espanhola.

A relação entre exposição ao *bullying* no trabalho e *burnout* foi descrita por diversos autores. Allen e colaboradores¹¹⁷ observaram que enfermeiros na Austrália que reportaram *bullying* apresentaram maior risco de apresentar *burnout*. De maneira similar, um estudo realizado na Itália, observou associação entre exposição ao *bullying* no trabalho com o desenvolvimento de *burnout* em enfermeiros¹¹⁸. Estudo com profissionais de saúde de Israel verificou que *bullying* em local de trabalho esteve positivamente associado com dimensões do *burnout*, e que essa relação era mediada pela autonomia no trabalho e pela autoeficácia no trabalho¹¹⁹. Estudo com cuidadores de casas de repouso na França pesquisou fatores de risco para desenvolvimento de *burnout* e um fator

de risco significativo foi ter antecedente de exposição a *bullying* perpetrado por um paciente¹²⁰.

1.5. Justificativa

A exposição ao bullying no trabalho é um fenômeno de violência laboral prevalente que pode prejudicar a saúde mental dos trabalhadores da saúde e a qualidade do cuidado prestado, acarretando consequências negativas tanto em nível individual quanto institucional. O bullying no trabalho tem sido reportado de forma frequente no setor saúde, porém principalmente em contextos hospitalares e em países de alta renda. A depressão e o *burnout* são condições que frequentemente afetam os trabalhadores da saúde e também trazem sérias consequências para o trabalhador e trabalhadora, para a qualidade do cuidado e para as instituições. Sendo a APS a porta de entrada dos sistemas de saúde de diversos países e tendo como objetivo oferecer cuidado integral, longitudinal e resolutivo, condições que comprometam a saúde mental desses profissionais, podem afetar a efetividade do cuidado e ameaçar a sustentabilidade do sistema de saúde. Portanto, estudar condições que podem afetar negativamente a saúde mental dos trabalhadores da APS, como o *bullying*, é de fundamental importância para identificar e combater a violência no trabalho, bem como mitigar suas consequências como depressão e *burnout* nos trabalhadores da APS e os impactos para os próprios trabalhadores, para a população assistida e para as instituições.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Estudar a ocorrência de *bullying* no trabalho de profissionais da Atenção Primária à Saúde no município de São Paulo e investigar se existe associação entre a exposição ao *bullying* e a saúde mental desses trabalhadores.

2.2. Específicos

2.2.1. Estimar a ocorrência de *bullying* no trabalho na APS no município de São Paulo;

2.2.2. Investigar se há associação entre características individuais e exposição ao *bullying* no trabalho;

2.2.3. Investigar se há associação entre características do trabalho e *bullying*;

2.2.4. Investigar se existe associação entre exposição ao *bullying* e depressão e *burnout* em trabalhadores da APS no município de São Paulo.

3. MÉTODOS

3.1. Tipo de estudo e amostra

O presente estudo analisará os dados do Estudo PANDORA-SP (*Panorama of Primary Health Care Workers in Sao Paulo, Brazil: Depression, Organizational Justice, Violence at Work, and Burnout Assessments*)¹²¹, estudo de corte transversal cujos participantes foram agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, sendo uma amostra representativa dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo entre 2011 e 2012. No total participaram do estudo 2.940 trabalhadores, foram incluídas 351 equipes de saúde da família no município de São Paulo.⁵⁷

A partir de uma lista fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde com informações sobre as equipes de saúde da família do município e sobre as instituições parceiras que a gerenciavam, foi realizado um sorteio de 66 Unidades Básicas de Saúde, que corresponderiam a cerca de 3.300 trabalhadores da ESF. Para a realização do sorteio foi realizada uma estratificação de acordo com o número de equipes em cada instituição parceira e o número de equipes por região do município (norte, centro-oeste, sudeste, leste e sul). Na ocasião, em 2010, o município contava com 945 equipes de saúde da família e 9.450 profissionais contratados, gerenciadas por 10 instituições privadas através de contratos firmados com a Secretaria Municipal de Saúde. Cada instituição coordenava entre 20 e 232 equipes. Todos os trabalhadores que atuavam na ESF das UBS selecionadas, contratados há mais de três meses, foram convidados a participar do estudo¹²¹.

A escolha por trabalhar com dados do PANDORA, coletado há aproximadamente 10 anos, se justifica pelo ineditismo dos resultados em uma amostra representativa dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família de todo o município de São Paulo, gerida por diferentes instituições conveniadas com o município que autorizaram o desenvolvimento do estudo PANDORA – o que é mais um diferencial desse banco de dados. Importante salientar que nesses aproximadamente 10 anos entre a coleta de dados e o presente estudo, o modelo de gestão da APS baseado em contratos de gestão da Secretaria

Municipal de Saúde com Organizações Sociais no município de São Paulo não apresentou mudanças estruturais¹²². Houve, por outro lado, expansão das equipes de ESF. Para termos parâmetro de comparação e de dimensão da rede de saúde que é nosso objeto de estudo, em dezembro de 2020 a cidade de São Paulo tinha 1.433 equipes cadastradas no Ministério da Saúde e a expansão da cobertura passou de 29% em 2010 para 40,3% em 2020, de 3,2 milhões de pessoas cobertas em 2010 para 4,9 milhões em 2020¹²³.

3.2. Medidas e instrumentos

3.2.1. Variáveis de desfecho

3.2.1.1. Avaliação de sintomas depressivos: *Patient Health Questionnaire*

Para avaliação dos sintomas depressivos foi utilizado o questionário sobre a saúde do paciente (*Patient Health Questionnaire* - PHQ-9) versão validada para o português brasileiro¹²⁴. O PHQ-9 é a versão autoadministrada do instrumento *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD), utilizado para diagnóstico de transtornos mentais comuns¹²⁵. O PHQ-9 corresponde a sessão desenvolvida para rastrear depressão maior e outros transtornos depressivos bem como estabelecer a gravidade dos transtornos depressivos na APS. Quando comparado a outras ferramentas de rastreamento de depressão o PHQ-9 foi considerado o melhor instrumento para esse fim na APS em função do tempo necessário para aplicação, do alto valor preditivo positivo e por fornecer informações acerca da gravidade dos sintomas, além dos critérios diagnósticos¹²⁶.

O PHQ-9 é composto por nove questões que avaliam os critérios para diagnóstico de depressão maior do DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) - cujos elementos centrais foram mantidos no DSM-V¹⁰⁶. O instrumento fornece escores de acordo com a frequência dos sinais e sintomas depressivos nas últimas duas semanas, que pode variar de zero a 27. Osório e colaboradores¹²⁴ publicaram estudo de validação do instrumento na versão brasileira, que demonstrou sensibilidade 1,00, especificidade 0,98, valor preditivo positivo 0,97 e valor preditivo negativo 1,00. Com base nos escores obtidos é possível classificar os participantes em: (1) sem sintomas, (2) sintomas

depressivos e (3) depressão. Foram considerados com sintomas depressivos os participantes que apresentassem de dois a quatro sintomas, presentes em pelo uma semana das últimas duas semanas, sendo um dos sintomas humor depressivo ou anedonia. Foram considerados com depressão os participantes que apresentassem cinco ou mais sintomas, presentes em pelo menos uma semana das duas últimas semanas, sendo um dos sintomas humor deprimido ou anedonia. Com exceção do sintoma nove (Quantos dias o(a) sr.(a) pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)?) para o qual qualquer ocorrência foi contabilizada (“menos de uma semana”, “uma semana ou mais” e “quase todos os dias”).

3.2.1.2. Avaliação de *burnout*: Maslach *Burnout Inventory* (MBI)

Para avaliação do *burnout* foi utilizado o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), desenvolvido por Maslach e Jackson¹¹². O instrumento, ou variações deste, é o mais utilizado atualmente para esse fim¹²⁷. A tradução e validação do MBI no Brasil foi feita por Tamayo (1997). Para a dimensão de exaustão emocional o alfa de *Cronbach* foi 0,82, para despersonalização foi 0,69 e para reduzida realização pessoal 0,67. A validade do MBI foi também examinada por Trigo¹²⁸, que encontrou alfa de *Cronbach* 0,86; 0,55 e 0,58 respectivamente.

O MBI é um instrumento composto por 22 questões, sendo nove para avaliação de exaustão emocional (que aborda sensação de desgaste, exaustão, de estar no limite em relação ao trabalho), cinco questões para despersonalização (aborda impessoalidade no trato, por exemplo tratar o paciente como um objeto e falta de empatia) e oito questões para realização pessoal (aborda sensação de competência e de conquista no trabalho).

As questões abordam a frequência com que a pessoa entrevistada experienciou tais sensações ou atitudes, em uma escala tipo *Likert*: nunca (0), algumas vezes ao ano (1), no máximo uma vez ao mês (2), algumas vezes ao mês (3), uma vez por semana (4), poucas vezes por semana (5) e diariamente (6). Maslach e Jackson¹¹² consideraram que indivíduo tem *burnout* alto se a pessoa apresenta escore alto nas três dimensões avaliadas, *burnout* moderado se o participante tiver escores moderados nas três dimensões e *burnout* leve se

o entrevistado apresentar escores baixos nas três dimensões. Utilizaremos essa classificação no presente estudo, uma vez que é a mais utilizada no contexto mundial.

3.2.2. Atitudes negativas no trabalho (*bullying* no trabalho)

Para avaliar a exposição ao *bullying* foram utilizadas perguntas do questionário Atitudes Negativas no Trabalho (*Negative Acts Questionnaire Revised – NAQ-R*). A versão brasileira foi validada por Maciel e Gonçalves¹²⁹ que obtiveram um alfa de *Cronbach* de 0,90. Suas características psicométricas foram avaliadas por Silva e colaboradores¹³⁰, em amostra de servidores estaduais da saúde, que utilizaram o NAQ-R para as atitudes negativas no trabalho, incluindo assédio moral. No estudo PANDORA-SP foram realizadas as perguntas descritas no Quadro 3.

Nos últimos 06 meses, com que frequência você vivenciou estes tipos de atitudes negativas no trabalho:

1. Alguém escondeu informação que afeta o seu desempenho?
2. Foi humilhado ou ridicularizado em relação ao seu trabalho?
3. Foi obrigado a desempenhar funções abaixo do nível das suas competências?
4. Alguém retirou ou substituiu responsabilidades chaves da sua função por outras pouco importantes e/ou desagradáveis?
5. Alguém espalhou rumores/boatos sobre você?
6. Você se sentiu ignorado, excluído ou marginalizado (a)?
7. Você se sentiu insultado ou alguém fez comentários ofensivos sobre você (hábitos e origens), atitudes ou vida privada?
8. Alguém gritou com você ou você foi alvo de explosões de raiva?
9. Alguém intimidou você (apontaram-lhe o dedo, invadiram o seu espaço pessoal, foi empurrado ou bloquearam/barraram o seu caminho)?
10. Alguém insinuou ou deu algum sinal de que você deveria deixar o emprego?

Quadro 3 – Questões sobre Atitudes Negativas no Trabalho (bullying) perguntadas no Estudo PANDORA-SP.

Os participantes tinham as seguintes opções de resposta: “nunca”, “de vez em quando”, “mensalmente”, “semanalmente” e “diariamente”. Utilizando o critério operacional proposto por Leymann’s foram considerados expostos ao *bullying* no trabalho os indivíduos que referiram pelo menos uma atitude negativa com frequência semanal ou diária nos últimos seis meses^{33,34,131}.

A presente pesquisa utilizará o termo *bullying* no trabalho ao invés de outros termos como assédio moral, uma vez que o termo *bullying* no trabalho é o que é utilizado pelos autores do questionário NAQ-R⁴² e pela possibilidade de comparação com os achados de outros estudos da literatura nacional e internacional que utilizaram esse mesmo questionário.

3.2.3. Características individuais

Foram analisadas as seguintes características sociodemográficas: sexo, idade, cor (autorreferida), estado civil, escolaridade e renda mensal. As categorias de cada variável estão descritas no Quadro 4.

| Variável | Categorias |
|----------------------------|--|
| Sexo | Masculino Feminino |
| Grupo etário (anos) | 18 a 29 30 a 39 40 a 49 50 ou mais |
| Cor (autorreferida) | Branca Parda Negra Amarela |
| Estado marital | Casado/mora junto Solteiro Viúvo Separado |
| Escolaridade | Até 4 anos completos |

| | |
|--------------------------------------|----------------------|
| | Até 8 anos completos |
| | Curso técnico |
| | Graduação |
| | Pós-graduação |
| Renda individual mensal (R\$) | 400-1000 |
| | 1001-2000 |
| | 2001-4000 |
| | 4001 ou mais |

Quadro 4 - Características sociodemográficas dos participantes e categorias de cada variável.

3.2.4 Características relacionadas ao trabalho

Foram analisadas as características relacionadas ao trabalho: profissão, tipo de liderança (se recebia ou não *feedback* de seu superior), tipo de UBS (mista ou exclusivamente com equipes de Estratégia de Saúde da Família), estrutura (menos de um consultório por equipe ou um consultório ou mais por equipe), número de pessoas cadastradas na equipe do profissional e se teve faltas no trabalho no último mês (Quadro 5).

| Variável | Categoria |
|--|---|
| Profissão | Agente comunitário de saúde Auxiliar/Técnico de enfermagem Enfermeiro Médico |
| Tipo de Unidade Básica de Saúde | UBS Saúde da Família |

| | |
|--|--|
| | UBS Mista (ESF e modelo tradicional) |
| Número de consultórios por equipe | menos que 1 consultório por equipe 1 consultório ou mais por equipe |
| Feedback do supervisor | Sim Não definido Não |
| Número de pessoas cadastradas na equipe de saúde da família | Até 3.524 3.525 ou mais |
| Faltas no trabalho no último mês | Sim Não |

Quadro 5 - Características relacionadas ao trabalho na estratégia saúde da família investigadas na presente pesquisa

3.2.4.1 Modelo demanda-controle e apoio social

Para análise de aspectos relacionados às características do trabalho que podem ter relação com estresse e problemas de saúde mental, foi utilizado o modelo demanda-controle, também descrito como modelo de estresse no trabalho, de Karasek⁸⁶. Foi utilizada também a investigação de apoio social no trabalho, dimensão posteriormente adicionada ao modelo demanda-controle^{88,89}.

Para coletar os dados referentes ao modelo demanda-controle e apoio social, foi utilizada uma versão resumida da Escala de Estresse no Trabalho (*Job Stress Scale*), adaptada e validada no Brasil por Alves e colaboradores¹³². O estudo foi realizado com 3.574 funcionários técnico-administrativos de uma universidade no Rio de Janeiro e os resultados foram os seguintes: correlação intraclasse para demanda, controle e apoio social de 0,88; 0,87 e 0,85 respectivamente; alfa de *Cronbach* para demanda, controle e apoio social de

0,79; 0,67 e 0,85 respectivamente. O instrumento contém três seções, sendo cinco itens para demanda, seis itens para controle e seis itens para apoio social. Para as seções de demanda e controle as opções de resposta foram em escala tipo *Likert*, que variavam entre “nunca ou quase nunca” (1) a “frequentemente” (4). Para a seção de apoio social as opções de resposta variavam entre “discordo totalmente” (1) a “concordo totalmente” (4). A mediana em cada dimensão foi utilizada para categorizar entre “baixo” e “alto” e de acordo com a combinação entre demanda e controle, classificou-se entre os quatro tipos de trabalho (baixo desgaste, passivo, ativo e alto desgaste).

3.3. Análise estatística

3.3.1. Análise descritiva

Inicialmente, será realizada a análise descritiva exploratória a fim de verificar as distribuições das variáveis e consistência dos dados.

3.3.2. Análise das associações

As associações das variáveis bullying e características dos participantes e do trabalho, assim como as associações entre essas variáveis e burnout foram avaliadas pelo cálculo das razões de prevalência, (RP), simples e ajustada com intervalos de confiança de 95%. Foi realizada a regressão de Poisson com variância robusta, para evitar superestimação das associações, que pode ocorrer utilizando outros modelos de regressão quando o desfecho tem frequência alta¹³³. A seguir, será realizada a elaboração do modelo final de acordo com os níveis de significância das associações ($p \leq 0,05$). Para a variável *burnout* os participantes foram classificados em níveis baixos ou moderados e níveis altos.

Para análise de sintomas depressivos e suas associações com bullying e características sociodemográficas e do trabalho, a regressão logística

multinomial foi utilizada para estimar odds ratios (OR) e intervalos de confiança de 95% (IC 95%). Optamos por utilizar a regressão logística multinomial nesse desfecho pela possibilidade de analisar as associações da principal exposição com um desfecho não-binário: sem sintomas, sintomas depressivos, depressão.

O software STATA 14.0 (StataCorp®) foi utilizado para realizar as análises estatísticas.

3.4. Considerações éticas

O estudo PANDORA-SP foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, protocolo número 259/10 e também pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, parecer número 372/10. Os participantes da pesquisa foram incluídos após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. A pesquisa foi realizada respeitando os preceitos éticos preconizados. O estudo foi financiado pela FAPESP.

4. RESULTADOS

4.1. Análise descritiva

4.1.1 Características dos participantes e *bullying* no trabalho

A amostra foi composta por 2.940 pessoas, em sua maior parte mulheres (90,5%), com idade entre 30 e 39 anos (40,3%) e entre 18 e 29 anos (27,4%), sendo a média de idade de 36,7 anos (desvio padrão=9,6). A maioria dos participantes reportaram estado marital casado ou que moravam junto (61,8%), e ser de cor branca foi referido por 42,2%. Referiram cor parda e preta somados 55,8% da amostra, sendo composta, portanto, em maioria por pessoas negras. Em relação à escolaridade, maioria tinha até 8 anos completos (34,6%) e curso técnico (31,1%). A maior parte dos indivíduos apresentava renda individual entre R\$ 400,00 e R\$ 1.000,00 (51,7%) e entre R\$ 1.001,00 e R\$ 2.000,00 (23,9%).

Os participantes do grupo etário entre 18 e 29 anos apresentaram maior frequência de *bullying* (17,8%) do que aqueles dos outros grupos etários. Com relação ao estado marital, os indivíduos viúvos foram os que reportaram maior frequência de *bullying* (27,3%). Aqueles com pós-graduação e com renda a partir de R\$ 4.000,00, apresentaram porcentagens de 27,3 % e 19,2%, respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos participantes de acordo com as características sociodemográficas e *bullying* no trabalho. Estudo PANDORA-SP (n=2.940). São Paulo, Brasil.

| | <i>Bullying</i> no trabalho | | |
|-----------------------|-----------------------------|--------------|------------|
| | Total | Não | Sim |
| | n(%) | n(%) | n(%) |
| Sexo | | | |
| Mulher | 2.661 (90,5) | 2.304 (86,6) | 357 (13,4) |
| Homem | 279 (9,5) | 233 (83,5) | 46 (16,5) |
| Grupo etário | | | |
| 18 a 29 anos | 804 (27,4) | 661 (82,2) | 143 (17,8) |
| 30 a 39 anos | 1.186 (40,3) | 1.028 (86,7) | 158 (13,3) |
| 40 a 49 anos | 637 (21,7) | 569 (89,3) | 68 (10,7) |
| 50 anos ou mais | 313 (10,6) | 279 (89,1) | 34 (10,9) |
| Cor da pele | | | |
| Branca | 1.239 (42,2) | 1.060 (85,5) | 179 (14,5) |
| Parda | 1.112 (37,8) | 965 (86,8) | 147 (13,2) |
| Preta | 527 (17,9) | 458 (86,9) | 69 (13,1) |
| Amarela | 62 (2,1) | 54 (87,1) | 8 (12,9) |
| Estado marital | | | |
| Casado/mora junto | 1.817 (61,8) | 1,598 (87,9) | 219 (12,1) |
| Solteiro | 801 (27,2) | 675 (84,3) | 126 (15,7) |
| Viúvo | 55 (1,9) | 40 (72,7) | 15 (27,3) |
| Separado | 267 (9,1) | 224 (83,9) | 43 (16,1) |
| Escolaridade | | | |
| Até 4 anos completos | 75 (2,5) | 67 (89,3) | 8 (10,7) |
| Até 8 anos completos | 1.017 (34,6) | 903 (88,8) | 114 (11,2) |
| Curso técnico | 914 (31,1) | 794 (86,9) | 120 (13,1) |
| Graduação | 524 (17,8) | 441 (84,2) | 83 (15,8) |
| Pós-graduação | 410 (14,0) | 332 (81,0) | 78 (19,0) |

| Renda individual | | | |
|-------------------------|--------------|--------------|------------|
| 400-1000 | 1.521 (51,7) | 1.330 (87,4) | 191 (12,6) |
| 1001-2000 | 702 (23,9) | 613 (87,3) | 89 (12,7) |
| 2001-4000 | 232 (7,9) | 202 (87,1) | 30 (12,9) |
| 4001 ou mais | 485 (16,5) | 392 (80,8) | 93 (19,2) |

4.1.2 Características do trabalho e *bullying*

Do total da amostra, maioria das pessoas eram agentes comunitárias de saúde (60,2%) e auxiliares/técnicas de enfermagem (22%); eram enfermeiras 10,4% e médicas 7,4%. Maior parte trabalhava em Unidades Básicas de Saúde compostas exclusivamente por Estratégia de Saúde da Família (73,3%). Em relação ao número de pessoas cadastradas na equipe, praticamente metade tinha até 3.524 pessoas cadastradas ou mais de 3.525 (50,6% e 49,4% respectivamente). Em relação à estrutura, maioria tinha menos de um consultório por equipe (72,4%). Maior parte referiu ter recebido *feedback* de seu superior (63,4%) e 18,6% referiram não o ter recebido. Do total, apresentaram faltas no último mês 23,3% das pessoas (Tabela 2).

Apresentaram maiores frequências de *bullying*, dentro de cada variável, os médicos (22,1%) e enfermeiros (17,7%), não ter recebido *feedback* do supervisor (25,1%), e pessoas que tiveram faltas no trabalho no último mês, com 19,1% de sua categoria.

Tabela 2. Distribuição dos participantes de acordo com as características relacionadas ao trabalho e *bullying* no trabalho. Estudo PANDORA-SP (n=2.940). São Paulo, Brasil.

| | <i>Bullying</i> no trabalho | | |
|-----------------------------|------------------------------------|---------------------|---------------------|
| | Total n(%) | Não n(%) | Sim n(%) |
| Profissão | | | |
| Agente comunitário de saúde | 1.770 (60,2) | 1.553 (87,7) | 217 (12,3) |

| | | | |
|--|--------------|------------|------------|
| Auxiliar/Técnico de enfermagem | 647 (22,0) | 563 (87,0) | 84 (13,0) |
| Enfermeiro | 306 (10,4) | 252 (82,4) | 54 (17,6) |
| Médico | 217 (7,4) | 169 (77,9) | 48 (22,1) |
| Tipo de UBS | | | |
| | | 1.787 | |
| ESF | 2.070 (73,3) | (86,3) | 283 (13,7) |
| Mista | 755 (26,7) | 654 (86,6) | 101 (13,4) |
| Número de pessoas cadastradas na Equipe | | | |
| | | 1.296 | |
| Até 3.524 | 1.487 (50,6) | (87,2) | 191 (12,8) |
| | | 1.241 | |
| 3.525 ou mais | 1.453 (49,4) | (85,4) | 212 (14,6) |
| Número de consultórios por Equipe | | | |
| | | 1.767 | |
| menos que 1 | 2.046 (72,4) | (86,4) | 279 (13,6) |
| 1 ou mais | 779 (27,6) | 674 (86,5) | 105 (13,5) |
| Feedback do supervisor | | | |
| | | 1.670 | |
| Sim | 1.864 (63,4) | (89,6) | 194 (10,4) |
| Não definido | 529 (18,0) | 457 (86,4) | 72 (13,6) |
| Não | 547 (18,6) | 410 (74,9) | 137 (25,1) |
| Faltas no trabalho | | | |
| Sim | 684 (23,3) | 553 (80,9) | 131 (19,1) |
| | | 1.984 | |
| Não | 2.256 (76,7) | (87,9) | 272 (12,1) |

Em relação ao modelo demanda-controle e apoio social (Tabela 3), maior parte das pessoas apresentou trabalho do tipo “baixo desgaste” (baixa demanda e alto controle, 32,2%) e “passivo” (baixa demanda e baixo controle 30,0%); 20,2% apresentaram trabalho tipo “alto desgaste” (alta demanda e baixo controle) e 17,6% apresentaram tipo “ativo” (alta demanda e alto controle). Maior parte apresentou baixo apoio social (59,6%). Ao analisarmos a distribuição de *bullying* de acordo com o tipo de trabalho, segundo o modelo demanda-controle (Tabela 3), apresentaram maior frequência de *bullying* as categorias de trabalho ativo (22,4%), alto desgaste (24,9%) e de baixo apoio social (18,6%).

Tabela 3. Distribuição dos participantes de acordo com o tipo de trabalho (modelo demanda-controle) e *bullying* no trabalho. Estudo PANDORA-SP (n=2.940). São Paulo, Brasil.

| | <i>Bullying</i> no trabalho | | |
|-------------------------|-----------------------------|--------------|-------------|
| | Total n(%) | Não n(%) | Sim n(%) |
| Tipo de trabalho | | | |
| Baixo desgaste | 947 (32,2) | 886 (93,6) | 61 (6,4) |
| Passivo | 882 (30,0) | 804 (91,2) | 78 (8,8) |
| Ativo | 517 (17,6) | 401 (77,6) | 116 (22,4) |
| Alto desgaste | 594 (20,2) | 446 (75,1) | 148 (24,9) |
| Apoio social | | | |
| Baixo | 1.751 (59,6) | 1.426 (81,4) | 325 (18,6) |
| Alto | 1.189 (40,4) | 1.111 (93,4) | 78 (6,6) |

4.1.3. Frequência de atitudes negativas no trabalho (*bullying*)

Em relação a ocorrência de *bullying*, 13,7% (IC95% 12,4 – 15,0) reportaram terem sofrido um ou mais dos eventos investigados pelo questionário “Atitudes Negativas no Trabalho” semanalmente ou diariamente nos últimos seis meses. Uma vez que conceitualmente o *bullying* é caracterizado por ser evento de agressão frequente e repetida, esse foi o critério utilizado para investigá-lo no presente estudo.

As manifestações de *bullying* mais frequentemente relatados pelos participantes foram: (1) serem obrigados a desempenhar função abaixo do nível de suas competências (5,2%); (2) terem informações omitidas que afetaram seu desempenho no trabalho (3,7%); e (3) ser alvo de gritos/explosões de raiva (3%) (Tabela 4).

Considerando que o fenômeno de violência em local de trabalho é mais abrangente do que os casos classificados como *bullying*, destaca-se na Tabela 4, que praticamente metade da amostra (48,9%) reportou ter informação que

afeta o seu desempenho escondida por alguém; 40,7% reportaram o fato de alguém ter gritado com a pessoa ou ser alvo de explosões de raiva e 35,4% reportaram terem sido humilhadas ou ridicularizadas em relação ao seu trabalho em algum momento dos últimos seis meses. A atitude negativa que foi menos reportada foi de intimidação (como apontarem o dedo para a pessoa, invadirem seu espaço pessoal, ser empurrado ou ter seu caminho bloqueado); ainda assim, foi referida por 15,3% dos participantes.

Tabela 4. Frequência de atitudes negativas no trabalho de acordo com a percepção dos participantes. Estudo PANDORA-SP (n=2.940). São Paulo, Brasil.

| | Nunca | De vez em quando/ mensalmente | Semanalmente/ diariamente |
|---|--------------|----------------------------------|------------------------------|
| | n(%) | n(%) | n(%) |
| 1. Alguém escondeu informação que afeta o seu desempenho? | 1.501 (51,1) | 1.330 (45,2) | 109 (3,7) |
| 2. Foi humilhado ou ridicularizado em relação ao seu trabalho? | 1.898 (64,6) | 962 (32,7) | 80 (2,7) |
| 3. Foi obrigado a desempenhar funções abaixo do nível das suas competências? | 1.839 (62,6) | 947 (32,2) | 154 (5,2) |
| 4. Alguém retirou ou substituiu responsabilidades chaves da sua função por outras pouco importantes e/ou desagradáveis? | 1.907 (64,9) | 947 (32,2) | 86 (2,9) |
| 5. Alguém espalhou rumores/boatos sobre você? | 1.838 (62,5) | 1.019 (34,7) | 83 (2,8) |
| 6. Você se sentiu ignorado, excluído ou marginalizado (a)? | 2.029 (69,0) | 840 (28,6) | 71 (2,4) |
| 7. Você se sentiu insultado ou alguém fez comentários ofensivos sobre você (hábitos e origens), atitudes ou vida privada? | 1.997 (67,9) | 869 (29,6) | 74 (2,5) |
| 8. Alguém gritou com você ou você foi alvo de explosões de raiva? | 1.745 (59,3) | 1.108 (37,7) | 87 (3,0) |
| 9. Alguém intimidou você (apontaram-lhe o dedo, invadiram o seu espaço pessoal, foi empurrado ou bloquearam/ barraram o seu caminho)? | 2.490 (84,7) | 407 (13,8) | 43 (1,5) |

| | | | |
|--|-----------------|------------|----------|
| 10. Alguém insinuou ou deu algum sinal de que você deveria deixar o emprego? | 2.298 (78,2) | 592 (20,1) | 50 (1,7) |
|--|-----------------|------------|----------|

4.2. Análise bivariada e multivariada das variáveis sociodemográficas e *bullying*

Após análise bivariada e multivariada, apresentaram associação estatisticamente significativa com sofrer *bullying* em local de trabalho ter idade inferior a 30 anos, ser viúvo e ter se separado (Tabela 5).

Tabela 5. Associações entre variáveis sociodemográficas e *bullying* no trabalho de acordo com a análise bivariada e a análise multivariada.

| | RP | IC95% | RP ajustada | IC95% |
|-----------------------|---------|-------------|-------------|-------------|
| Sexo | | | | |
| Mulher | 1 | | 1 | |
| Homem | 1,22 | 0,92 - 1,62 | 1,24 | 0,94 - 1,64 |
| Grupo etário | | | | |
| 18 a 29 anos | 1 | | 1 | |
| 30 a 39 anos | 0,74** | 0,60 - 0,92 | 0,74** | 0,59 - 0,92 |
| 40 a 49 anos | 0,60*** | 0,45 - 0,78 | 0,68** | 0,52 - 0,89 |
| 50 anos ou mais | 0,61** | 0,43 - 0,86 | 0,59** | 0,41 - 0,85 |
| Cor da pele | | | | |
| Branca | 1 | | 1 | |
| Parda | 0,91 | 0,74 - 1,12 | 1,01 | 0,82 - 1,24 |
| Preta | 0,90 | 0,69 - 1,17 | 0,94 | 0,73 - 1,22 |
| Amarela | 0,89 | 0,46 - 1,72 | 0,75 | 0,37 - 1,49 |
| Estado marital | | | | |
| Casado/mora junto | 1 | | 1 | |
| Solteiro | 1,30* | 1,06 - 1,59 | 1,11 | 0,90 - 1,37 |
| Viúvo | 2,26*** | 1,44 - 3,54 | 3,16*** | 1,97 - 5,07 |
| Separado | 1,33 | 0,98 - 1,80 | 1,44* | 1,07 - 1,92 |
| Escolaridade | | | | |
| Até 4 anos completos | 1 | | 1 | |

| | | | | |
|----------------------|------|-------------|------|-------------|
| Até 8 anos completos | 1,05 | 0,53 - 2,06 | 0,88 | 0,45 - 1,72 |
| Curso técnico | 1,23 | 0,62 - 2,41 | 1,05 | 0,53 - 2,08 |
| Graduação | 1,48 | 0,74 - 2,94 | 1,10 | 0,54 - 2,23 |
| Pós-graduação | 1,78 | 0,89 - 3,53 | 1,08 | 0,50 - 2,33 |

Renda individual

| | | | | |
|--------------|---------|-------------|------|-------------|
| 400-1000 | 1 | | 1 | |
| 1001-2000 | 1,00 | 0,79 - 1,27 | 0,85 | 0,59 - 1,21 |
| 2001-4000 | 1,02 | 0,71 - 1,47 | 0,89 | 0,53 - 1,48 |
| 4001 ou mais | 1,52*** | 1,21 - 1,91 | 0,63 | 0,30 - 1,32 |

RP=razão de prevalência

*=p<0,05

**=p<0,01

***=p<0,001

4.3. Análise bivariada e multivariada das variáveis relacionadas ao trabalho e *bullying*

De acordo com análise bivariada e multivariada, apresentaram associação estatisticamente significativa com sofrer *bullying* em local de trabalho: não receber *feedback* do supervisor, ter faltado no último mês, apresentar trabalho do tipo ativo, de alto desgaste e apresentar baixo apoio social (Tabela 6).

Tabela 6. Associações entre variáveis relacionadas ao trabalho e *bullying* no trabalho de acordo com a análise bivariada e a análise multivariada.

| | RP | IC95% | RP ajustada | IC95% |
|--|---------|-------------|-------------|-------------|
| Profissão | | | | |
| Agente comunitário de saúde | 1 | | 1 | |
| Auxiliar/Técnico de enfermagem | 1,05 | 0,83 - 1,33 | 0,90 | 0,60 - 1,36 |
| Enfermeiro | 1,43** | 1,09 - 1,88 | 1,41 | 0,63 - 3,17 |
| Médico | 1,80*** | 1,36 - 2,38 | 1,83 | 0,81 - 4,12 |
| Tipo de UBS | | | | |
| ESF | 1 | | 1 | |
| Mista | 0,97 | 0,79 - 1,20 | 0,98 | 0,79 - 1,20 |
| Número de pessoas cadastradas na Equipe | | | | |
| Até 3.524 | 1 | | 1 | |
| 3.525 ou mais | 1,13 | 0,94 - 1,36 | 1,13 | 0,94 - 1,36 |
| Número de consultórios por Equipe | | | | |
| menos que 1 | 1 | | 1 | |
| 1 ou mais | 0,98 | 0,80 - 1,21 | 0,86 | 0,70 - 1,06 |
| Feedback do supervisor | | | | |
| Sim | 1 | | 1 | |
| Não definido | 1,30* | 1,01 - 1,68 | 1,01 | 0,78 - 1,32 |
| Não | 2,40*** | 1,97 - 2,93 | 1,72*** | 1,39 - 2,13 |
| Faltas no trabalho | | | | |
| Não | 1 | | 1 | |
| Sim | 1,58*** | 1,31 - 1,92 | 1,42*** | 1,17 - 1,72 |
| Tipo de trabalho | | | | |

| | | | | |
|---------------------|---------|-------------|---------|-------------|
| Baixo desgaste | 1 | | 1 | |
| Passivo | 1,37 | 0,99 - 1,89 | 1,18 | 0,85 - 1,64 |
| Ativo | 3,48*** | 2,60 - 4,65 | 2,71*** | 1,99 - 3,70 |
| Alto desgaste | 3,86*** | 2,92 - 5,11 | 2,67*** | 1,97 - 3,61 |
| Apoio social | | | | |
| Baixo | 1 | | 1 | |
| Alto | 0,35*** | 0,27 - 0,44 | 0,50*** | 0,38 - 0,64 |

RP=razão de prevalência

*=p<0,05

**=p<0,01

***=p<0,001

4.4. *Bullying* e sintomas depressivos

A prevalência de sintomas depressivos foi de 36,3% (IC95% 34,6-38,1), e de depressão foi de 16% (IC95% 14,6-17,2). Cabe destacar que em participantes que sofreram *bullying* a prevalência de depressão foi de 33,3%, comparada com 13,2% naqueles que não reportaram *bullying* (Tabela 7).

Tabela 7. Distribuição dos participantes de acordo com as características sociodemográficas, *bullying* no trabalho e sintomas depressivos. Estudo PANDORA-SP (n=2.940). São Paulo, Brasil.

| | Total n(%) | Sem sintomas n(%) | Sintomas depressivos | |
|------------------------|-----------------|-------------------------|------------------------------|-------------------|
| | | | Sintomas depressivos n(%) | Depressão n(%) |
| <i>Bullying</i> | | | | |
| Não | 2.537 (86,3) | 1.302 (51,3) | 900 (35,5) | 335(13,2) |
| Sim | 403 (13,7) | 100 (24,8) | 169 (41,9) | 134(33,3) |

Sexo

| | | | | |
|--------|-----------------|--------------|------------|-----------|
| Mulher | 2.661 (90,5) | 1.225 (46,1) | 982 (36,9) | 454(17,0) |
| Homem | 279 (9,5) | 177 (63,4) | 87 (31,2) | 15(5,4) |

Grupo etário

| | | | | |
|-----------------|-----------------|------------|------------|-----------|
| 18 a 29 anos | 804 (27,4) | 353 (43,9) | 309 (38,4) | 142(17,7) |
| 30 a 39 anos | 1.186 (40,3) | 509 (42,9) | 461 (38,9) | 216(18,2) |
| 40 a 49 anos | 637 (21,7) | 352 (55,3) | 200 (31,4) | 85(13,3) |
| 50 anos ou mais | 313 (10,6) | 188 (60,1) | 99 (31,6) | 26(8,3) |

Cor da pele

| | | | | |
|---------|-----------------|------------|------------|-----------|
| Branca | 1.239 (42,1) | 606(48,9) | 461 (37,2) | 172(13,9) |
| Parda | 1.112 (37,9) | 543(48,8) | 381(34,3) | 188(16,9) |
| Preta | 527 (17,9) | 224 (42,5) | 204 (38,7) | 99(18,8) |
| Amarela | 62 (2,1) | 29 (47,8) | 23 (37,1) | 10(16,1) |

Estado marital

| | | | | |
|-------------------|-----------------|------------|------------|-----------|
| Casado/mora junto | 1.817 (61,8) | 894 (49,2) | 646(35,6) | 277(15,2) |
| Solteiro | 801 (27,2) | 364 (45,5) | 312 (38,9) | 125(15,6) |
| Viúvo | 55 (1,9) | 24 (43,6) | 21 (38,2) | 10(18,2) |
| Separado | 267 (9,1) | 120 (45,0) | 90 (33,7) | 57(21,3) |

Escolaridade

| | | | | |
|----------------------|-----------------|------------|------------|-----------|
| Até 4 anos completos | 75 (2,5) | 35 (46,7) | 24 (32,0) | 16(21,3) |
| Até 8 anos completos | 1.017 (34,6) | 480 (47,2) | 360 (35,4) | 177(17,4) |
| Curso técnico | 914 (31,1) | 438 (47,9) | 326 (35,7) | 150(16,4) |
| Graduação | 524 (17,8) | 255 (48,7) | 193 (36,8) | 76(14,5) |
| Pós-graduação | 410 (14,0) | 194 (47,3) | 166 (40,5) | 50(12,2) |

Renda individual

| | | | | |
|--------------|-----------------|------------|------------|-----------|
| 400-1000 | 1.521 (51,7) | 674 (44,3) | 561 (36,9) | 286(18,8) |
| 1001-2000 | 702 (23,9) | 367 (58,3) | 233 (33,2) | 102(14,5) |
| 2001-4000 | 232 (7,9) | 127 (54,7) | 79 (34,1) | 26(11,2) |
| 4001 ou mais | 485 (16,5) | 234 (48,3) | 196 (40,4) | 55(11,3) |

A análise mostrou que os participantes que reportaram *bullying* no local de trabalho apresentaram probabilidade mais de duas vezes maior de ter sintomas depressivos e mais de cinco vezes maior de ter depressão, respectivamente, OR ajustado de 2,39 (IC95% 1,83 – 3,13) e OR ajustado de 5,53 (IC95% 4,11 - 7,45) (Tabela 8). Além disso, menor probabilidade de depressão foi observada em: homens (OR ajustado 0,61; IC95% 0,51-0,80), pessoas com idade maior de 40 anos e com renda acima de 1.000,00 reais. Apresentaram maior probabilidade de depressão os participantes que reportaram cor preta do que aqueles que referiram cor branca (OR ajustado 1,13; IC95% 1,02-1,25) e que referiram estado marital como “separado” (OR ajustado 1,21; IC95% 1,06-1,37).

Tabela 8. Associações entre variáveis sociodemográficas, bullying no trabalho e sintomas depressivos de acordo com a análise bivariada e a análise multivariada.

| | Sintomas depressivos | | | | Depressão | | | |
|--------------------------------|----------------------|-----------|-------------|-----------|-----------|-----------|-------------|-------------|
| | OR bruto | IC95% | OR ajustado | IC95% | OR bruto | IC95% | OR ajustado | IC95% |
| Bullying | | | | | | | | |
| Não | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | |
| Sim | 2,44 | 1,88-3,17 | 2,39 | 1,83-3,13 | 5,20*** | 3,91-6,92 | 5,53*** | 4,11 - 7,45 |
| Profissão | | | | | | | | |
| Agente comunitário de saúde | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | |
| Auxiliar/Técnico de enfermagem | 0,73 | 0,60-0,90 | 0,83 | 0,59-1,18 | 0,64** | 0,49-0,84 | 0,96 | 0,81 - 1,13 |
| Enfermeiro | 1,13 | 0,87-1,47 | 1,81 | 1,77-4,23 | 0,41 | 0,53-1,11 | 0,26 | 1,89 - 1,79 |

| | | | | | | | | |
|----------------------|-------|-----------|----|-----------|---------|-----------|-------|-------------|
| Até 4 anos completos | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | |
| Até 8 anos completos | 1,09 | 0,63-1,87 | 02 | 1,59-1,77 | 0,80 | 0,43-1,49 | 0,89 | 0,70 - 1,13 |
| Curso técnico | 1,08 | 0,63-1,86 | 16 | 1,66-2,02 | 0,74 | 0,40-1,39 | 0,92 | 0,72 - 1,18 |
| Graduação | 1,10 | 0,63-1,91 | 10 | 1,61-1,99 | 0,65 | 0,34-1,24 | 0,90 | 0,69 - 1,17 |
| Pós-graduação | 1,24 | 0,71-2,18 | 10 | 1,4-2,23 | 0,56 | 0,28-1,09 | 0,92 | 0,67 - 1,27 |
| Renda individual | | | | | | | | |
| 400-1000 | 1 | | 1 | | | 1 | | |
| 1001-2000 | 0,76* | 0,62-0,93 | 82 | 0,61-1,10 | 0,65*** | 0,50-0,84 | 0,85* | 0,74 - 0,98 |
| 2001-4000 | 0,74 | 0,55-1,01 | 78 | 0,50-1,22 | 0,48*** | 0,30-0,75 | 0,78* | 0,62 - 0,97 |
| 4001 ou mais | 1,00 | 0,80-1,25 | 55 | 0,26-1,18 | 0,55*** | 0,40-0,76 | 0,69* | 0,51 - 0,94 |

*=p<0,05

**=p<0,01

***=p<0,00

1

4.5. *Bullying* e burnout

A prevalência de *burnout* alto na amostra total foi de 13,3%. Nos participantes que sofreram *bullying* foi de 51,4%. (Tabela 9).

Tabela 9. Distribuição dos participantes de acordo com as características sociodemográficas, *bullying* no trabalho e *burnout*. Estudo PANDORA-SP (n=2.940). São Paulo, Brasil.

| | Total n(%) | <i>Burnout</i> | |
|------------------------|---------------|------------------------|--------------|
| | | Baixo/Moderado n(%) | Alto n(%) |
| <i>Bullying</i> | | | |
| | 772 | | |
| Não | (91,5) | 697 (90,3) | 75 (9,7) |
| Sim | 72 (8,5) | 35 (48,6) | 37 (51,4) |
| Sexo | | | |
| | 751 | | 100 |
| Mulher | (89,0) | 651 (86,7) | (13,3) |
| Homem | 93 (11,0) | 81 (87,1) | 12 (12,9) |
| Grupo etário | | | |
| | 200 | | |
| 18 a 29 anos | (23,7) | 157 (78,5) | 43 (21,5) |
| | 308 | | |
| 30 a 39 anos | (36,5) | 267 (86,7) | 41 (13,3) |
| | 221 | | |
| 40 a 49 anos | (26,2) | 194 (87,8) | 27 (12,2) |
| | 115 | | |
| 50 anos ou mais | (13,6) | 114 (99,1) | 1 (0,9) |
| Cor da pele | | | |
| | 357 | | |
| Branca | (42,3) | 316 (88,5) | 41 (11,5) |
| | 324 | | |
| Parda | (38,4) | 286 (88,3) | 38 (11,7) |
| | 151 | | |
| Preta | (17,9) | 120 (79,5) | 31 (20,5) |
| Amarela | 12 (1,4) | 10 (83,3) | 2 (16,7) |
| Estado marital | | | |
| | 513 | | |
| Casado/mora junto | (60,8) | 462 (90,1) | 51 (9,9) |
| | 226 | | |
| Solteiro | (26,8) | 182 (80,5) | 44 (19,5) |
| Viúvo | 20 (2,3) | 16 (80,0) | 4 (20,0) |
| Separado | 85 (10,1) | 72 (84,7) | 13 (15,3) |
| Escolaridade | | | |
| Até 4 anos completos | 24 (2,8) | 22 (91,7) | 2 (8,3) |
| Até 8 anos completos | 305 (36,2) | 268 (87,9) | 37 (12,1) |

| | | | |
|-------------------------|-----------|------------|-----------|
| | 271 | | |
| Curso técnico | (32,1) | 230 (84,9) | 41 (15,1) |
| | 151 | | |
| Graduação | (17,9) | 133 (88,1) | 18 (11,9) |
| Pós-graduação | 93 (11,0) | 79 (84,9) | 14 (15,1) |
| Renda individual | | | |
| | 429 | | |
| 400-1000 | (50,9) | 356 (83,0) | 73 (17,0) |
| | 228 | | |
| 1001-2000 | (27,0) | 211 (92,5) | 17 (7,5) |
| 2001-4000 | 77 (9,1) | 72 (93,5) | 5 (6,5) |
| | 110 | | |
| 4001 ou mais | (13,0) | 93 (84,6) | 17 (15,4) |

A análise multivariada mostrou que os participantes que reportaram *bullying* no local de trabalho apresentaram um risco quase 5 vezes maior de ter *burnout* alto em comparação com aqueles que não sofreram *bullying* (RP=4,82; IC95% 3,46 – 6,71).

Tabela 10. Associações entre variáveis sociodemográficas, *bullying* no trabalho e *burnout* de acordo com a análise bivariada e a análise multivariada.

| | RP | IC95% | RP ajustad a | IC95% |
|--------------------------------|-------------|-------------|-----------------|-------------|
| Bullying | | | | |
| Não | 1 | | 1 | |
| Sim | 5,28** * | 3,87 – 7,22 | 4,82*** | 3,46 - 6,71 |
| Profissão | | | | |
| Agente comunitário de saúde | 1 | | 1 | |
| Auxiliar/Técnico de enfermagem | 0,43** | 0,25 – 0,74 | 0,44** | 0,27 - 0,71 |
| Enfermeiro | 1,14 | 0,65 – 1,98 | 1,14 | 0,69 - 1,89 |
| Médico | 0,92 | 0,47 – 1,81 | 0,88 | 0,48 - 1,62 |
| Sexo | | | | |
| Mulher | 1 | | 1 | |
| Homem | 0,96 | 0,55 - 1,69 | 1,01 | 0,58 - 1,74 |

Grupo etário

| | | | | |
|-----------------|--------|-------------|---------|-------------|
| 18 a 29 anos | 1 | | 1 | |
| 30 a 39 anos | 0,61* | 0,41 - 0,91 | 0,67* | 0,46 - 0,98 |
| 40 a 49 anos | 0,56* | 0,36 - 0,88 | 0,67 | 0,42 - 1,07 |
| 50 anos ou mais | 0,04** | 0,00 - 0,29 | 0,03*** | 0,00 - 0,22 |

Cor da pele

| | | | | |
|---------|--------|-------------|--------|--------------|
| Branca | 1 | | 1 | |
| Parda | 1,02 | 0,67 - 1,54 | 1,02 | 0,69 - 1,51 |
| Preta | 1,78** | 1,16 - 2,73 | 1,70** | 1,14 - 2,55 |
| Amarela | 1,45 | 0,39 - 5,31 | 2,67 | 0,68 - 10,36 |

Estado marital

| | | | | |
|-------------------|-------------|-------------|--------|-------------|
| Casado/mora junto | 1 | | 1 | |
| Solteiro | 1,95** * | 1,35 - 2,84 | 1,37 | 0,96 - 1,97 |
| Viúvo | 2,01 | 0,80 - 5,02 | 2,88** | 1,38 - 5,98 |
| Separado | 1,53 | 0,87 - 2,70 | 1,96* | 1,17 - 3,30 |

Escolaridade

| | | | | |
|----------------------|------|-------------|---|--|
| Até 4 anos completos | 1 | | 1 | |
| Até 8 anos completos | 1,45 | 0,37 - 5,68 | | |
| Curso técnico | 1,81 | 0,46 - 7,05 | | |
| Graduação | 1,43 | 0,35 - 5,78 | | |
| Pós-graduação | 1,80 | 0,43 - 7,42 | | |

Renda individual

| | | | | |
|--------------|--------|-------------|---|--|
| 400-1000 | 1 | | 1 | |
| 1001-2000 | 0,43** | 0,26 - 0,72 | | |
| 2001-4000 | 0,38* | 0,15 - 0,91 | | |
| 4001 ou mais | 0,90 | 0,55 - 1,47 | | |

RP=razão de prevalência

*=p<0,05

**=p<0,01

***=p<0,001

5. DISCUSSÃO

5.1. Síntese dos resultados

A prevalência de *bullying* em local de trabalho entre os participantes foi de 13,7% (IC95% 12,4 – 15,0). As características individuais que apresentaram associação estatisticamente significativa com maior exposição ao *bullying* em local de trabalho foram: idade entre 18 e 29 anos, viúvos e separados. As características relacionadas ao trabalho que apresentaram associação estatisticamente significativa com *bullying* foram: não receber *feedback* do supervisor, ter tido faltas no último mês, apresentar trabalho do tipo ativo, de alto desgaste e apresentar baixo apoio social no trabalho.

A exposição ao *bullying* teve associações estatisticamente significativas com desfechos em saúde mental. Sofrer *bullying* aumentou em mais de 5 vezes a chance de apresentar depressão e em mais de 4 vezes a chance de apresentar *burnout* alto.

5.2. Bullying

5.2.1. Prevalência

Nas últimas três décadas nas quais as pesquisas sobre *bullying* no trabalho mais se desenvolveram, a comparação de prevalências, seja entre países como entre diferentes setores da sociedade, segue sendo um desafio, tanto pelas características socioculturais envolvidas (que impactam tanto na percepção quanto na expressão do *bullying*)⁵⁵, quanto pelas diversas definições e formas de mensuração do fenômeno⁶². Nielsen et al⁶² (2010) ao realizar uma metanálise comparando as diferentes prevalências de diferentes países, descobriram uma estimativa de *bullying* no trabalho na população geral de 14,6%. Porém, quando analisada pelos diferentes métodos, encontraram estimativa de 11,3% para *bullying* autorreferido a partir de uma definição apresentada, de 14,8% a partir de instrumento comportamental (com lista de comportamentos de *bullying* a serem avaliados) e de 18,1% para *bullying* autorreferido sem definição apresentada. Encontraram ainda uma diferença de

8,7% entre estudos cuja amostra foi aleatória ou não, o que mostra também outros aspectos metodológicos a serem levados em consideração nas comparações.

Quando analisamos as prevalências de *bullying* no trabalho na área da saúde, as comparações com outros estudos também ficam limitadas em função da diversidade de desenhos, métodos e cenários.

A maior parte dos estudos encontrados sobre *bullying* na área da saúde são em contextos hospitalares e a pesquisa de *bullying* na área da enfermagem é uma das mais frequentes nesse tema¹³⁴⁻¹³⁶. Em população de enfermeiros de centro cirúrgico na China foi encontrada a prevalência de *bullying* de 15,8% (n=411, NAQ, taxa de resposta de 87%)¹³⁷. Em revisão de literatura, que incluiu 79 artigos investigando “*workplace incivility*”, “*lateral violence*” e *bullying* no trabalho na enfermagem, a prevalência de *bullying* encontrada por Bambi e colaboradores variou entre 2,4% e 81%¹³⁸. A prevalência geral de *bullying* encontrada no setor de Cirurgia Geral na Austrália (n=370) foi de 47%, sendo que em *trainees* a prevalência foi de 64% e em mulheres de 57%¹³⁹. Mas levando em consideração a frequência diária/semanal de pelo menos um item do NAQ-R a prevalência geral foi de 38% (questionário online, taxa de resposta de 34%). Uma pesquisa com médicos e enfermeiros de UTIs neonatais na Grécia (n=398) encontrou uma prevalência de *bullying* de 53,1% e de 53,6% respectivamente (NAQ-R, taxa de resposta de 62,8%)¹⁴⁰. Norton e colaboradores encontraram prevalência de 8% de *bullying* em trabalhadores da saúde em um hospital em Portugal (n=671; foram considerados como *bullying* apenas os casos que atingissem os critérios estabelecidos em ambos os instrumentos, NAQ e autorreferidos; taxa de resposta 12,5%)¹⁴¹.

Rahm e colaboradores¹⁴² investigaram *bullying* em trabalhadores da saúde na Suécia (n=1550) e encontraram uma prevalência de 8,6% usando valores de corte da pontuação no NAQ-R, porém 18,5% referiram pelo menos 1 atitude negativa com frequência no mínimo semanal (taxa de resposta de 55%)¹⁴². Um estudo demonstrou que a prevalência de *bullying* entre médicos e dentistas (n=1759) no sistema público de saúde da Nova Zelândia, foi de 38% (NAQ-R, ao menos uma ação negativa com frequência semanal ou diária, taxa de resposta 40,8%, questionário online)⁶⁷. Em revisão sistemática que incluiu 45

artigos que investigaram prevalência e consequências do *bullying* em trabalhadores da saúde, a prevalência variou entre 3,9% e 86,5%, com estimativa média combinada de 26,3%¹⁰³.

Alguns estudos sobre o tema em populações de médicos também chamaram a atenção. Uma pesquisa transversal em três momentos com médicos noruegueses apontou prevalências de *bullying* com frequência de, no mínimo, algumas vezes por mês no último ano de 5,7% em 1993 (n=2439, taxa de resposta de 72,8%), de 7,3% em 2004 (n=730, taxa de resposta de 67%) e de 7% em 2014/2015 (n=1080, taxa de resposta de 78,2%)¹⁴³. Em pesquisa investigando *bullying* em ginecologistas e obstetras no Reino Unido (n=664), 44% (229) reportaram terem persistentemente sofrido *bullying* ou “*undermining*”¹⁴⁴. Apesar da taxa de resposta ser baixa (28%) e provavelmente as vítimas estarem sobrerrepresentadas, esses 229 profissionais constituem mais de 14% dessa força de trabalho do Reino Unido. No que tange a prevalência em populações de médicos residentes, Kemper e colaboradores, em um estudo com 1.956 residentes de pediatria nos EUA, encontraram prevalência de *bullying* de 19% (taxa de resposta de 66%, questionário online)¹⁴⁵. Em estudo com 6.956 residentes de cirurgia geral nos EUA, 18,1% reportaram sofrer *bullying* frequentemente (taxa de resposta de 86%, questionário online)¹⁰⁵.

Publicações sobre prevalência de *bullying* em trabalhadores na APS ainda são escassas tanto no Brasil quanto internacionalmente, com amostras de tamanhos relativamente pequenos. Em uma pesquisa com médicos e enfermeiros das clínicas governamentais de Atenção Primária em Barbados (n=102, taxa de resposta de 72%) 19% reportaram terem sido expostos ao *bullying* no trabalho em um ano (usaram questionário da ILO/ICN/WHO/PSI)¹⁴⁶. Em pesquisa brasileira feita com enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde de Campina Grande na Paraíba (n=112) 27,1% reportaram exposição a “assédio psicológico/*bullying*” no período de um ano (39% dos que reportaram referiram um episódio em 12 meses)¹⁴⁷. Pesquisa na Lituânia com médicos de família, enfermeiros hospitalares e professores apontou prevalência de 19% de *bullying* nos médicos de família (n=174, amostra representativa, taxa de resposta de 65%, NAQ-R)¹⁴⁸. Estudo no Chipre envolvendo trabalhadores da saúde tanto da APS quanto do maior hospital público da ilha (n=403) encontrou prevalência de

bullying no trabalho de 5,9% (usando versão do LIPT, taxa de resposta de 75%)¹⁴⁹. Em pesquisa com médicos de família nos EUA (n=1.065) 28,7% reportaram já terem sido vítimas de *bullying* em algum momento da carreira (taxa de resposta de 33,5%, questionário online)¹⁵⁰. Estudo com trabalhadores da APS e da atenção hospitalar na região sul do Brasil (n=647) encontrou prevalência de assédio moral de 22,41% nos últimos 12 meses¹⁵¹.

Ainda que a comparação com a literatura internacional tenha as limitações aqui já pontuadas, a prevalência de 13,7% (IC95% 12,4 – 15,0) de *bullying* encontrada na presente pesquisa parece compatível com os achados internacionais que usaram técnicas semelhantes, de amostra representativa, de uso de adaptações do NAQ-R, com alta taxa de resposta (93%). É relevante ressaltar que, sendo o *bullying* um fenômeno de violência no trabalho, com consequências - tanto para os profissionais, quanto para os usuários do serviço de saúde, quanto para as instituições - é um fenômeno cuja prevalência almejada deveria ser zero. Uma prevalência de 13,7% em uma amostra representativa, significaria que em um contexto de 9.450 profissionais contratados na Estratégia de Saúde da Família no município de São Paulo em 2010 (a coleta de dados do PANDORA ocorreu entre 2011 e 2012)¹⁵², aproximadamente 1.295 trabalhadores da ESF estariam sofrendo *bullying* naquele corte temporal. É um dado alarmante.

Para além das variáveis relacionadas ao *bullying* que pesquisamos e discutiremos a seguir, frente ao cenário de dados tão escassos na APS, cabe o exercício de refletir sobre outros elementos do cotidiano, do processo de trabalho das eSF no município de São Paulo que poderiam também influenciar uma frequência tão alta de *bullying*. Einarsen e colaboradores³⁴ afirmam que nessas décadas de desenvolvimento das pesquisas sobre *bullying* no trabalho a hipótese do ambiente de trabalho de Leymann tem sido validada pelos dados encontrados e discutem as características do trabalho associadas a ocorrência de *bullying*.

A partir do modelo demanda-recurso (*job demand-resource model*)⁴⁸ discute-se que recursos insuficientes ou mesmo sua escassez para lidar com as demandas pode ser uma fonte de tensionamento entre os trabalhadores¹⁵³. Aspectos do espaço físico como superlotação, temperaturas extremas,

barulhentos, desagradáveis ou irritantes, tendo que compartilhar instrumentos ou equipamentos com os colegas também foi associado com maior probabilidade de bullying ocorrer^{98,154}. Resgatando a questão do subfinanciamento a que é submetido o SUS historicamente, não é incomum que os trabalhadores da APS enfrentem no dia a dia a limitação de material de higiene, de insumos, de medicações, de equipamento de proteção individual, de aparelhos para antropometria, para aferição de pressão arterial, para medir glicemia capilar, ou que tenham que dividir instrumentos e aparelhos entre os profissionais^{155–158}. A questão do espaço físico também pode ser problemática na cidade de São Paulo, considerando que as Unidades muitas vezes são imóveis residenciais que foram adaptados para serem Unidades Básicas de Saúde, nem sempre tão bem adaptados, com a acessibilidade preconizada ou mesmo com espaço suficiente para receber a população adscrita de forma confortável para todos os serviços oferecem, como consultas, vacinação, curativos, coleta de exames, farmácia, agendamentos, o que pode ocasionar superlotação em determinadas faixas de horários. Somam-se a isso as condições de segurança pública na cidade, sendo as UBS também alvo de roubos e furtos¹⁵⁹ e também a própria violência no trabalho no sentido mais amplo, que pode envolver violência contra os profissionais por não-profissionais de saúde¹¹¹.

Diferentes autores discutem que essas deficiências no ambiente de trabalho podem gerar frustrações que não são adequadamente abordadas e podem gerar agressividade – que alimentaria comportamentos de potenciais perpetradores de bullying – ou comportamentos de potenciais vítimas que de alguma forma viole as regras e normas do convívio na empresa – o que aumentaria sua vulnerabilidade e exposição ao bullying³⁴. Retomando a concepção de Leymann e Baillien de que o bullying pode ser um processo proveniente de conflitos interpessoais escalados, a presença desses estressores relatados, num contexto de alta demanda, com manejo insuficiente de conflitos pode ser um terreno fértil para conflitos interpessoais escalarem.

5.2.2. *Bullying* e características individuais

No presente estudo as características individuais analisadas foram sexo, idade, cor da pele, estado marital, escolaridade e renda. Apenas idade entre 18 e 29 anos e estado marital de viúvos e separados apresentaram associação estatisticamente significativa de risco aumentado para sofrer *bullying* no trabalho após análise multivariada.

Em revisão sistemática analisando fatores de risco para *bullying* no trabalho, em 51 artigos selecionados, Feijó e colaboradores encontraram grande variação de achados em relação a idade¹⁶⁰. Enquanto oito artigos apontaram associação significativa entre ser menor de 44 anos de idade e sofrer *bullying* (sendo um artigo com trabalhadores do setor saúde), nove artigos não apresentaram associação significativa (sendo seis com trabalhadores do setor saúde). O *bullying* é caracterizado por uma dificuldade da vítima de se defender, numa relação assimétrica de poder³⁴. Nesse caso, uma hipótese para o resultado da presente pesquisa, seria de que os trabalhadores da saúde mais jovens, por ter menos repertório e experiência na área, poderiam estar numa posição de menor autoridade e por isso se configurar num maior risco para sofrer *bullying*. O que poderia ser diferente em setores onde o trabalho braçal é preponderante, nos quais pessoas com idade mais avançada poderiam ser vistas como fora do padrão organizacional esperado para o serviço. Mais estudos são necessários para averiguar a relação entre idade e exposição ao *bullying* no serviço de saúde, especialmente na APS.

Em relação ao estado marital, a revisão sistemática¹⁶⁰ apontou também uma variedade de achados. Enquanto quatro artigos não apresentaram relação significativa entre estado marital e exposição ao *bullying* (nenhum com trabalhadores da saúde), outros três artigos reportaram maior propensão para solteiros, separados, divorciados e viúvos serem expostos ao *bullying* (sendo um deles com médicos jovens na Turquia¹⁶¹). Apenas um estudo reportou maior chance de sofrer *bullying* para pessoas casadas, feito com 119 trabalhadores da APS de uma cidade turca¹⁶². Os autores encontraram também dois artigos que reportaram chance significativamente maior de sofrer *bullying* no trabalho para mulheres com filhos pequenos em casa, em população de gerentes (n=661)¹⁶³ e com trabalhadores da saúde (n=284; OR 2,86; IC95% 1,23-6,63)¹⁶⁴, o qual é um aspecto de arranjo familiar não investigado na presente pesquisa, porém

importante de ser futuramente investigado. Quando pesquisados artigos mais recentes sobre o tema, em trabalhadores da saúde, um estudo com 411 enfermeiros de centro cirúrgico na China (91% mulheres), foi encontrada associação significativa entre ser casado e maior exposição ao *bullying*¹³⁷. Por outro lado, estudo com 484 enfermeiras em Taiwan apontou maior probabilidade de sofrer *bullying* para as não-casadas¹⁶⁵. Assim, para melhor estimativa da associação entre estado marital e exposição ao *bullying* em trabalhadores da saúde, especificamente da APS, são necessários mais estudos, incorporando outras características do arranjo familiar como ter filhos pequenos ou não.

Na nossa pesquisa não encontramos associação significativa entre sexo e exposição ao *bullying*. Em revisão sistemática, Feijó et al encontraram 13 artigos apontando associação significativa entre ser mulher e exposição ao *bullying*, nos quais o OR variava entre 1,17 e 2,77. Encontraram também 11 artigos que não encontraram associação significativa e apenas dois que apontavam maior risco para homens¹⁶⁰.

Não foi encontrada também relação entre raça e exposição ao *bullying* no presente trabalho. Feijó et al apontaram a raridade de estudos que investigam relação tanto entre raça e *bullying*, como entre orientação sexual e *bullying*, sendo um ponto importante para futuras investigações¹⁶⁰.

5.2.3. *Bullying* e características relacionadas ao trabalho

5.2.3.1. *Feedback* do supervisor

Encontramos, no presente estudo, uma probabilidade maior de trabalhadores que não recebiam *feedback* de seu supervisor de serem expostos ao *bullying* (RP ajustada 1,72; IC95% 1,39-2,13). Analisar se o trabalhador recebia ou não *feedback* foi uma forma de analisar a relação entre estilo de liderança e o *bullying*. Um crescente número de estudos tem investigado essa relação.

Em revisão sistemática¹⁶⁰, estilos de liderança foram reportados como um importante fator de risco para exposição ao *bullying* em nove artigos. De acordo

com o Modelo Completo de Liderança, os estilos podem estar tanto em um espectro mais passivo e inefetivo, do qual o estilo *laissez-faire* faz parte, até o espectro mais ativo e efetivo, do qual fazem parte, por exemplo, os estilos transformacional e autêntico^{166,167}. O estilo *laissez-faire* se caracteriza por passividade, por ausência de tomadas de decisão necessárias, indisponibilidade quando seus supervisionados precisam de sua liderança. Em pesquisa com 594 trabalhadores da indústria marítima, Nielsen e colaboradores encontraram chance de trabalhadores sob liderança tipo *laissez-faire* de serem expostos ao *bullying* três vezes maior (OR 3,25; IC95% 2,21-3,25), enquanto estar sob liderança dos tipos transformacional e autêntico diminuíram essa exposição (respectivamente: OR 0,58; IC95% 0,36-0,95 e OR 0,50; IC95% 0,33-0,78)¹⁶⁷. Em estudo com 404 trabalhadores no Japão, estar sob liderança tipo *laissez-faire* também aumentou fortemente, em mais de quatro vezes, a chance de exposição ao *bullying* (OR 4,28 IC95% 1,29–14,2). Por outro lado, estar sob liderança com grande consideração individualizada diminuiu em 70% a probabilidade de exposição ao *bullying* (OR 0,30; IC95% 0,10–0,91)¹⁶⁸. Em pesquisa com 580 trabalhadores de áreas remotas na Austrália, estar sob liderança que não promovia colaboração no trabalho aumentava em três vezes a chance de exposição ao *bullying* (OR 3,04; IC95% 1,84-5,04)¹⁶⁹. Estilo *laissez-faire* foi também significativamente associado com exposição ao *bullying* enquanto lideranças tipo transformacional e transacional atuaram como protetoras à exposição também em estudo no Canadá¹⁷⁰. Outros estilos não-constructivos também foram associados significativamente com exposição ao *bullying*, como liderança tipo destrutiva¹⁷¹, ditatorial¹⁷² e pouco apoiadoras¹⁷³. E por fim, um estudo transversal (amostra representativa com 2.539 trabalhadores na Noruega) mostrou que tanto o estilo de liderança tirânico como o *laissez-faire* estão fortemente associados ao *bullying* no trabalho⁴⁶.

Ainda que exista uma variedade de estilos de liderança sendo pesquisados e diferentes formas de estudar essas relações com *bullying*, o papel da liderança, e, principalmente a passividade e a omissão do supervisor frente a conflitos no trabalho têm sido apontadas desde os primórdios da discussão sobre *bullying* no trabalho na década de 1990³³. Dentro da “hipótese do ambiente de trabalho” de Leymann, o autor já apontava que o supervisor pode ter um papel

muito grave no desenvolvimento do *bullying*, tanto quando o pratica diretamente, como também quando não se posiciona e, portanto, fortalece o lado dos agressores. Salin¹⁷⁴ apontou que a relação entre uma liderança omissa e a escalada do *bullying* poderia ser explicada por uma percepção, por parte do agressor, de que o custo é pequeno, já que a liderança raramente intervém e sua probabilidade de ser punido é pequena. Skogstad et al¹⁷⁵ encontraram associação entre estar sob liderança *laissez-faire* e altos níveis de conflitos de papéis no trabalho e discutem que quando um superior ignora a expectativa legítima por parte dos seus subordinados de ter sua presença, seu envolvimento, seu *feedback*, isso impacta nas experiências dos trabalhadores em relação aos seus papéis e potenciais conflitos desencadeados. Conflitos esses, que, no decorrer do processo não gerenciado pela liderança *laissez-faire*, contribuem para a escalada do *bullying*⁴⁷. Agotnes et al⁴⁹ em estudo prospectivo (n= 1.772) encontraram associação significativa entre estar envolvido em conflito interpessoal no trabalho no T1 e se reportar como vítima (caso novo) de *bullying* no T2 (após dois anos), e que essa relação foi moderada pela liderança *laissez-faire*. E por isso, apesar de ser caracterizado por uma postura de não-ação, não é como se essa liderança passiva apenas deixasse de ter efeitos construtivos no ambiente de trabalho, mas sim se configura também como um estilo fortemente destrutivo¹⁷⁵.

Einarsen et al³⁴ discutem como a cultura e o clima organizacional de alguma forma permite que o *bullying* ocorra e se perpetue e o quanto isso perpassa pela gerência. Dollard¹⁷⁶ aponta que a percepção de clima de segurança psicológica (Psychological Safety Climate) no trabalho é um indicador importante da habilidade que a organização tem de proteger seus trabalhadores de danos psicológicos, relacionados inclusive ao *bullying*. Hamre e colaboradores¹⁷⁷ em estudo com 15.524 trabalhadores de 69 organizações encontraram que clima de segurança psicológica moderou a associação entre conflito de papéis e *bullying* no trabalho. Apontam que o clima de segurança psicológica pode ser um recurso organizacional para prevenir *bullying* no trabalho, posto que já estava associado sua menor prevalência e agora apresenta-se também como um amortecedor do efeito entre conflito de papéis e ambiguidade de papéis e o *bullying* no trabalho.

Em pesquisa qualitativa com médicos da ESF do município de São Paulo, Ballarotti e colaboradores²⁸ [p 9] apontaram relatos de que a cobrança das metas quantitativas a serem atingidas pelos profissionais eram feitas pela gestão de forma ameaçadora. Foram trazidas falas como “Foi dito em tom de ameaça. A OS tem que cumprir o que a prefeitura está exigindo senão ela perde o contrato dela. Como ela [a supervisora da OS] tem que cobrar da gerente, ela tem que cobrar de nós para todo mundo ficar empregado, foi meio ameaça”; O discurso é: vamos fazer as metas, se as pessoas começarem a reclamar das metas, o gerente dizia ‘se vocês não provarem que precisa, talvez o governo pense que aqui não precisa. ‘Vamos fechar essa unidade, diminuir as equipes’. Tinha muito terrorismo”; e “Quando a gente ouve a supervisora da OS Amarela falando assim ‘então tem que pensar que se não atingirmos a meta... por que uma [pessoa] atinge e a outra não? Por que será? De repente a gente pode trocar esse profissional.’ Eu acho que isso é assédio moral, coação. Eu falo pras ACS da minha equipe, ‘Vocês sempre cumpriram as metas, vocês não precisam trabalhar nervosas, vocês vão ficar doentes e aí sim vai ser pior’. De forma que os profissionais ficam doentes. O estresse, agrava tudo.” Esses são alguns elementos para pensar como estaria o clima de segurança psicológica em uma UBS quando a gestão local ou regional atua dessa forma e como a pesquisa de Law et al¹⁷⁸ aponta que quando a gestão mais superior da organização está comprometida com o clima de segurança psicológica, isso tem um efeito cascata nos outros níveis de gestão, alimentando outra cultura organizacional.

Considerando o exposto acima, consideramos que nosso achado, no que tange a relação entre não receber *feedback* do supervisor e exposição ao *bullying*, reforça a tese de que características organizacionais, incluindo o estilo de liderança, desempenham um papel preponderante no desenvolvimento do *bullying*.

5.2.3.2. Modelo demanda-controle e apoio social

No presente estudo encontramos significativas maiores chances de exposição ao *bullying* associadas aos trabalhos do tipo ativo (RP ajustada 2,71),

de alto desgaste (RP ajustada 2,67) e baixo apoio social (para alto apoio social: RP ajustada 0,50).

Muitos estudos apontaram a associação entre bullying no trabalho e alta demanda no trabalho, baixo controle e baixo apoio social^{46,96,97,99,154,179}.

Como apresentado na introdução, nos estudos que Baillien desenvolveu na linha da hipótese do ambiente de trabalho, incluiu a hipótese de que o *bullying* está, também, relacionado à dificuldade dos trabalhadores, perpetradores e vítimas, de lidarem com o estresse referente aos problemas do trabalho. A ausência de recursos, como apoio social e controle sobre o próprio trabalho - componentes também do modelo demanda-controle-apoio social - interferiria sobre essa capacidade de lidar com a frustração e potencializaria o processo de escalada dos conflitos em direção ao *bullying*. Em relação às vítimas, a alta demanda esgotaria sua força e energia enquanto a falta de recursos no trabalho frustraria sua motivação. Essa combinação poderia fazer com que o trabalhador se torne um alvo mais fácil, considerando a baixa resistência que estaria sendo capaz de oferecer frente a uma hostilidade ou injustiça persistente no trabalho¹⁰⁰. Em relação aos perpetradores, a combinação de alta demanda e baixos recursos no trabalho poderia desencadear comportamentos hostis e engajamento no *bullying* como tentativa de lidar com a frustração e tentar retomar o controle⁹⁶. A autora e colaboradores testaram essa hipótese em dois estudos, de duas ondas, com trabalhadores na Bélgica. Em Baillien et al (n=177)⁴⁸ tendo como referência o modelo demanda-recursos (Job Demands-Resources model, JD-R), os autores encontraram relação entre alta demanda em T1 com exposição ao *bullying* em T2, e altos recursos - que inclui autonomia e apoio social - em T1 com menor exposição ao *bullying* em T2. Em Baillien et al (n=320)⁹⁶, utilizando o modelo demanda-controle, encontraram relação significativa entre alta demanda e baixo controle em T1 com ser exposto ao *bullying* em T2. Encontraram também, pela primeira vez, evidências sobre o perpetrador. Alta demanda e baixo controle (alto desgaste) em T1 foi associado com ser perpetrador de *bullying* em T2.

Tuckey e colaboradores⁹⁵, em estudo com 716 policiais na Austrália, utilizando o modelo demanda-controle e apoio social, encontraram associação que interagia nas três vias. Quanto maior era a demanda, maior o *bullying*

observado; quanto maior era o controle, menor o *bullying* observado; quanto maior o apoio social, menor o *bullying* observado. Apontaram, porém, que, quando a demanda é alta, a associação com *bullying* é mais provável no cenário em que qualquer um dos dois fatores - controle ou apoio - estejam baixos; ou seja, o aumento do controle ou do apoio, sozinhos, não seriam capazes de amortecer tanto o efeito da alta demanda⁹⁵. Notelaers et al⁹⁷ trabalhando com o modelo demanda-controle (n=9.363, amostra heterogênea na Bélgica) também encontraram associação de alta demanda com exposição ao *bullying* severo, principalmente nos grupos de muito alta demanda. Baixo controle também foi associado à maior exposição ao *bullying* enquanto alto controle amorteceu os efeitos negativos de alta demanda em relação à exposição ao *bullying*, principalmente nos grupos com controle muito baixo e demanda alta ou muito alta. Estudo com 314 trabalhadores nos EUA apontou também relação significativa entre alta demanda, baixo controle e baixo apoio social com exposição ao *bullying*. Os autores encontraram também a interação em três vias (demanda-controle-apoio) em que o aumento do controle amortecia os efeitos negativos de demanda alta em exposição ao *bullying*⁹⁹. Em amostra representativa de trabalhadores na Finlândia (n=4.392), Salin encontrou uma probabilidade quase quatro vezes maior de exposição ao *bullying* (OR 3,70; IC95% 2,43 - 5,61) para a categoria de alta demanda no trabalho⁹⁸.

Finstad et al⁹³ em estudo com 400 trabalhadores na Itália, também encontraram relação significativa entre alta demanda, baixo controle e baixo apoio social com exposição ao *bullying*, e que era através do *bullying* que essas características laborais impactaram a saúde dos trabalhadores. Também encontraram a relevância de ter poder de decisão e apoio social no trabalho para a prevenção do *bullying* no trabalho.

Estudo com trabalhadores da saúde localizado na revisão de literatura, com 2.946 enfermeiras na Noruega, tendo como referência o modelo JDR, também encontraram associação significativa entre recursos no trabalho e a redução do *bullying*, bem como de alta demanda e o aumento da exposição ao *bullying*. Entre os recursos no trabalho, o apoio de colegas desempenhou papel significativo na redução de exposição ao *bullying*⁷⁴. Um estudo com 502 trabalhadoras da enfermagem de um hospital na Bahia apontou uma relação

significativa entre tipo de alto desgaste (alta demanda e baixo controle) e problemas de saúde mental (RP 2,6; IC95% 1,81 - 3,75)¹⁸⁰. Artigo analisando a mesma amostra do PANDORA apontou associações significativas entre provável depressão maior e baixo suporte (OR ajustado 3,01; IC95% 2,20 - 4,12), trabalho de alto desgaste (OR ajustado 6,70; IC95% 4,60 - 9,73) e trabalho ativo (OR ajustado 5,13; IC95% 3,46 - 7,59)¹⁸¹. São estudos que não analisaram o *bullying*, mas mostram a importância do modelo demanda-controle como instrumento de análise de estresse no trabalho.

Ainda que a maior parte dos estudos aqui discutidos tenham utilizado outros métodos de análise, é possível afirmar que os achados sobre a relação entre tipo alto desgaste (alta demanda e baixo controle) e baixo apoio social estarem associados a maior exposição ao *bullying* estão bastante alinhados com a literatura. A relação encontrada no presente estudo entre trabalho do tipo ativo - alta demanda e alto controle- com a exposição ao *bullying* contraria nossa hipótese inicial de que o trabalho com maior controle teria uma associação menor com *bullying* do que o trabalho com menor controle - o de alto desgaste, do qual esperaríamos a maior associação. Esse dado poderia ser problematizado na perspectiva da discussão sobre o tamanho do efeito tampão possível e esperado do aumento do controle na proteção contra o *bullying* quando a demanda é alta, principalmente se analisada também a dimensão do apoio social - aqui analisada separadamente. É importante também considerar aspectos característicos do trabalho em saúde, na APS, que poderiam se manifestar nessa relação demanda-controle e apoio social e o desenvolvimento de *bullying*, com o qual não foi possível estabelecer um paralelo dada a literatura escassa no tema com esse recorte, em desenho de estudo epidemiológico.

Alguns estudos qualitativos sugerem que no cotidiano do trabalho na APS é comum que os trabalhadores refiram alta demanda, tanto de trabalho, como psicológica. Capozzolo¹⁸² observou, em entrevistas com médicos do então Programa de Saúde da Família (PSF) de Campinas-SP, que ainda que considerassem seu trabalho gratificante, o desgaste era grande devido à sobrecarga de trabalho, quantitativa e qualitativamente, o que foi caracterizado como trabalhar no “olho do furacão”. Ballarotti¹⁸³ em entrevistas com médicos da ESF de São Paulo identificou relatos de sobrecarga, de cansaço, de estafa, de

que isso era a característica comum dos profissionais das equipes de ESF. Relatos de que demanda recebida era muito maior do que os recursos disponíveis a serem ofertados para as pessoas, de que “não davam conta”, de que tinham que elaborar como dar a resposta negativa aos usuários, porque um “não” tinha que ser dado e de que isso era estafante também foram descritos. Mendes e colaboradoras¹⁸⁴ em estudo com profissionais da enfermagem da ESF de diferentes regiões do país identificaram que as cargas de trabalho foram principalmente psíquicas devido ao excesso de demanda e à falta de profissionais, bem como fisiológicas pela sobrecarga de atividades que geram dor física e exaustão.

Ainda que a maior parte dos estudos aqui discutidos tenham utilizado outros métodos de análise é possível afirmar que os achados sobre a relação entre tipos de trabalho segundo o modelo demanda-controle-apoio social com a exposição ao *bullying* no trabalho estão bastante alinhados com a literatura atual em desenvolvimento e com a hipótese do ambiente de trabalho de Leymann, apontando o *bullying* no trabalho como uma forma de tensão social que emerge em resposta a contextos de trabalho extremamente estressantes.

5.2.3.3. Faltas no trabalho

Nossa pesquisa encontrou que quem foi exposto ao *bullying* no trabalho teve 42% maior chance de faltar no trabalho (RP ajustada 1,42; IC95% 1,17-1,72).

Em revisão sistemática e metanálise de 17 artigos, todos de desenho prospectivo, Nielsen e colaboradores (2016) encontraram uma associação significativa de que exposição ao *bullying* aumentava o risco de ausência por questões de saúde (OR 1,58; IC95% 1,39 - 1,79)¹⁸⁵. Porém apontaram que apesar do nível de evidência ser moderado (GRADE) a base de conhecimento sobre o assunto ainda estaria limitada e a necessidade de se pesquisar sobre uma possível relação bidirecional entre *bullying* e ausência por questões de saúde¹⁸⁵. Lever et al¹⁰³ em outra revisão sistemática descreveram associação significativa entre *bullying* e absenteísmo por questões de saúde. Apesar do

nosso estudo ser transversal, não captar o fenômeno no decorrer do tempo, o que limita sua extrapolação para inferências causais, nossos achados estão alinhados com as revisões sistemáticas citadas.

Há, no entanto, evidências que apontam para hipótese de que a exposição ao bullying parece aumentar presença no trabalho³⁴, o chamado presenteísmo, no qual o trabalhador comparece ao trabalho mesmo adoecido. Neto et al¹⁸⁶ em estudo com amostra representativa de trabalhadores do setor de serviço em Portugal (n=353) encontraram associação significativa em cadeia, na qual *bullying* no trabalho predizia exaustão emocional, que predizia piora do bem-estar psicossocial, que impactava as dimensões do presenteísmo de piora de concentração e de inconclusão de tarefas¹⁸⁶. Em um estudo com trabalhadores na Dinamarca (2.865 no corte transversal e 1.331 no follow-up após 2 anos) encontraram que exposição ao bullying no trabalho (frequência semanal/diária) estava significativamente associado com presenteísmo (8 ou mais dias no ano anterior) em ambos os momentos de análise¹⁸⁷. Em uma ampla metanálise (n=175.965, 109 amostras), Miraglia e Johns encontraram associação significativa entre presenteísmo e abuso e assédio no trabalho¹⁸⁸. Em estudo transversal com 2.983 trabalhadores na Bélgica quem foi exposto a bullying severo apresentou 32% mais chance de apresentar presenteísmo¹⁸⁹.

É importante apontar que a maior parte dos estudos sobre absenteísmo/presenteísmo e *bullying* são concentrados em países de alta renda e com população geral. Nossa amostra é específica de trabalhadores da saúde, em um país de média renda, com alta precarização e rotatividade no trabalho, com taxas de desemprego que poderiam pressionar o trabalhador a comparecer ao trabalho mesmo adoecidas pela ameaça iminente do não-trabalho^{27,29,59,190,191}. Não é de se descartar, porém, a hipótese de que, além de aumentar o absenteísmo, sofrer bullying no trabalho pode também aumentar o presenteísmo, o qual não foi aferido no presente estudo.

5.2.4. Atitudes negativas no trabalho

Na presente pesquisa, se contabilizarmos todas as frequências de atitudes negativas diferentes de “nunca ocorreu” é possível observar que, em algum momento dos 6 meses anteriores, 48,9% tiveram informação que afeta o seu desempenho escondida por alguém, 40,7% foram alvo de explosões de raiva e gritos, 35,4% foram humilhadas ou ridicularizadas em relação ao seu trabalho, 37,5% tiveram rumores/boatos espalhados sobre sua pessoa, 37,4% foram obrigadas a desempenhar funções abaixo do nível de suas competências, 32,1% se sentiu insultada ou recebeu comentários ofensivos sobre aspectos pessoais, 31% se sentiu ignorada, excluída ou marginalizada, e mesmo no item que menos pontuou, foram 15,3% que referiram alguma forma de intimidação (como ter o dedo apontado para si, a invasão de seu espaço pessoal, ter sido empurrada ou ter seu caminho bloqueado). São frações que não se configuram como *bullying*, mas dão a dimensão do fenômeno mais geral de violência e conflitos no trabalho. Baillien¹⁹² aponta que a principal diferença entre conflitos no trabalho e *bullying* não são as formas de como são feitos, mas principalmente a frequência, a duração e a dificuldade da vítima de se defender. Assim, é importante que o fenômeno todo de violência no trabalho seja prevenido, identificado e manejado, para evitar que conflitos interpessoais sejam escalados até o *bullying*.

Sobre as características mais reportadas de *bullying*, com frequência de semanalmente a diariamente, 5,2% dos participantes referiram serem obrigados a desempenhar função abaixo do nível de suas competências e 3,7% referiram terem informações omitidas que afetaram seu desempenho no trabalho, itens que também estão entre os mais reportados na literatura sobre *bullying* no setor saúde^{67,150}. O terceiro item mais frequente foi ser alvo de gritos/explosões de raiva, com 3% de frequência semanal/diária. Se somados ser alvo de gritos/explosões de raiva com ser insultado ou ofendido por seus hábitos, origens, atitudes, vida pessoal, com ser intimidado fisicamente, 6,9% dos trabalhadores foram expostos a um desses tipos de violência semanal ou diariamente, o que é uma frequência alarmante.

Esses dados podem instrumentalizar as instituições para o estabelecimento de políticas anti-*bullying* e de treinamentos específicos com envolvimento da gestão, dos empregadores e dos trabalhadores e sindicatos,

como tem sido sugerido pela literatura³⁴. Sugerimos estratégias de sensibilização e de treinamento de gestores voltados para prevenir essas formas de bullying aqui descritas tais como ofensas, intimidação física, explosões de raiva, omissão de informações que afetem o desempenho dos profissionais e alocação destes em funções e tarefas abaixo de suas competências. Adicionalmente, estudos tem apontado o potencial protetor que a diminuição da carga de trabalho, a maior autonomia sobre o próprio trabalho e o apoio social apresentam em relação à redução do bullying no trabalho^{74,96}, assim como estilos de liderança construtivos e menos passivos estão também associados a menor ocorrência de bullying¹⁶⁰.

5.3. Depressão e Burnout

Antes de discutirmos a relação da exposição ao bullying com a apresentação de depressão ou burnout, cabe fazer uma breve discussão sobre outras características que estiveram associadas a depressão e burnout, bem como as frequências na amostra como um todo.

A prevalência de sintomas depressivos foi de 36.3% (IC95%=34.6-38.1) e a de depressão, 16% (IC95%=14,6-17,2). As prevalências de sintomas depressivos e depressão encontradas em nosso estudo foram maiores do que as encontradas em estudos realizados com a população geral. Estudo de base populacional realizado em 2013, utilizando autorrelato de diagnóstico médico prévio de depressão na população adulta, encontrou prevalência de depressão de 7.6% no Brasil e de 8.4% no estado de São Paulo¹⁹³. A prevalência de *burnout* alto (score alto nas três dimensões avaliadas) na amostra total foi de 13,3%. É uma prevalência maior do que em profissionais da APS na China, de 3% (n=21.759; MBI) e menor do que a prevalência de burnout alto em médicos de família no Iraque, de 30,6% (n=134; MBI)¹⁹⁴.

Os achados de que participantes com menor probabilidade de apresentar depressão foram homens^{195,196}, pessoas acima de 40 anos e com maior renda¹⁹⁶ são compatíveis com a literatura. Estudos sugerem maior risco de depressão em

mulheres, tanto na população geral ^{195,197-200} quanto em trabalhadoras da APS^{193,201}. Os participantes com maior risco para depressão terem sido pessoas separadas ou divorciadas, encontra, também, consonância com literatura¹⁹⁵. Apresentaram maior probabilidade de burnout participantes com idade entre 18 e 29 anos, o que é compatível com resultado de revisão sistemática que sugere que burnout é mais comum em adultos mais jovens. Porém sugerem também que, como a prevalência de burnout tende a aumentar com a quantidade de anos de prática, existem dois picos de prevalência na carreira de profissionais da APS¹⁹⁴. Em relação a maior probabilidade de depressão em mais jovens, uma revisão sistemática de estudos em HCW encontrou que com o aumento da faixa etária a prevalência de problemas de saúde mental diminuía²⁰².

Os participantes que autodeclararam cor preta apresentaram probabilidade 13% maior de apresentarem depressão e 70% maior de apresentarem burnout do que aqueles que declararam cor branca. Em relação à cor de pele, a associação com depressão é inconclusiva, tendo estudos que identificaram menor risco de depressão em indivíduos de pele branca ^{203,204} e estudos conduzidos com população geral nos Estados Unidos que não identificaram diferenças significativas entre etnias ^{205,206}. Para além da probabilidade de apresentar depressão, é preocupante que mulheres com sintomas depressivos mais severos podem apresentar piores desfechos, como o aumento do risco cardiovascular ²⁰⁷. É preocupante também que pessoas pretas podem apresentar maior persistência e severidade dos quadros depressivos²⁰⁸, além de terem menor acesso aos serviços de saúde ^{209,210}. Essa iniquidade de acesso pode ter efeito negativo na saúde mental, incluindo maior risco para depressão ²¹¹⁻²¹³. Além disso, é importante apontar que discriminação baseada em etnia, raça ou cor de pele é um determinante social importante do processo saúde-doença que contribui para as iniquidades em saúde ^{209,210}. Os efeitos negativos do racismo na saúde mental incluem depressão, ansiedade, burnout e suicídio²¹¹⁻²¹⁴. O Brasil tem uma longa história de colonialidade e racismo que, até hoje, também se expressa como racismo estrutural no sistema de saúde²¹⁵⁻²¹⁷. Uma abordagem interseccional nos convida a olhar para as iniquidades em saúde como resultante de sistemas de poder que interagem

enquanto categorias sociodemográficas (como gênero, cor da pele, idade, classe) dentro de estruturas de poder (racismo, patriarcado, colonialismo) que se manifestam em sistemas de políticas institucionais, de leis e regras, de governos²¹⁷. Ainda que nossos resultados sejam frutos da análise de associação de cada categoria com sintomas depressivos/depressão, e com burnout, é relevante considerar que a saúde e, também, os problemas de saúde mental, podem ser uma experiência influenciada pelo contexto histórico e contemporâneo, incluindo manifestações dentro do local de trabalho. A produção de conhecimento sobre o tema, através de uma perspectiva interseccional, é tão escassa²¹⁸ quanto necessária para o enfrentamento desse fenômeno, seja com foco na população não-branca no geral como especificamente nos profissionais de saúde, mundialmente^{217,219}.

5.4. *Bullying* e depressão

Nossa pesquisa encontrou que a exposição ao bullying no trabalho aumentou em mais de duas vezes a probabilidade de ter sintomas depressivos e em mais de cinco vezes de ter depressão. Os transtornos depressivos são um fenômeno complexo e multifatorial cuja associação com características do trabalho tem sido estudada^{181,220,221}. A associação entre exposição ao bullying no trabalho e sintomas depressivos foi descrita em diversos estudos^{102,169}.

Estudo com 25.977 trabalhadores na França apontou que sofrer *bullying* esteve significativamente associado à depressão, aumentando em mais de três vezes a probabilidade de apresentá-la (OR 3,70; IC95% 2,62-5,22 para homens e OR 3,19; IC95% 2,40-4,24)¹⁰⁴. Estudo longitudinal de cinco anos de seguimento com 2.172 trabalhadores na Alemanha encontrou associação significativa entre sofrer *bullying* severo por colegas de trabalho e desenvolvimento de depressão (OR 2,50; IC95% 1,29-4,85)²²². Em pesquisa com 1.446 trabalhadores na Austrália, quem estava exposto ao *bullying* naquele momento apresentou o dobro de probabilidade de apresentar depressão (OR 2,03; IC95% 1,00-4,11); quem já havia sido exposto ao *bullying* naquele local de trabalho previamente também apresentou maior probabilidade de apresentar depressão quando comparado com quem nunca havia sido exposto (OR 1,79;

IC95% 1,06-3,02)²²³. Em pesquisa com 580 trabalhadores remotos na Austrália, aqueles que sofreram *bullying* apresentaram também cerca de duas vezes a probabilidade de reportar depressão (OR 2,38; IC95% 1,40-4,05)¹⁶⁹.

Theorell e colaboradores, em revisão sistemática e metanálise de 59 artigos de moderado e alto nível de evidência (GRADE 3 e 4), encontram na metanálise de três estudos prospectivos associação significativa entre sofrer *bullying* no trabalho e desenvolvimento de sintomas depressivos (OR somatório 2,82; IC95% 2,21-3,59)²²⁴. Verkuil e colaboradores em outra metanálise com população geral de países de alta renda na sua maioria, apresentou que a exposição ao bullying esteve fortemente associada à presença de sintomas depressivos e depressão e comparam a força dessa associação com fatores de risco já amplamente estudados como obesidade, sono, exercício e exposição a eventos estressantes da vida (como divórcio ou perda de emprego)¹⁰². Além disso, estudos longitudinais têm identificado uma relação bidirecional entre bullying e depressão, ou seja, pessoas com depressão são mais expostas ao bullying e pessoas expostas ao bullying apresentam mais depressão^{102,225}, o que traz outros aspectos a serem considerados sobre características potencialmente predisponentes à exposição ao bullying.

Ainda que os maiores estudos epidemiológicos que investigaram a relação entre sofrer *bullying* e apresentar depressão sejam em grande parte com populações gerais de trabalhadores, há também evidências descritas dessa associação em trabalhadores da saúde, principalmente na enfermagem^{103,165,225-229}. Estudo feito com médicos recém-formados na Alemanha identificou que exposição ao bullying aumentou a probabilidade de apresentar sintomas depressivos após 1 ano e após 3 anos²²⁵, apontando um efeito duradouro da exposição ao bullying. Um estudo com residentes de clínica médica nos EUA, apontaram, além da prevalência de 13,6% de bullying no trabalho, a depressão como consequência do bullying por 27% dos médicos expostos²²⁹. Em revisão sistemática com trabalhadores da saúde, Lever e colaboradores¹⁰³ encontraram em 8 de 14 artigos associação significativa entre exposição ao bullying e depressão.

Raros são estudos que investigaram a associação entre bullying no trabalho e depressão na APS o que nos dificultou a comparação. Nossos

achados (OR ajustado de 5,53) se assemelham ao encontrado por Bonde et al.¹¹⁰, realizado com 7.502 trabalhadores na Dinamarca, no qual a exposição ao bullying no trabalho (diariamente ou semanalmente) aumentou o risco de apresentar depressão em mais de 6 vezes (OR de 6,9; IC95% 3,9-12,3), sendo um estudo que se distanciou da faixa de acima relatadas. O que explicaria uma associação tão forte é parte de uma discussão que faremos a seguir, dado o desafio de encontrar na literatura modelos explicativos que investigassem depressão separadamente de outras repercussões da exposição ao bullying na saúde mental dos trabalhadores.

5.5. Bullying e burnout

Nossa pesquisa encontrou que a exposição ao bullying no trabalho aumentou em quase 5 vezes a probabilidade de ter *burnout* alto em comparação com aqueles que não sofreram *bullying*. A OMS recentemente em 2019 incluiu o burnout como um fenômeno ocupacional, e não como uma condição médica²³⁰ na 11ª Classificação Internacional de Doenças (CID-11). A instituição a define como uma síndrome resultante de estresse crônico no trabalho que não foi manejado adequadamente²³¹.

Comparar estudos que investigam a relação entre exposição ao *bullying* no trabalho e a apresentação do *burnout* é desafiador por diferentes razões. Uma delas é a variedade de formas de estimar a prevalência de *burnout*. Rotenstein e colaboradores (2018)¹²⁷, em revisão sistemática buscando estimar a prevalência de *burnout* em médicos, encontraram em 182 artigos envolvendo ao todo 109.628 médicos, de 45 países, publicados entre 1991 e 2018, uma heterogeneidade de: desenhos, de métodos de averiguação, de definições (um total de 142 definições diferentes), de formas de reportar os desfechos (prevalência geral de *burnout* e/ou prevalência dos subcomponentes - exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal), ainda que a maioria dos artigos tenha utilizado alguma versão ou variação do Maslach *Burnout Inventory*. Esses desafios foram reafirmados em revisão sistemática publicada no Boletim da OMS em 2022¹⁹⁴. Hewitt e colaboradores (2020)²³² testaram identificar as prevalências de *burnout* e associações usando diferentes critérios e definições

de *burnout*, através de questionário respondido por 6.956 médicos residentes da cirurgia geral nos EUA. A prevalência variou entre 3,2% e 91,4% usando critérios mais restritos ou mais abrangentes, e usando uma das definições mais comuns (sintomas semanais em pelo menos um subcomponente do *burnout*) a prevalência foi de 43,2%. Independente do critério utilizado, o aumento dos sintomas de *burnout* foi associado ao aumento de pensamentos de desgaste e pensamentos suicidas, o que demonstra que não existem níveis “seguros” de *burnout* quando se estuda a relação entre o mesmo e as potenciais repercussões na saúde.

Outra razão é a variedade de formas de estimar a prevalência de *bullying* no trabalho, conforme já discutido na seção 5.2.1. Alguns estudos utilizam dados de diferentes manifestações de violência no trabalho agrupados (por vezes sob o guarda-chuva de “*mistreatment*”), por vezes incluindo as formas mais comuns de estimar *bullying* (método autorreferido ou lista de atitudes negativas como o NAQ-R) dentro desse agrupamento, por vezes não deixando claro como, e se, foi medido.

Hu e colaboradores (2019)²³³, em pesquisa com 7.409 residentes de cirurgia geral nos EUA, apontaram que residentes que reportaram terem sofrido discriminação (de gênero ou racial), abuso (físico ou verbal) ou assédio sexual pelo menos algumas vezes por mês foram mais propensos a apresentar sintomas de *burnout* (OR 2,94; IC95% 2,58-3,36) em relação aos que não sofreram esses tipos de exposição. Em outro estudo, com 1.956 residentes de pediatria, aqueles que reportaram exposição a violência no trabalho (que incluiu *bullying*, discriminação, assédio sexual, e violência física), analisada de forma agrupada, foram mais propensos a reportar sintomas de *burnout* (OR ajustada 1,98; IC95% 1,62-2,42) do que os não-expostos¹⁴⁵. Cabe destacar que, como já apresentado anteriormente, há a discussão de que o *bullying* é um constructo percebido diferentemente pelas vítimas de violência no trabalho, com consequências potencialmente mais significativas na saúde mental quando comparado com outras manifestações de violência no trabalho^{234,235}, e por isso poderíamos questionar se essas medidas de efeito agrupadas poderiam diluir a força de associação do componente *bullying* com *burnout* e subestimar seu efeito.

Foram encontrados estudos que apontaram associações estatisticamente significativas entre exposição ao *bullying* no trabalho e apresentação de *burnout*. Zhang e colaboradores (2020)¹⁰⁵, em pesquisa com 6.956 residentes de cirurgia geral nos EUA, apontaram que residentes que sofreram *bullying* na residência apresentaram maiores frequências de *burnout* (61,1% vs 37,0%; $P < 0,001$) quando comparados com aqueles que não eram expostos ao *bullying* frequentemente (S-NAQ igual ou maior 16), porém apenas a frequência foi apresentada. Em estudo com 312 enfermeiros recém-licenciados na Coréia do Sul sofrer *bullying* esteve fortemente associado com *burnout* (OR 8,38; IC95% 3,26-13,49)²³⁶. Estudo com 762 enfermeiros na Austrália também encontrou associação significativa entre *bullying* e *burnout* ($b = 0,34$; $p < 0,001$)¹¹⁷. Outros estudos investigaram relação de *bullying* com subcomponentes exaustão emocional e despersonalização^{118,237}. Em estudo com 324 enfermeiros na Coréia do Sul²³⁷ sofrer *bullying* no trabalho apresentou associação estatisticamente significativa com exaustão emocional ($B = 0.29$, $p < 0.01$) e despersonalização ($B = 0.15$, $p < 0.01$).

Na APS, Wright e colaboradores em revisão sistemática para o Boletim da OMS em 2022¹⁹⁴ confirmam que *burnout* está associado com altas cargas de trabalho, com poucos recursos no local de trabalho, com apoio insuficiente no trabalho e com conflitos no trabalho. E indicam que cerca de metade dos profissionais de saúde da APS em países de baixa e média renda tem nível moderado ou alto de exaustão emocional ou de realização pessoal, e que cerca de um terço dos profissionais tem nível moderado ou alto de despersonalização.

Nesse sentido, ainda que seja difícil comparar com a literatura, o resultado encontrado nesta presente pesquisa, de que sofrer *bullying* aumentou em mais de quatro vezes a chance de apresentar *burnout* alto é coerente, e sua relação com outras características do trabalho nesta tese discutidas encontra também respaldo. O que explicaria uma associação tão forte é parte de uma discussão que faremos a seguir, dado o desafio de encontrar na literatura modelos explicativos que investigassem *burnout* separadamente de outras repercussões da exposição ao *bullying* na saúde mental dos trabalhadores.

5.6. Características do trabalho, *bullying* e saúde mental

Encontramos, no presente estudo, que a exposição ao *bullying* aumentou em mais de 5 vezes a chance de apresentar depressão e em mais de 4 vezes a chance de apresentar *burnout* alto.

A exposição ao *bullying* no trabalho afeta a saúde da maior parte das vítimas, desenvolvendo tanto sintomas físicos quanto mentais¹³⁸. A investigação da relação entre a exposição ao *bullying* no trabalho e o desenvolvimento de problemas de saúde mental, especificamente de depressão e de *burnout*, tem avançado na última década, ainda que existam desafios importantes, teóricos e metodológicos, a serem enfrentados.

Uma das linhas de pesquisa na área busca responder a uma pergunta muito cara: o que explica a associação entre características e processos vividos no ambiente de trabalho e o desenvolvimento de sofrimento, sintomas, e transtornos mentais e qual o papel do *bullying* nesse contexto? Aqui nos interessa especificamente a explicação de porque a exposição ao *bullying* se relaciona com maior probabilidade de apresentação de depressão e de *burnout*. Nielsen e Einarsen²³⁸, referências teóricas internacionais sobre o tema, em revisão de literatura apontaram que há, porém, uma escassez de modelos teóricos que expliquem como e quando o *bullying* interage com as outras variáveis, quando é causa ou consequência.

Para além do desafio do arcabouço teórico e modelos explicativos do fenômeno do *bullying*, há também desafios no desenvolvimento de explicações de quais seriam as vias pelas quais o *bullying* prejudicaria a saúde mental das vítimas. Entre o que está sendo proposto e pesquisado, é possível encontrar as variáveis de saúde mental de maneiras diversas como o agrupamento de depressão e sintomas depressivos com transtornos mentais comuns, ansiedade, estresse, *burnout*. Ou mesmo colocando o *burnout* como mediador dessa relação entre estressores do trabalho e transtornos mentais como depressão e ansiedade, já que o *burnout* é reconhecido como um problema de saúde ocupacional pela OMS²³¹ e há crescentes pesquisas sugerindo de que o *burnout* está associado com depressão, ansiedade, somatização^{239,240}, ou mesmo mediando essa via entre a violência no trabalho²⁴¹. Por vezes o *bullying* no

trabalho é testado como mediador da relação entre os estressores do trabalho e desfechos de saúde mental. Por vezes são testados esses estressores como mediadores, como condicionantes da relação entre bullying e problemas de saúde mental. Um olhar sobre esses achados se faz necessário.

Boudrias e colaboradoras²⁴² em revisão sistemática de estudos longitudinais buscou elucidar as consequências do bullying no trabalho e quais mecanismos estariam envolvidos, já que por décadas os dados eram provenientes principalmente de estudos transversais. É possível afirmar que existe uma robustez da associação entre bullying e problemas de saúde mental, e que essa relação persiste ao longo do tempo, tanto em população trabalhadora geral^{83,102} quanto em trabalhadores da área da saúde^{103,148,229}, como já foi também discutido em seções anteriores da presente tese. Existem também evidências que sugerem a relação bidirecional entre bullying e problemas de saúde mental, na qual problemas de saúde mental estão associados a maior exposição ao bullying^{83,102,225,243}. Além disso, bullying no trabalho parece ser um fator mais forte no aumento da probabilidade de problemas relacionados a estresse do que outras características do ambiente de trabalho como baixo clima de segurança, liderança tirânica, altas demandas do trabalho e tensão do trabalho²⁴².

Na revisão de Boudrias, apenas 3 de 22 estudos selecionados examinaram modelos explicativos entre bullying no trabalho e desfechos em saúde mental. Um dos modelos explicativos utilizados foi baseado na Teoria da Autodeterminação²⁴⁴, que estabelece que a motivação das pessoas a realizarem determinadas tarefas está relacionada a três necessidades básicas: autonomia, competência (adquirir conhecimento, desenvolver e demonstrar habilidades) e conexão (socialização, interação social, pertencimento). Utilizando esse modelo, Trepanier et al²⁴⁵ demonstraram que, ao longo de 1 ano, a exposição ao bullying reduzia a satisfação dessas necessidades básicas, principalmente autonomia e competência ao mesmo tempo que desencadeava burnout nas vítimas.

Outro modelo explicativo utilizado foi a Teoria da Conservação de Recursos²⁴⁶, que estabelece que as pessoas se esforçam para obter, proteger e aumentar seus recursos, que são categorizados em recursos psicológicos, físicos, sociais, emocionais, e relacionados ao trabalho. A teoria postula que o

estresse surge quando seus recursos ficam suscetíveis à perda, quando são de fato perdidos e quando a pessoa não consegue aumentar seus recursos após um grande investimento para aumentá-los. Segundo Naseer e Raja²⁴⁷, quando o trabalhador é exposto ao bullying no trabalho ele tende a apresentar, externamente, uma reação emocional positiva enquanto, internamente, experencia emoções negativas, a chamada dissonância emocional. A dissonância emocional esteve associada ao aumento da tensão no trabalho e aumento de burnout, ou seja, foi mediadora entre bullying no trabalho e burnout. Outro aspecto seria relacionado a percepção de apoio organizacional, o quanto o trabalhador sente que a instituição o apoia, valoriza suas contribuições, se preocupa com seu bem-estar. A percepção de apoio organizacional também se demonstrou como mediadora da relação entre exposição ao bullying e tensão no trabalho e burnout²⁴⁷.

Usando como referência o Modelo Transacional de Estresse e Enfrentamento (*coping*) de Lazarus e Folkman²⁴⁸, Reknes e colaboradores²⁴⁹, investigaram se o estilo de enfrentamento moderaria a associação entre exposição ao bullying no trabalho e o desfecho de ansiedade. Observaram que enfermeiros vítimas de bullying que enfrentavam de forma mais negativa apresentavam maior ansiedade, porém quando a exposição ao bullying foi mais intensa, a apresentação de ansiedade afetou igualmente, independente do estilo de enfrentamento. Nielsen e Einarsen²³⁸, em revisão de literatura, apontaram que apesar de indícios de que características individuais podem ser fatores condicionantes para adoecimento mental por bullying, os resultados tanto de estudos transversais como de longitudinais não demonstraram essa associação de forma significativa. Foram investigados senso de coerência, autorreferência como vítima de bullying, habilidade de se defender, agradabilidade, estilo de enfrentamento (*coping*), otimismo, locus de controle interno²⁵⁰ e esses fatores só foram protetores contra problemas de saúde mental no caso da ausência de bullying, ou de exposição baixa ao bullying²³⁸. No caso de alta exposição, as vítimas de bullying apresentaram frequências igualmente altas de problemas de saúde mental, o que pode indicar que apesar das características individuais a exposição ao bullying é prejudicial para todos.

Alguns estudos investigaram a relação entre características do trabalho (modelo demanda-controle-apoio social, clima organizacional, apoio do supervisor) e sintomas de *burnout*, por vezes sem analisar *bullying*, por vezes investigando modelos explicativos que tinham como hipótese que o *bullying* atuaria como mediador entre essas características do trabalho e a apresentação de *burnout* como desfecho (ou de seus subcomponentes - exaustão emocional e despersonalização). Como na presente pesquisa encontramos características relacionadas ao trabalho que apresentaram associação estatisticamente significativa com reportar *bullying* (não receber *feedback* do supervisor, apresentar trabalho do tipo ativo, de alto desgaste e apresentar baixo apoio social) se faz relevante um olhar sobre esses dados.

Em revisão sistemática e metanálise, de 25 artigos, Aronsson e colaboradores²⁵¹ encontraram associações significativas entre baixo controle do trabalho e desenvolvimento de exaustão emocional (summary OR 1,63; IC95% 1,53-1,75) e entre baixo apoio no trabalho e aumento da exaustão emocional (summary OR 1,81; IC95% 1,68-1,95) (nível de evidência moderado, GRADE 3). Gameiro e colaboradoras²⁵² estudando 6.357 trabalhadores em Portugal e a relação entre demanda e controle no trabalho com bem-estar/engajamento e mal-estar/*burnout*, apontaram o papel preponderante que o controle do trabalho tem na promoção do bem-estar e na prevenção de *burnout* quando observaram que entre os dois perfis de alta demanda (ativo e alto desgaste), que se diferenciavam na magnitude do controle, o tipo ativo, de maior controle, esteve associado com menos *burnout*. Livne e Goussinsky¹¹⁹ em estudo com 414 trabalhadores da saúde de Israel, encontraram associação entre *bullying* e *burnout*, e que essa relação era moderada por autonomia e autoeficácia no trabalho. Autonomia no trabalho interagiu com *bullying* predizendo exaustão emocional e despersonalização, o que traz também à atenção o papel que o controle no trabalho poderia desempenhar mitigando efeitos de sofrer *bullying* no trabalho. Portoghese e colaboradores²⁵³ também encontraram, em estudo com 1.671 trabalhadores da saúde, evidências de que maior demanda, menor controle e menor apoio social estavam associados com maior exaustão emocional e despersonalização, significativamente. Em pesquisa com 658 enfermeiros na Itália os autores apontaram que o *bullying* parcialmente mediava

a relação entre clima organizacional e *burnout* e que *bullying* afetava a saúde não diretamente, mas através do *burnout*¹¹⁸. Um outro estudo com 434 trabalhadores na França²⁵⁴ investigou as relações entre apoio do supervisor e a crença num mundo justo com *bullying* e exaustão emocional, apontando que o *bullying* estava associado diretamente com exaustão emocional, mas também era mediador da relação indireta da falta de apoio do supervisor, que diretamente, ou através do *bullying*, aumentava a exaustão emocional. Finstad et al⁹³ em estudo com 400 trabalhadores na Itália, também encontraram relação significativa entre alta demanda, baixo controle e baixo apoio social com exposição ao *bullying*, e que era através do *bullying* que essas características laborais impactaram a saúde mental dos trabalhadores.

A relação entre as categorias do modelo demanda-controle-apoio social e problemas de saúde mental apresenta-se cada vez mais consolidada na literatura. Em metanálise, Van der Molen e colaboradores²⁵⁵, encontraram evidência de grau moderado das associações entre transtornos mentais relacionados ao estresse e alta demanda no trabalho, alta demanda emocional no trabalho, baixo apoio social e baixa autonomia para tomada de decisão. Em outra metanálise, Harvey e colaboradores¹⁰¹ encontraram - também - evidência de grau moderado de que alta demanda, baixo controle no trabalho e baixo apoio social estão associados a maiores chances de desenvolvimento de sintomas ansiosos e depressão.

Uma outra discussão potencial é sobre a relação entre eventos estressantes da vida (*stressful life events*) e problemas de saúde mental. Sua relação com sintomas depressivos, depressão, depressão maior, por exemplo, foi amplamente estabelecida, seja no desencadeamento da depressão, na sua severidade, na sua duração ou mesmo na probabilidade de recorrência e cronificação²⁵⁶, e sua associação também já foi pesquisada com população brasileira e trabalhadores da APS^{181,257}. Uma discussão feita por Cohen et al é de que ainda que se tenham essas evidências e um consenso de que eventos como a morte de cônjuge, sofrer violência sexual, receber um diagnóstico de doença grave são eventos estressantes da vida, não há clareza sobre quais seriam os critérios para considerar um “evento estressante da vida”. Entre as teorias apresentadas pelos autores, duas tem relação com o objeto de nosso

estudo, ainda que eles destaquem que as teorias provavelmente estão sobrepostas e interrelacionadas, bem como não são definitivas. Uma delas, a mais aceita, é de que os eventos são danosos ou ameaçadores, e a depender se suas características e qual grau de controle que a pessoa tem sobre a situação ameaçadora ela pode enfrentar de diferentes formas. Nesse caso o bullying no trabalho poderia ser esse evento ameaçador ou danoso, que demanda uma série de recursos para enfrentamento da situação, o que dialoga com modelo transacional com a teoria de conservação de recursos. A outra teoria é de eventos estressantes da vida também poderiam ser eventos nos quais a demanda excede os recursos da pessoa, dialogando com a teoria do estresse. Uma situação demandante num contexto em que a pessoa tem pouca margem de controle e de tomada de decisão resulta em estresse e desgaste – dialogando aqui tanto com modelo demanda-controle-apoio social de Karasek e Theorell quanto com a teoria da autodeterminação. Nesse caso a exposição ao bullying também poderia se encaixar nessa definição de evento estressante da vida e explicar sua relação com a depressão. Inclusive Nielsen et al²⁵⁸ encontraram uma relação mais forte entre bullying e depressão do que entre alta demanda no trabalho e depressão.

Baixa justiça organizacional e desequilíbrio esforço-recompensa foram também significativamente associados a maiores chances de desenvolvimento de sintomas ansiosos e depressão^{101,255}. Ainda que a relação dessas categorias de estresse no trabalho com a exposição de bullying no trabalho ainda não tenha sido amplamente explorada, seria plausível testar se seriam mediadores entre bullying e problemas de saúde mental.

A justiça organizacional representa quão justas são as regras e as normas sociais dentro de uma instituição. Um componente é a justiça interacional, composta essa por dois elementos: justiça relacional, sobre o nível de respeito e dignidade praticado pela supervisão e justiça informacional, sobre a presença ou ausência de informações adequadas por parte da supervisão para desenvolvimento das atividades laborais²⁵⁹. Analisando esses dois elementos que compõem a justiça interacional é possível observar pontos em comum com o próprio instrumento para detecção do bullying no trabalho, o NAQ-R, inclusive foram das atitudes negativas mais comuns encontradas no presente estudo: ser

alvo de gritos/explosões de raiva (baixo nível de respeito e dignidade praticado dentro da organização) e terem informações omitidas que afetaram seu desempenho no trabalho (justiça informacional). Seria plausível considerar a possibilidade de o sofrimento mental surgir a partir da percepção de baixa justiça organizacional quando a pessoa é exposta ao bullying no trabalho.

A partir desses elementos, não é possível afirmar que a forte relação entre a exposição ao bullying e a apresentação de depressão e burnout acontece de uma determinada forma, mas, provavelmente, interage de alguma forma com os outros estressores do trabalho aqui discutidos que também estão relacionados a transtornos mentais comuns, sintomas depressivos, ansiosos e burnout. É possível que haja também uma sobreposição de modelos explicativos e teorias que buscam explicitar como se dá esse desenvolvimento.

O que podemos afirmar categoricamente é que sim, as características do trabalho podem causar prejuízos à saúde mental, e que a exposição ao bullying no trabalho aumenta fortemente a probabilidade do trabalhador ou da trabalhadora de apresentar depressão e burnout. As características individuais que poderiam ser protetivas parecem não serem suficientes para amenizar o drástico prejuízo causado pela exposição ao bullying, o que reforça a “hipótese do ambiente de trabalho” de Leymann. Considerando esses pontos, para além da abordagem individual caso a caso, é necessária uma abordagem coletiva por parte das instituições envolvidas, de forma a repensar a organização dos processos de trabalho para prevenir o fenômeno do bullying no trabalho e das suas consequências tão danosas para a saúde mental dos trabalhadores.

5.7. Forças e limitações do estudo

Por ser um estudo de corte transversal não é possível fazer inferências causais ou mesmo investigar associações bidirecionais. A investigação do *bullying*, ainda que utilize o instrumento mais usado para detectar prevalência, o NAQ-R, é um instrumento autorreferido e que pode ter influência subjetiva da pessoa entrevistada, incluindo viés de memória²⁶⁰. Um desafio enfrentado no campo de pesquisa de violência, é a subestimação da ocorrência, uma vez que frequentemente por sentir vergonha ou estigma os indivíduos não reportam os

episódios²⁶¹. Por ter sido realizado no município de São Paulo, o maior centro urbano da América do Sul, os resultados produzidos pelo estudo PANDORA-SP podem não ser generalizáveis para áreas rurais.

As medidas de sintomas depressivos e de *burnout* podem estar subestimadas, uma vez que os trabalhadores da ESF que estavam afastados do trabalho não foram convidados para participar do estudo.

Apesar de não ter havido mudanças estruturais na política da ESF do município de São Paulo no período entre 2010 e 2022, o que justifica utilizarmos o banco de dados do PANDORA, diversas mudanças ocorreram em âmbito nacional que podem ter afetado a saúde dos trabalhadores da saúde em uma dimensão mais abrangente. Políticas de desregulamentação do trabalho, como a Reforma Trabalhista²⁶² em 2017 e a Reforma da Previdência²⁶³ em 2019, as mudanças instituídas pela Política Nacional de Atenção Básica de 2017²⁶⁴ nos processos de trabalho da ESF, a aprovação da Emenda Constitucional 95 de 2016²⁶⁵, que congelou investimentos em Saúde, Educação e outras áreas sociais por vinte anos, a crise sanitária da pandemia de COVID-19, todos esses elementos podem ter agravado a saúde dos trabalhadores nos últimos anos e, portanto, as prevalências de depressão e burnout atualmente poderiam estar ainda maiores.

Os pontos fortes desta pesquisa incluem a amostra representativa dos trabalhadores da ESF no município de São Paulo, a alta taxa de resposta de 93%, ter sido realizada em um grande centro urbano de um país de média renda, onde estudos sobre *bullying* no trabalho no contexto da APS ainda são escassos. Os achados aqui reportados do *bullying* como reflexo de ambientes de trabalho adoecedores e suas consequências na saúde mental, o papel protetor do controle e do apoio social, podem instrumentalizar gestões para intervenções preventivas de problemas tão graves.

6. CONCLUSÃO

Nesses últimos 25 anos o Brasil tem implementado um programa de APS em larga-escala, com mais de 400.000 profissionais de saúde, cobrindo mais de 130 milhões de habitantes, tendo inclusive se transformado em modelo de implementação para outros países de baixa e média renda no mundo. Sendo a APS a porta de entrada preferencial dos sistemas de saúde organizado por redes de atenção e tendo como objetivo oferecer cuidado integral, longitudinal e resolutivo, condições que comprometam a saúde mental desses profissionais da APS, podem afetar a efetividade do cuidado e ameaçar a sustentabilidade do sistema de saúde como um todo. Sabemos que as consequências do bullying incluem aumento da rotatividade, aumento de licenças médicas de longo prazo, redução do compromisso organizacional, piora da performance no trabalho, redução da segurança dos pacientes, na percepção de diminuição da qualidade do cuidado ofertado, no aumento de custos gerados às instituições. As consequências do burnout e da depressão incluem o aumento do absenteísmo, do presenteísmo, da rotatividade, a piora da performance no trabalho, diminuição da produtividade, a piora da qualidade do cuidado ofertado, piora da qualidade de vida e da saúde como um todo e o suicídio.

Encontramos uma prevalência de *bullying* na APS da cidade de São Paulo de 13,7%. As características relacionadas ao trabalho que aumentaram a probabilidade de exposição ao *bullying* foram: não receber *feedback* do supervisor, ter tido faltas no último mês, apresentar trabalho do tipo ativo (alta demanda e alto controle), de alto desgaste (alta demanda e baixo controle) e apresentar baixo apoio social. A exposição ao *bullying* aumentou em mais de 5 vezes a chance de apresentar depressão e em mais de 4 vezes a chance de apresentar *burnout* alto. Identificar como essa manifestação extrema de violência no trabalho e o quanto o bullying se relaciona com o desenvolvimento de depressão e burnout nos trabalhadores da APS é de fundamental importância para elaboração de estratégias para prevenir e mitigar os efeitos do bullying bem como mitigar a ocorrência de depressão e *burnout* nos trabalhadores da APS e,

assim, evitar suas consequências para os próprios trabalhadores, para a população assistida e para as instituições.

A partir das manifestações mais frequentes de bullying no nosso estudo, sugerimos estratégias de sensibilização e de treinamento de gestores voltadas para prevenir manifestações como ofensas, intimidação física, explosões de raiva, omissão de informações que afetem o desempenho dos profissionais e alocação destes em funções e tarefas abaixo de suas competências. Nesse sentido, implementar estilos de liderança baseados na comunicação efetiva e no suporte social no trabalho pode contribuir para mitigar o bullying no trabalho e suas consequências sobre a saúde mental dos profissionais da APS.

8. REFERÊNCIAS

1. WHO. Declaration of Alma-Ata - International Conference on Primary Health Care. In: Conferencia Internacional de Cuidados Primarios. 1978.
2. Rohde J, Cousens S, Chopra M, Tangcharoensathien V, Black R, Bhutta ZA, et al. 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? *The Lancet*. 2008.
3. Organization WH. Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care: Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328123>
4. Hone T, Macinko J, Millett C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? *Lancet* [Internet]. 2018 Oct 20 [cited 2023 Sep 29];392(10156):1461–72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30343860/>
5. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*. 2005;
6. Hansen J, Groenewegen PP, Boerma WGW, Kringos DS. Living in a country with a strong primary care system is beneficial to people with chronic conditions. *Health Aff*. 2015;

7. Bazemore A, Petterson S, Peterson LE, Phillips RL. More comprehensive care among family physicians is associated with lower costs and fewer hospitalizations. *Ann Fam Med*. 2015;
8. BRASIL. Relatório de Cobertura da Atenção Básica [Internet]. Available from:
<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
9. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: A nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ (Online)*. 2014;
10. Macinko J, Harris MJ. Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *New England Journal of Medicine*. 2015;
11. Hone T, Rasella D, Barreto ML, Majeed A, Millett C. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. *PLoS Med* [Internet]. 2017 May 30;14(5):e1002306-. Available from:
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002306>
12. Hone T, Saraceni V, Medina Coeli C, Trajman A, Rasella D, Millett C, et al. Primary healthcare expansion and mortality in Brazil's urban poor: A cohort analysis of 1.2 million adults. *PLoS Med* [Internet]. 2020 Oct 30;17(10):e1003357-. Available from:
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003357>
13. Hone T, Been J V., Saraceni V, Coeli CM, Trajman A, Rasella D, et al. Associations between primary healthcare and infant health outcomes: a cohort analysis of low-income mothers in Rio de Janeiro, Brazil. *Lancet regional health Americas* [Internet]. 2023 Jun 1 [cited 2023 Sep 29];22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37274550/>
14. Aquino R, De Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health*. 2009;
15. Bastos ML, Menzies D, Hone T, Dehghani K, Trajman A. The impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: A

- systematic review. PLoS One [Internet]. 2017 Aug 7;12(8):e0182336-. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182336>
16. Rocha R, Soares RR. Evaluating the impact of community-based health interventions: Evidence from Brazil's Family Health Program. *Health Economics*. 2010.
 17. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, MacInko J. The Brazilian health system: History, advances, and challenges. *The Lancet*. 2011.
 18. Alfradique ME, Bonolo P de F, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cad Saude Publica*. 2009;
 19. Bitton A, Fifield J, Ratcliffe H, Karlage A, Wang H, Veillard JH, et al. Primary healthcare system performance in low-income and middle-income countries: a scoping review of the evidence from 2010 to 2017. *BMJ Glob Health* [Internet]. 2019 Aug [cited 2023 Sep 29];4(Suppl 8):e001551. Available from: [/pmc/articles/PMC6703296/](https://pmc/articles/PMC6703296/)
 20. Bahia L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. *Cad Saude Publica*. 2018;34.
 21. Souza LEF de, Paim JS, Teixeira CF, Bahia L, Guimarães R, Almeida-Filho N de, et al. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2019;24.
 22. Moretti B, Funcia FR, Ocké-Reis CO. Austeridade Fiscal e Captura do Orçamento Público no Brasil - Caderno da Reforma Administrativa [Internet]. Brasília; 2021 Dec [cited 2023 Sep 29]. Available from: <https://fonacate.org.br/publicacao/caderno-28-austeridade-fiscal-e-captura-do-orcamento-publico-no-brasil/>
 23. de Moraes HMM, de Albuquerque M do SV, de Oliveira RS, Cazuzu AKI, da Silva NAF. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2018 Feb 5 [cited 2023 Jan 1];34(1). Available from: <http://www.scielo.br/j/csp/a/S3WHg5SLbnggrCNdjPpnLsg/abstract/?lang=pt>

24. Pinto NRS, Tanaka OY, Spedo SM. Política de saúde e gestão no processo de (re)construção do SUS em município de grande porte: um estudo de caso de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2009 [cited 2023 Jan 10];25(4):927–38. Available from: <http://www.scielo.br/j/csp/a/BkzzwNRWmVYtVFfsKVb6jtcT/?lang=pt>
25. Contreiras H, Matta GC. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2015 [cited 2023 Jan 10];31(2):285–97. Available from: <http://www.scielo.br/j/csp/a/jkFv3sVQhYX4Q6CKQnbhNwB/abstract/?lang=pt>
26. Bresser Pereira LC. Da administração pública burocrática à gerencial. *Revista do Serviço Público* [Internet]. 2015 Jan 22;47(1):07–40. Available from: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/702>
27. Turino F, Filippou J, Sodr e F, Siqueira CE. Reinventing Privatization: A Political Economic Analysis of the Social Health Organizations in Brazil. *International Journal of Health Services* [Internet]. 2020 Oct 6;51(1):90–100. Available from: <https://doi.org/10.1177/0020731420961286>
28. Ballarotti B, Corneau FG, Junqueira V, Mendes  . Reflexões de médicos sobre o trabalho na Estratégia de Saúde da Família sob a gestão das Organiza es Sociais. *Interface - Comunica o, Saúde, Educa o* [Internet]. 2019 Jun 10 [cited 2023 Jan 4];23:e180082. Available from: <https://doi.org/10.1590/Interface.180082>
29. Damascena DM, Vale PRLF do. Tipologias da precariza o do trabalho na aten o básica: um estudo netnográfico. *Trabalho, Educa o e Saúde* [Internet]. 2020 Jun 26 [cited 2023 Jan 1];18(3). Available from: <http://www.scielo.br/j/tes/a/FjGgT5dnfHkfwj9PZ44JHrQ/?lang=pt>
30. Mannion R, Braithwaite J. Unintended consequences of performance measurement in healthcare: 20 salutary lessons from the English National Health Service. *Intern Med J* [Internet]. 2012 May [cited 2023 Jan 10];42(5):569–74. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22616961/>

31. Medeiros CRG, Junqueira ÁGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OM de FL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Cien Saude Colet*. 2010;
32. Freitas ME de, Heloani R, Barreto M. Assédio moral no trabalho. Livro Eletrônico. São Paulo: Cengage Learning; 2008.
33. Leymann H. The Content and Development of Mobbing at Work. *EUROPEAN JOURNAL OF WORK AND ORGANIZATIONAL PSYCHOLOGY*. 1996;5(2):165–84.
34. Einarsen S V, Hoel H, Zapf D, Cooper SCL. *Bullying and Harassment in the Workplace: Theory, Research and Practice*. Third. CRC Press ; 2020.
35. Leymann H. Mobbing and Psychological Terror at Workplaces. *Violence Vict*. 1990;5(2):119–26.
36. Hirigoyen MF. *Le harcèlement moral, la violence perverse au quotidien*. Paris: Syros; 1998.
37. Hirigoyen MF. *Mal-estar no trabalho*. São Paulo: Bertrand Brasil; 2002.
38. Soboll LAP, Gosdal TC. Assédio moral interpessoal e organizacional: um enfoque interdisciplinar. São Paulo: Ltr; 2009.
39. Barreto MMS. Assédio Moral: a violência sutil. Análise epidemiológica e psicossocial no trabalho. [São Paulo]: Pontifícia Universidade Católica; 2005.
40. Keashly L, Tye-Williams S, Jagatic K. By Any Other Name: North American Perspectives on Workplace Bullying. In: Einersen SV, Hoel H, Zapf D, Cooper SCL, editors. *Bullying and Harassment in the Workplace*. 3rd ed. Boca Raton; 2020.
41. International Labour Organization. Code of practice on workplace violence in services sectors and measures to combat this phenomenon [Internet]. Geneva; 2003 Oct [cited 2023 Jan 19]. Available from: https://www.ilo.org/safework/info/standards-and-instruments/codes/WCMS_107705/lang--en/index.htm
42. Einarsen S, Hoel H, Notelaers G. Measuring exposure to bullying and harassment at work: Validity, factor structure and psychometric properties of the negative acts questionnaire-revised. *Work Stress*. 2009;

43. Glina DMR, Rocha LE. Saúde mental no trabalho: da teoria à prática. São Paulo: Roca; 2016.
44. Myung E, Domingos-Neto J, Murta GA, Vieira A, Lima PR, Lessa L, et al. Diretriz Técnica da ANAMT (DT 07): mapeamento epidemiológico e intervenção preventiva para violência no trabalho. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho* [Internet]. 2019 [cited 2023 Jan 19];17(2):268–81. Available from: <https://www.rbmt.org.br/details/459/pt-BR/diretriz-tecnica-da-anamt--dt-07---mapeamento-epidemiologico-e-intervencao-preventiva-para-violencia-no-trabalho>
45. Hauge LJ, Einarsen S, Knardahl S, Lau B, Notelaers G, Skogstad A. Leadership and role stressors as departmental level predictors of workplace bullying. *Int J Stress Manag.* 2011 Nov;18(4):305–23.
46. Hauge LJ, Skogstad A, Einarsen S. Relationships between stressful work environments and bullying: Results of a large representative study. *Work Stress.* 2007 Jul;21(3):220–42.
47. Baillien E, Neyens I, de Witte H, de Cuyper N. A qualitative study on the development of workplace bullying: Towards a three way model. *J Community Appl Soc Psychol.* 2009 Jan;19(1):1–16.
48. Baillien E, Rodriguez-Muñoz A, van den Broeck A, de Witte H. Do demands and resources affect target's and perpetrators' reports of workplace bullying? A two-wave cross-lagged study. *Work Stress.* 2011 Apr;25(2):128–46.
49. Ågotnes KW, Einarsen SV, Hetland J, Skogstad A. The moderating effect of laissez-faire leadership on the relationship between co-worker conflicts and new cases of workplace bullying: A true prospective design. *Human Resource Management Journal.* 2018 Nov 1;28(4):555–68.
50. Skogstad A, Torsheim T, Einarsen S, Hauge LJ. Testing the work environment hypothesis of bullying on a group level of analysis: Psychosocial factors as precursors of observed workplace bullying. *Applied Psychology.* 2011 Jul;60(3):475–95.
51. Reknes I, Einarsen S, Knardahl S, Lau B. The prospective relationship between role stressors and new cases of self-reported workplace bullying.

- Scand J Psychol [Internet]. 2014 Feb [cited 2021 Sep 19];55(1):45–52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25271332/>
52. Gamian-Wilk M, Bjorkelo B, Mikkelsen EG, D’Cruz P, Madeja-Bien K. Workplace bullying: individual hostility, poor work environment or both? Exploring competing explanatory models in a single longitudinal study. *Int Arch Occup Environ Health* [Internet]. 2022 Jun 22 [cited 2022 Jul 18];1–15. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00420-022-01896-y>
 53. van de Vliert E, Einarsen S, Nielsen MB. Are national levels of employee harassment cultural covariations of climato-economic conditions? *Work Stress*. 2013 Jan;27(1):106–22.
 54. Beale D, Hoel H. Workplace bullying, industrial relations and the challenge for management in Britain and Sweden. *European Journal of Industrial Relations*. 2010;16(2):101–18.
 55. Salin D. Workplace Bullying and Culture: Diverse Conceptualizations and Interpretations. In: D’Cruz P, Noronha E, Caponecchia C, Escartín J, Salin D, Tuckey MR, editors. *Dignity and Inclusion at Work, Handbooks of Workplace Bullying, Emotional Abuse and Harassment* [Internet]. Singapore: Springer Singapore; 2018. p. 1–26. Available from: https://doi.org/10.1007/978-981-10-5338-2_18-1
 56. Hutchinson J. Rethinking Workplace Bullying as an Employment Relations Problem. *Journal of Industrial Relations*. 2012 Nov;54(5):637–52.
 57. Barreto M, Heloani R. Violência, saúde e trabalho: a intolerância e o assédio moral nas relações laborais. *Serviço Social & Sociedade*. 2015 Sep;(123):544–61.
 58. Ramos Filho W. Bem-Estar das Empresas e Mal-Estar Laboral. *Direito UNIFACS – Debate Virtual* [Internet]. 2009 [cited 2023 Jan 20];106(108). Available from: <https://revistas.unifacs.br/index.php/redu/article/view/702/522>
 59. Seligmann-Silva E, Bernardo MH, Maeno M, Kato M. O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* [Internet]. 2010 Dec [cited 2023 Jan

- 3];35(122):187–91. Available from:
<http://www.scielo.br/j/rbso/a/WLqRPd87NwyFw5sq83tS6nM/?lang=pt>
60. Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev Saude Publica* [Internet]. 1991 Oct [cited 2023 Jan 1];25(5):341–9. Available from:
<http://www.scielo.br/j/rsp/a/VZp6G9RZWNnhN3gYfKbMjvd/?lang=pt>
61. Seligmann E, Márcia S, Bernardo² H, Maeno³ M, Kato M, Convidada ¹ Editora, et al. Saúde do Trabalhador no início do século XXI. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* [Internet]. 2010 Dec [cited 2023 Jan 3];35(122):185–6. Available from:
<http://www.scielo.br/j/rbso/a/brV4C3SmJ6SF5DpwG6rpWHm/?lang=pt>
62. Nielsen MB, Matthiesen SB, Einarsen S. The impact of methodological moderators on prevalence rates of workplace bullying. A meta-analysis. *J Occup Organ Psychol*. 2010 Dec;83(4):955–79.
63. Gillen PA, Sinclair M, Kernohan WG, Begley CM, Luyben AG. Interventions for prevention of bullying in the workplace. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017.
64. Nielsen MB, Skogstad A, Matthiesen SB, Glasø L, Aasland MS, Notelaers G, et al. Prevalence of workplace bullying in Norway: Comparisons across time and estimation methods. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 2009;
65. Nielsen MB, Einarsen S, Notelaers G, Nielsen GH. Does exposure to bullying behaviors at the workplace contribute to later suicidal ideation? A three-wave longitudinal study. *Scand J Work Environ Health*. 2016;
66. Lesuffleur T, Chastang JF, Sandret N, Niedhammer I. Psychosocial factors at work and sickness absence: Results from the French National SUMER Survey. *Am J Ind Med*. 2014;
67. Chambers CNL, Frampton CMA, McKee M, Barclay M. It feels like being trapped in an abusive relationship’: Bullying prevalence and consequences in the New Zealand senior medical workforce: A cross-sectional study. *BMJ Open*. 2018;
68. Ling M, Young CJ, Shepherd HL, Mak C, Saw RPM. Workplace Bullying in Surgery. *World J Surg*. 2016;

69. Carter M, Thompson N, Crampton P, Morrow G, Burford B, Gray C, et al. Workplace bullying in the UK NHS: A questionnaire and interview study on prevalence, impact and barriers to reporting. *BMJ Open*. 2013;
70. Castronovo MA, Pullizzi A, Evans SK. Nurse Bullying: A Review And A Proposed Solution. *Nurs Outlook*. 2016;
71. Berry PA, Gillespie GL, Fisher BS, Gormley D, Haynes JT. Psychological Distress and Workplace Bullying Among Registered Nurses. *The Online Journal of Issues in Nursing*. 2016;
72. Fink-Samnick E. The new age of bullying and violence in health care: The interprofessional impact. *Prof Case Manag*. 2015;
73. Bloom EM. Horizontal violence among nurses: Experiences, responses, and job performance. *Nurs Forum (Auckl)*. 2019;
74. Olsen E, Bjaalid G, Mikkelsen A. Work climate and the mediating role of workplace bullying related to job performance, job satisfaction, and work ability: A study among hospital nurses. *J Adv Nurs*. 2017;
75. Allen B. Understanding bullying in healthcare organisations. *Nursing Standard*. 2015;
76. KM C, F M, O Y. Letting go: How newly graduated registered nurses in Western Canada decide to exit the nursing profession. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2015 Jul 1 [cited 2021 Sep 15];35(7):912–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25862074/>
77. Chachula KM, Myrick F, Yonge O. Letting go: How newly graduated registered nurses in Western Canada decide to exit the nursing profession. *Nurse Educ Today*. 2015;
78. Suadcani P, Olesen K, Bonde JP, Gyntelberg F. Psychosocial work conditions associated with sickness absence among hospital employees. *Occup Med (Lond)*. 2014;
79. Francis R. Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. 2013.
80. Bernotaite L, Malinauskiene V, Leisyte P. Bullying behavior and mental health in healthcare and educational sectors in Kaunas, Lithuania. *Med Pr*. 2017;

81. Chatziioannidis I, Bascialla FG, Chatzivalsama P, Vouzas F, Mitsiakos G. Prevalence, causes and mental health impact of workplace bullying in the Neonatal Intensive Care Unit environment. *BMJ Open*. 2018;
82. Jackson T, Provencio A, Bentley-Kumar K, Pearcy C, Cook T, McLean K, et al. PTSD and surgical residents: Everybody hurts... sometimes. *Am J Surg*. 2017;
83. Nielsen MB, Magerøy N, Gjerstad J, Einarsen S. Workplace bullying and subsequent health problems. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*. 2014;
84. Arias D, Saxena S, Verguet S. Quantifying the global burden of mental disorders and their economic value. *EClinicalMedicine* [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2023 Sep 29];54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36193171/>
85. Laurell AC, Noriega M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec; 1989.
86. Karasek RA. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Adm Sci Q*. 1979 Jun;24(2):285–308.
87. Theorell T, Karasek RA. Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *J Occup Health Psychol* [Internet]. 1996 [cited 2023 Sep 1];1(1):9–26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9547038/>
88. Karasek RA, Triantis KP, Chaudhry SS. Coworker and Supervisor support as moderators of associations between task characteristics and mental strain. *JOURNAL OF OCCUPATIONAL BEHAVIOUR*. 1982;3:181–200.
89. Johnson J v, Hall EM. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Public Health* [Internet]. 1988 Oct 7 [cited 2021 Sep 14];78(10):1336–42. Available from: <https://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.78.10.1336>
90. van der Doef M, Maes S. The Job Demand-Control (-Support) Model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research. *Work Stress*. 1999 Apr;13(2):87–114.

91. van der Doef M, Maes S, Diekstra R. An examination of the job demand-control-support model with various occupational strain indicators. *Anxiety Stress Coping*. 2000;13(2):165–85.
92. Häusser JA, Mojzisch A, Niesel M, Schulz-Hardt S. Ten years on: A review of recent research on the Job Demand-Control (-Support) model and psychological well-being. *Work Stress*. 2010 Jan;24(1):1–35.
93. Finstad GL, Ariza-Montes A, Giorgi G, Lecca LI, Arcangeli G, Mucci N. The JDACS model and blue-collar bullying: Decent working conditions for a healthy environment. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Sep 2;16(18).
94. Agervold M. The significance of organizational factors for the incidence of bullying: Personality and Social Sciences. *Scand J Psychol*. 2009 Jun;50(3):267–76.
95. Tuckey MR, Dollard MF, Hosking PJ, Winefield AH. Workplace Bullying: The Role of Psychosocial Work Environment Factors. *Int J Stress Manag*. 2009;16(3):215–32.
96. Baillien E, De Cuyper N, De Witte H. Job autonomy and workload as antecedents of workplace bullying: A two-wave test of Karasek's Job Demand Control Model for targets and perpetrators. *J Occup Organ Psychol*. 2011 Mar;84(1):191–208.
97. Notelaers G, Baillien E, De Witte H, Einarsen S, Vermunt JK. Testing the strain hypothesis of the Demand Control Model to explain severe bullying at work. *Economic and Industrial Democracy*. 2013 Feb;34(1):69–87.
98. Salin D. Risk factors of workplace bullying for men and women: The role of the psychosocial and physical work environment. *Scand J Psychol*. 2014 Feb 1;56(1):69–77.
99. Goodboy AK, Martin MM, Knight JM, Long Z. Creating the Boiler Room Environment: The Job Demand-Control-Support Model as an Explanation for Workplace Bullying. *Communic Res*. 2017 Mar 1;44(2):1–19.
100. Muraven M, Baumeister RF. Self-Regulation and Depletion of Limited Resources: Does Self-Control Resemble a Muscle? *Psychol Bull*. 2000;126(2):247–59.
101. Harvey SB, Modini M, Joyce S, Milligan-Saville JS, Tan L, Mykletun A, et al. Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-

- related risk factors for common mental health problems. *Occupational and Environmental Medicine*. 2017.
102. Verkuil B, Atasayi S, Molendijk ML. Workplace bullying and mental health: A meta-analysis on cross-sectional and longitudinal data. *PLoS One*. 2015 Aug 25;10(8).
 103. Lever I, Dyball D, Greenberg N, Stevelink SAM. Health consequences of bullying in the healthcare workplace: A systematic review. *J Adv Nurs* [Internet]. 2019 Dec 1 [cited 2021 Sep 14];75(12):3195–209. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30816567/>
 104. Niedhammer I, Coindre K, Memmi S, Bertrais S, Chastang JF. Working conditions and depression in the French national working population: Results from the SUMER study. *J Psychiatr Res*. 2020 Apr 1;123:178–86.
 105. Zhang LM, Ellis RJ, Ma M, Cheung EO, Hoyt DB, Bilimoria KY, et al. Prevalence, Types, and Sources of Bullying Reported by US General Surgery Residents in 2019. *JAMA* [Internet]. 2020 May 26 [cited 2021 Sep 16];323(20):2093–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32453357/>
 106. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*. American Psychiatric Association. DSM. 2014.
 107. World Health Organization. *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. World Health Organization. 2017.
 108. GDB 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2022 Feb 1 [cited 2023 Jan 10];9(2):137–50. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S2215036621003953/fulltext>
 109. Hawton K, Casañas I Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2013.
 110. Bonde JP, Gullander M, Hansen ÅM, Grynderup M, Persson R, Høgh A, et al. Health correlates of workplace bullying: A 3-wave prospective follow-up study. *Scand J Work Environ Health*. 2016;

111. da Silva ATC, Peres MFT, Lopes C de S, Schraiber LB, Susser E, Menezes PR. Violence at work and depressive symptoms in primary health care teams: a cross-sectional study in Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015;
112. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav*. 1981;
113. Maslach C, Leiter MP. The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it. Atlantic. 1997.
114. Morelli SGS, Sapede M, Silva ATC da. Burnout em médicos da Atenção Primária: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2015;
115. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katić M, et al. Burnout in European family doctors: The EGPRN study. *Fam Pract*. 2008;
116. Martínez de la Casa Muñoz A, Magaña Loarte E, Franco Moreno A, Segura Frago A. Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina. *Aten Primaria*. 2013;
117. Allen BC, Holland P, Reynolds R. The effect of bullying on burnout in nurses: The moderating role of psychological detachment. *J Adv Nurs*. 2015;71(2):381–90.
118. Giorgi G, Mancuso S, Fiz Perez F, Castiello D'Antonio A, Mucci N, Cupelli V, et al. Bullying among nurses and its relationship with burnout and organizational climate. *Int J Nurs Pract*. 2016;
119. Livne Y, Goussinsky R. Workplace bullying and burnout among healthcare employees: The moderating effect of control-related resources. *Nurs Health Sci*. 2018;20(1):89–98.
120. Kandelman N, Mazars T, Levy A. Risk factors for burnout among caregivers working in nursing homes. *J Clin Nurs*. 2018;
121. Silva ATC da. Esgotamento profissional e depressão em profissionais da estratégia saúde da família no município de São Paulo [Internet] [Tese de Doutorado em Medicina Preventiva]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2015 [cited 2023 Jan 3]. Available from: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-27102015-084632/pt-br.php>

122. São Paulo P da C de. Coordenadoria da Atenção Básica - CAB | Secretaria Municipal da Saúde | Prefeitura da Cidade de São Paulo [Internet]. [cited 2023 Jan 4]. Available from: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=1936
123. BRASIL M da S. Cobertura da Atenção Básica - e-Gestor AB [Internet]. [cited 2023 Jan 4]. Available from: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
124. De Lima Osório F, Vilela Mendes A, Crippa JA, Loureiro SR. Study of the discriminative validity of the phq-9 and phq-2 in a sample of brazilian women in the context of primary health care. *Perspect Psychiatr Care*. 2009;
125. Spitzer, Robert, Kroenke K, Williams JBW. Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD. *Journal of American Medical Association*. 1999;
126. Nease DE, Malouin JM. Depression screening a practical strategy. *J Fam Pract*. 2003;
127. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of burnout among physicians a systematic review. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2018 Sep 18;320(11):1131–50.
128. Trigo TR. Validade fatorial do Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) em uma amostra brasileira de auxiliares de enfermagem de um hospital universitário: influência da depressão. 2010.
129. Maciel RH, Gonçalves RC. Pesquisando o assédio moral: a questão do método do Negative Acts Questionnaire (NAQ) para o Brasil. In: Soboll LAP, editor. *Violência psicológica e assédio moral no trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008.
130. Silva IV, Aquino EML de, Pinto IC de M. Características psicométricas do Negative Acts Questionnaire para detecção do assédio moral no trabalho: estudo avaliativo do instrumento com uma amostra de servidores estaduais da saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional [Internet]*.

- 2017 Mar 13 [cited 2023 Jan 3];42(0). Available from: <http://www.scielo.br/j/rbso/a/YSh88xQ8ssFPKXWVTz7g6dQ/?lang=pt>
131. Mikkelsen EG, Einarsen S. Bullying in Danish work-life: Prevalence and health correlates. <https://doi.org/101080/13594320143000816> [Internet]. 2010 Dec [cited 2023 Jan 4];10(4):393–413. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13594320143000816>
 132. Alves MG de M, Chor D, Faerstein E, Lopes CS. Versão resumida da “job stress scale”: adaptação para o português. *Revista Saúde Pública* [Internet]. 2004;38(2):164–71. Available from: www.fsp.usp.br/rsp
 133. Coutinho LMS, Menezes PR, Scazufca M. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. *Revista Saude Pública*. 2008;42(6):992–8.
 134. Lucena PLC, Costa SFG, Batista JB v, Lucena CMF, Morais GSN, Costa BHS. Scientific production on workplace bullying and nursing: A bibliometric study. *Revista da Escola de Enfermagem*. 2018;52.
 135. Costa ICP, Costa SFG, Andrade CG, Oliveira RC, Silva Abrão FM, Silva CRL. Scientific production on workplace bullying/harassment in dissertations and theses in the Brazilian scenario. *Revista da Escola de Enfermagem*. 2015;49(2):265–74.
 136. Aoki RN, Guirardello EB. Bullying no ambiente de trabalho da Enfermagem: revisão integrativa. *Rev Gaucha Enferm*. 2019;40:e20190176.
 137. Yang YM, Zhou LJ. Workplace bullying among operating room nurses in China: A cross-sectional survey. *Perspect Psychiatr Care* [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2021 Sep 14];57(1):27–32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32302019/>
 138. Bambi S, Foà C, de Felippis C, Lucchini A, Guazzini A, Rasero L. Workplace incivility, lateral violence and bullying among nurses. A review about their prevalence and related factors. *Acta biomed for health professions* [Internet]. 2018 [cited 2021 Sep 14];89(6-S):51–79. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30038204/>
 139. Ling M, Young CJ, Shepherd HL, Mak C, Saw RP. Workplace Bullying in Surgery. *World J Surg* [Internet]. 2016 Nov 1 [cited 2021 Sep

- 14];40(11):2560–6. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27624759/>
140. Chatziioannidis I, Bascialla FG, Chatzivalsama P, Vouzas F, Mitsiakos G. Prevalence, causes and mental health impact of workplace bullying in the Neonatal Intensive Care Unit environment. *BMJ Open* [Internet]. 2018 Feb 1 [cited 2021 Sep 14];8(2):e018766. Available from:
<https://bmjopen.bmj.com/content/8/2/e018766>
141. Norton P, Costa V, Teixeira J, Azevedo A, Roma-Torres A, Amaro J, et al. Prevalence and Determinants of Bullying among Health Care Workers in Portugal. *Workplace Health Saf.* 2017 May 1;65(5):188–96.
142. Rahm G, Rystedt I, Wilde-Larsson B, Nordström G, Strandmark MK. Workplace bullying among healthcare professionals in Sweden: a descriptive study. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2021 Sep 14];33(3):582–91. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30866095/>
143. Rosta J, Aasland OG. Perceived bullying among Norwegian doctors in 1993, 2004 and 2014–2015: a study based on cross-sectional and repeated surveys. *BMJ Open* [Internet]. 2018 Feb 1 [cited 2021 Sep 16];8(2). Available from: </pmc/articles/PMC5829781/>
144. Shabazz T, Parry-Smith W, Oates S, Henderson S, Mountfield J. Consultants as victims of bullying and undermining: a survey of Royal College of Obstetricians and Gynaecologists consultant experiences. *BMJ Open* [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2021 Sep 16];6(6):e011462. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/6/6/e011462>
145. Kemper KJ, Schwartz A. Bullying, Discrimination, Sexual Harassment, and Physical Violence: Common and Associated With Burnout in Pediatric Residents. *Acad Pediatr* [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2021 Sep 16];20(7):991–7. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32114090/>
146. Abed M, Morris E, Sobers-Grannum N. Workplace violence against medical staff in healthcare facilities in Barbados. *Occup Med (Lond)* [Internet]. 2016 Oct 1 [cited 2021 Sep 16];66(7):580–3. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27371658/>

147. Cavalcanti AL, Belo ER, Marcolino AF, Cavalcanti YW, Carvalho DF, Valença AMG, et al. Occupational Violence against Brazilian Nurses - PubMed. Iran J Public Health [Internet]. 2018 [cited 2021 Sep 16];47(11):1636–43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30581778/>
148. Bernotaite L, Malinauskiene V, Leisyte P. Bullying behavior and mental health in healthcare and educational sectors in Kaunas, Lithuania. Med Pr [Internet]. 2017 [cited 2021 Sep 16];68(3):307–14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28512360/>
149. Zachariadou T, Zannetos S, Chira SE, Gregoriou S, Pavlakis A. Prevalence and Forms of Workplace Bullying Among Health-care Professionals in Cyprus: Greek Version of “Leymann Inventory of Psychological Terror” Instrument. Saf Health Work [Internet]. 2018 Sep 1 [cited 2021 Sep 16];9(3):339–46. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30370167/>
150. Rouse LP, Gallagher-Garza S, Gebhard RE, Harrison SL, Wallace LS. Workplace Bullying Among Family Physicians: A Gender Focused Study. J Womens Health (Larchmt) [Internet]. 2016 Sep 1 [cited 2021 Sep 16];25(9):882–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27268083/>
151. Trindade L de L, Schoeninger MD, Borges EM das N, Bordignon M, Bauermann KB, Busnello GF, et al. Moral harassment among Brazilian primary health care and hospital workers. Acta Paulista de Enfermagem [Internet]. 2022 Jun 6 [cited 2022 Aug 26];35. Available from: <http://www.scielo.br/j/ape/a/zsWcgZcwWY5cX6YHJTdBBLD/?lang=en>
152. Silva ATC. Esgotamento profissional e depressão em profissionais da estratégia saúde da família no município de São Paulo. [São Paulo]; 2015.
153. Tuckey MR, Chrisopoulos S, Dollard MF. Job demands, resource deficiencies, and workplace harassment: Evidence for micro-level effects. Int J Stress Manag. 2012;19(4):292–310.
154. Baillien E, Neyens I, De Witte H. Organizational, team related and job related risk factors for bullying, violence and sexual harassment in the

- workplace: A qualitative study. *International Journal of Organisational Behavior*. 2008 Jan 1;13.
155. Castro M de. Postos de Saúde da capital paulista não recebem o DIU há oito meses. *Agora - Folha de São Paulo* [Internet]. 2019 Nov 13 [cited 2023 Sep 30]; Available from: https://agora.folha.uol.com.br/sao-paulo/2019/11/postos-de-saude-da-capital-paulista-nao-recebem-o-diu-ha-oito-meses.shtml?utm_source=sharenativo&utm_medium=social&utm_campaign=sharenativo
 156. Valinhos H. Falta material para curativo em posto. *Agora - Folha de São Paulo* [Internet]. 2019 Dec 17 [cited 2023 Sep 30]; Available from: https://agora.folha.uol.com.br/grana/2019/12/falta-material-para-curativo-em-posto.shtml?utm_source=sharenativo&utm_medium=social&utm_campaign=sharenativo
 157. Bonin G. Postos de saúde da capital paulista estão sem fraldas geriátricas. *Agora - Folha de São Paulo* [Internet]. 2021 Jun 24 [cited 2023 Sep 30]; Available from: https://agora.folha.uol.com.br/sao-paulo/2021/06/postos-de-saude-da-capital-paulista-estao-sem-fraldas-geriatricas.shtml?utm_source=sharenativo&utm_medium=social&utm_campaign=sharenativo
 158. Pescarini F. Postos de saúde de SP têm falta de remédios e insumos para exames. *Folha de São Paulo* [Internet]. 2021 Dec 10 [cited 2023 Sep 30]; Available from: https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/12/postos-de-saude-de-sp-tem-falta-de-remedios-e-insumos-para-exames.shtml?utm_source=sharenativo&utm_medium=social&utm_campaign=sharenativo
 159. Fontes R. Creche, ONG e UBS sofrem com furtos na capital paulista e em Santo André. *Agora - Folha de São Paulo* [Internet]. 2021 Jun 7 [cited 2023 Sep 30]; Available from: <https://agora.folha.uol.com.br/sao-paulo/2021/06/creche-ong-e-ubs-sofrem-com-furtos-na-capital-paulista-e-em-santo->

andre.shtml?utm_source=sharenativo&utm_medium=social&utm_campaign=sharenativo

160. Feijó FR, Gräf DD, Pearce N, Fassa AG. Risk factors for workplace bullying: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Jun 1;16(11).
161. Sahin B, Cetin M, Cimen M, Yildiran N. Assessment of Turkish junior male physicians' exposure to mobbing behavior. *Croat Med J*. 2012 Aug;53(4):357–66.
162. Picakciefte M, Acar G, Colak Z, Kilic I. The Relationship Between Sociodemographic Characteristics, Work Conditions, and Level of “Mobbing” of Health Workers in Primary Health Care. *J Interpers Violence*. 2017 Feb 1;32(3):373–98.
163. Ariza-Montes JA, Muniz R. NM, Leal-Rodríguez AL, Leal-Millán AG. Workplace bullying among managers: A multifactorial perspective and understanding. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11(3):2657–82.
164. Ariza-Montes A, Muniz NM, Montero-Simó MJ, Araque-Padilla RA. Workplace bullying among healthcare workers. *Int J Environ Res Public Health*. 2013 Jul 26;10(8):3121–39.
165. Ko YY, Liu Y, Wang CJ, Liao HY, Liao YM, Chen HM. Determinants of Workplace Bullying Types and Their Relationship With Depression Among Female Nurses. *The Journal of Nursing Research [Internet]*. 2020;3. Available from: <http://journals.lww.com/jnr-twna>
166. Avolio BJ, Bass BM, Jung DI. Re-examining the components of transformational and transactional leadership using the Multifactor Leadership Questionnaire. *J Occup Organ Psychol*. 1999;72:441–62.
167. Nielsen MB. Bullying in work groups: The impact of leadership. *Scand J Psychol*. 2013 Apr;54(2):127–36.
168. Tsuno K, Kawakami N. Multifactor leadership styles and new exposure to workplace bullying: a six-month prospective study. *Ind Health*. 2015;53:139–51.

169. Miller P, Brook L, Stomski N, Ditchburn G, Morrison P. Bullying in Fly-In-Fly-Out employees in the Australian resources sector: A cross-sectional study. *PLoS One*. 2020;15(3).
170. Dussault M, Frenette É. Supervisors' transformational leadership and bullying in the workplace. *Psychol Rep*. 2015 Dec 1;117(3):724–33.
171. Gardner D, O'Driscoll M, Cooper-Thomas HD, Roche M, Bentley T, Catley B, et al. Predictors of workplace bullying and cyber-bullying in New Zealand. *Int J Environ Res Public Health*. 2016 May 1;13(5).
172. Oxenstierna G, Elofsson S, Gjerde M, Magnusson Hanson L, Theorell T. Workplace Bullying, Working Environment and Health. *Ind Health*. 2012;50:180–8.
173. Tong M, Schwendimann R, Zúñiga F. Mobbing among care workers in nursing homes: A cross-sectional secondary analysis of the Swiss Nursing Homes Human Resources Project. *Int J Nurs Stud*. 2017 Jan 1;66:72–81.
174. Salin D. Ways of explaining workplace bullying: A review of enabling, motivating and precipitating structures and processes in the work environment. *Human Relations* [Internet]. 2003;56(10):1213–32. Available from: www.sagepublications.com
175. Skogstad A, Einarsen S, Torsheim T, Aasland MS, Hetland H. The destructiveness of laissez-faire leadership behavior. *J Occup Health Psychol*. 2007 Jan;12(1):80–92.
176. Dollard MF. Psychosocial safety climate: A lead indicator of workplace psychological health and engagement and a precursor to intervention success. In: *Improving organizational interventions for stress and well-being: Addressing process and context*. New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group; 2012. p. 77–101.
177. Hamre KV, Einarsen SV, Notelaers G. Psychosocial safety climate as a moderator in role stressor- bullying relationships: A multilevel approach. *Saf Sci*. 2023 Aug 1;164.
178. Law R, Dollard MF, Tuckey MR, Dormann C. Psychosocial safety climate as a lead indicator of workplace bullying and harassment, job resources, psychological health and employee engagement. *Accid Anal Prev*

- [Internet]. 2011 Sep [cited 2023 Sep 30];43(5):1782–93. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21658506/>
179. Balducci C, Fraccaroli F, Schaufeli WB. Workplace bullying and its relation with work characteristics, personality, and post-traumatic stress symptoms: an integrated model. *Anxiety Stress Coping* [Internet]. 2011 Oct [cited 2023 Sep 30];24(5):499–513. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21347903/>
180. Araújo TM, Aquino E, Menezes G, Santos O, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Revista Saúde Pública* [Internet]. 2003;37(4):424–57. Available from: www.fsp.usp.br/rsp
181. Silva ATC da, Lopes C de S, Susser E, Menezes PR. Work-Related Depression in Primary Care Teams in Brazil. *AJPH* [Internet]. 2016 Oct 7 [cited 2021 Sep 15];106(11):1990–7. Available from: <https://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2016.303342>
182. Capozzolo AA. *No Olho do Furacão: Trabalho Médico e o Programa Saúde da Família*. [Campinas]: Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); 2003.
183. Ballarotti B. *Percepção de Médicos da Estratégia de Saúde da Família do Município de São Paulo: O Cotidiano do Trabalho Médico Sob a Gestão de Organizações Sociais* [Mestrado]. [São Paulo]: Universidade Federal de São Paulo; 2015.
184. Mendes M, Trindade L de L, Pires DEP de, Biff D, Martins MMFP da S, Vendruscolo C. Cargas de trabalho na Estratégia Saúde da Família: interfaces com o desgaste dos profissionais de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Internet]. 2020 Oct 12 [cited 2023 Sep 30];54:e03622. Available from: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/p697jxtjFgBR4SnfNDCP7hf/?lang=pt>
185. Nielsen MB, Indregard AMR, Øverland S. Workplace bullying and sickness absence: A systematic review and meta-analysis of the research literature. Vol. 42, *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. Nordic Association of Occupational Safety and Health; 2016. p. 359–70.

186. Neto M, Ferreira AI, Martinez LF, Ferreira PC. Workplace Bullying and Presenteeism: The Path Through Emotional Exhaustion and Psychological Wellbeing. *Ann Work Expo Health*. 2017 Jun 1;61(5):528–38.
187. Conway PM, Clausen T, Hansen ÅM, Høgh A. Workplace bullying and sickness presenteeism: cross-sectional and prospective associations in a 2-year follow-up study. *Int Arch Occup Environ Health* [Internet]. 2016 Jan 1 [cited 2023 Jan 12];89(1):103–14. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00420-015-1055-9>
188. Miraglia M, Johns G. Going to work ill: A meta-analysis of the correlates of presenteeism and a dual-path model. *J Occup Health Psychol* [Internet]. 2016 Jul 1 [cited 2023 Jan 12];21(3):261–83. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26550958/>
189. Janssens H, Clays E, de Clercq B, de Bacquer D, Casini A, Kittel F, et al. Association between psychosocial characteristics of work and presenteeism: A cross-sectional study. *Int J Occup Med Environ Health* [Internet]. 2015 Nov 6 [cited 2023 Jan 19];29(2):331–44. Available from: <http://ijomeh.eu/Association-between-psychosocial-characteristics-of-work-and-presenteeism-A-cross-sectional-study,58564,0,2.html>
190. Machado FKS, Giongo CR, Mendes JMR. Terceirização e Precarização do Trabalho: uma questão de sofrimento social. *Revista Psicologia Política* [Internet]. 2016 [cited 2023 Jan 1];16(36):227–40. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1519-549X2016000200007&script=sci_abstract&tlng=pt
191. Schmidt MLG, Seligmann-Silva E. Entrevista com Edith Seligmann-Silva: Saúde Mental Relacionada ao Trabalho - Concepções e Estratégias para Prevenção. *Revista Laborativa* [Internet]. 2017 Oct 2 [cited 2023 Jan 12];6(2):103–9. Available from: <https://ojs.unesp.br/index.php/rlaborativa/article/view/1849>
192. Baillien E, Escartín J, Gross C, Zapf D. Towards a conceptual and empirical differentiation between workplace bullying and interpersonal conflict. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 2017 Nov 2;26(6):870–81.

193. Stopa SR, Malta DC, de Oliveira MM, de Souza Lopes C, Menezes PR, Kinoshita RT. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [Internet]. 2015 Dec 1 [cited 2023 Mar 25];18(2):170–80. Available from: <http://www.scielo.br/j/rbepid/a/VGmSdkDBd7WcjHnW4BrP8kg/abstract/?lang=pt>
194. Wright T, Mughal F, Babatunde OO, Dikomitis L, Mallen CD, Helliwell T. Burnout among primary health-care professionals in low- and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2022 Jun 1 [cited 2023 Sep 14];100(6):385-401A. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35694622/>
195. Gutiérrez-Rojas L, Porrás-Segovia A, Dunne H, Andrade-González N, Cervilla JA. Prevalence and correlates of major depressive disorder: a systematic review. *Revista brasileira de psiquiatria* [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2022 Aug 27];42(6):657–72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32756809/>
196. Hasin DS, Sarvet AL, Meyers JL, Saha TD, Ruan WJ, Stohl M, et al. Epidemiology of Adult DSM-5 Major Depressive Disorder and Its Specifiers in the United States. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2022 Aug 27];75(4):336. Available from: </pmc/articles/PMC5875313/>
197. Teng CT, Humes E de C, Demetrio FN. Depression and medical comorbidity. *Rev Psiquiatr Clin*. 2005;32(3):149–59.
198. Gullich I, Duro SMS, Cesar JA. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;19(4):691–701.
199. Razzak HA, Harbi A, Ahli S. Depression: Prevalence and associated risk factors in the United Arab Emirates. *Oman Med J*. 2019;34(4):274–83.
200. Silva MT, Caicedo Roa M, Martins SS, Silva ATC, Galvao TF. Prevalence and correlates of depressive symptoms among adults living in the Amazon, Brazil: A population-based study. *J Affect Disord*. 2017;222:162–8.
201. Cezar-Vaz MR, Xavier DM, Bonow CA, Vaz JC, Cardoso LS, Sant’Anna CF, et al. Domains of Physical and Mental Workload in Health Work and

- Unpaid Domestic Work by Gender Division: A Study with Primary Health Care Workers in Brazil. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 Aug 1 [cited 2023 Mar 25];19(16):9816. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/16/9816/htm>
202. Hill JE, Harris C, Danielle L. C, Boland P, Doherty AJ, Benedetto V, et al. The prevalence of mental health conditions in healthcare workers during and after a pandemic: Systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs* [Internet]. 2022 Jun 1 [cited 2023 Mar 25];78(6):1551–73. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.15175>
203. Barcelos-Ferreira R, Pinto JA, Nakano EY, Steffens DC, Litvoc J, Bottino CMC. Clinically significant depressive symptoms and associated factors in community elderly subjects from Sao Paulo, Brazil. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009;17(7):582–90.
204. Anselmi L, Barros FC, Minten GC, Gigante DP, Horta BL, Victora CG. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. *Rev Saúde Públ*. 2008;42(suppl 2):26–33.
205. Choi H, Brazeal M, Duggirala L, Lee J. Loneliness and depression among adults living on MS Gulf Coast: Individual, interpersonal and community predictors. *Int J Soc Psychiatry*. 2020;
206. Scott RL, Lasiuk G, Norris C. The relationship between sexual orientation and depression in a national population sample. *J Clin Nurs*. 2016;25(23–24):3522–32.
207. Thakur B, Arnold E, Strenth C, Schneider D. Gender Disparities in the Association of Depression Symptoms and Cardiovascular Disease in US Adult Population. *The Annals of Family Medicine* [Internet]. 2023 Jan 1;21(Supplement 1):3805. Available from: http://www.annfammed.org/content/21/Supplement_1/3805.abstract
208. Yelton B, Friedman DB, Noblet S, Lohman MC, Arent MA, Macaуда MM, et al. Social Determinants of Health and Depression among African American Adults: A Scoping Review of Current Research. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 Feb 1 [cited 2022 Aug 27];19(3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35162519/>

209. Selvarajah S, Corona Maioli S, Deivanayagam TA, de Moraes Sato P, Devakumar D, Kim SS, et al. Racism, xenophobia, and discrimination: mapping pathways to health outcomes. *Lancet* [Internet]. 2022 Dec 10 [cited 2022 Dec 25];400(10368):2109–24. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673622024849/fulltext>
210. Williams DR, Lawrence JA, Davis BA. Racism and Health: Evidence and Needed Research. *Annu Rev Public Health* [Internet]. 2019 Apr 1 [cited 2022 Dec 22];40:105–25. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30601726/>
211. Silva ATC, Souza Lopes C, Susser E, Coutinho LMS, Germani ACCG, Menezes PR. Burnout among primary health care workers in Brazil: results of a multilevel analysis. *Int Arch Occup Environ Health*. 2021 Nov 1;94(8):1863–75.
212. Schmitt MT, Postmes T, Branscombe NR, Garcia A. The consequences of perceived discrimination for psychological well-being: a meta-analytic review. *Psychol Bull* [Internet]. 2014 [cited 2022 Dec 25];140(4):921–48. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24547896/>
213. Coimbra BM, Hoeboer CM, Yik J, Mello AF, Mello MF, Olf M. Meta-analysis of the effect of racial discrimination on suicidality. *SSM Popul Health*. 2022 Dec;20:101283.
214. Williams DR. Stress and the Mental Health of Populations of Color: Advancing Our Understanding of Race-Related Stressors. *J Health Soc Behav*. 2018;59(4).
215. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade* [Internet]. 2016 Jul 1 [cited 2022 Dec 25];25(3):535–49. Available from: <http://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/abstract/?lang=pt>
216. Burgard S, Castiglione D de P, Lin KY, Nobre AA, Aquino EML, Pereira AC, et al. Differential reporting of discriminatory experiences in Brazil and the United States. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2017 May 8 [cited 2022 Dec 22];33. Available from: <http://www.scielo.br/j/csp/a/6YtSrSkyY7PtW7LQcsZHyGj/?lang=en>

217. Shannon G, Morgan R, Zeinali Z, Brady L, Couto MT, Devakumar D, et al. Intersectional insights into racism and health: not just a question of identity. *Lancet* [Internet]. 2022 Dec 10 [cited 2022 Dec 25];400(10368):2125–36. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673622023042/fulltext>
218. Smolen JR, de Araújo EM. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017 Dec 1 [cited 2023 Sep 1];22(12):4021–30. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/RJbPdTCPbgSFcMpMYjhb8Fv/abstract/?lang=pt>
219. Anunciação D, Pereira LL, Silva HP, Nunes APN, Soares JO. (Des)caminhos na garantia da saúde da população negra e no enfrentamento ao racismo no Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2022 Sep 16 [cited 2022 Dec 22];27(10):3861–70. Available from: <http://www.scielo.br/j/csc/a/Lqd6jsjQByrvCVyxWCxkqjN/?lang=pt>
220. Svane-Petersen AC, Holm A, Burr H, Framke E, Melchior M, Rod NH, et al. Psychosocial working conditions and depressive disorder: disentangling effects of job control from socioeconomic status using a life-course approach. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2020 Feb 1 [cited 2022 Feb 26];55(2):217–28. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-019-01769-9>
221. Shields M, Dimov S, Kavanagh A, Milner A, Spittal MJ, King TL. How do employment conditions and psychosocial workplace exposures impact the mental health of young workers? A systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2022 Feb 26];56(7):1147–60. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-021-02077-x>
222. Lange S, Burr H, Rose U, Conway PM. Workplace bullying and depressive symptoms among employees in Germany: prospective associations regarding severity and the role of the perpetrator. *Int Arch Occup Environ Health*. 2020 May 1;93(4):433–43.
223. Butterworth P, Leach LS, Kiely KM. Why it's important for it to stop: Examining the mental health correlates of bullying and ill-treatment at work

- in a cohort study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2016 Nov 1;50(11):1085–95.
224. Theorell T, Hammarström A, Aronsson G, Träskman Bendz L, Grape T, Hogstedt C, et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health*. 2015 Aug 1;15(1).
225. Loerbroks A, Weigl M, Li J, Glaser J, Degen C, Angerer P. Workplace bullying and depressive symptoms: A prospective study among junior physicians in Germany. *J Psychosom Res*. 2015 Feb 1;78(2):168–72.
226. Ekici D, Beder A. The effects of workplace bullying on physicians and nurses. *AUSTRALIAN JOURNAL OF ADVANCED NURSING*. 2014;31(4):24–33.
227. Nixon AE, Spector PE. Seeking Clarity in a Linguistic Fog: Moderators of the Workplace Aggression-Strain Relationship. <http://dx.doi.org/10.1080/0895928520151006325> [Internet]. 2015 Mar 15 [cited 2022 Apr 15];28(2):137–64. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08959285.2015.1006325>
228. Rodwell J, Demir D. Psychological consequences of bullying for hospital and aged care nurses. *Int Nurs Rev* [Internet]. 2012 Dec [cited 2022 Apr 15];59(4):539–46. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23134139/>
229. Ayyala MS, Rios R, Wright SM. Perceived Bullying Among Internal Medicine Residents. *JAMA*. 2019;322(6):107–30.
230. WHO. Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases [Internet]. 2019 [cited 2023 Sep 30]. Available from: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
231. WHO. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. International Classification of Diseases 11th Revision. 2022 [cited 2023 Sep 30]. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
232. Hewitt DB, Ellis RJ, Hu YY, Cheung EO, Moskowitz JT, Agarwal G, et al. Evaluating the Association of Multiple Burnout Definitions and Thresholds with Prevalence and Outcomes. *JAMA Surg*. 2020 Nov 1;155(11):1043–9.

233. Hu YY, Ellis RJ, Hewitt DB, Yang AD, Cheung EO, Moskowitz JT, et al. Discrimination, Abuse, Harassment, and Burnout in Surgical Residency Training. *New England Journal of Medicine*. 2019 Oct 31;381(18):1741–52.
234. Reknes I, Notelaers G, Magerøy N, Pallesen S, Bjorvatn B, Moen BE, et al. Aggression from Patients or Next of Kin and Exposure to Bullying Behaviors: A Conglomerate Experience? *Nurs Res Pract*. 2017;2017:1–12.
235. Notelaers G, van der Heijden B, Guenter H, Nielsen MB, Einarsen SV. Do interpersonal conflict, aggression and bullying at the workplace overlap? A latent class modeling approach. *Front Psychol*. 2018 Oct 9;9.
236. Chang HE, Cho SH. Workplace Violence and Job Outcomes of Newly Licensed Nurses. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2016 Dec 1;10(4):271–6.
237. Kim Y, Lee E, Lee H. Association between workplace bullying and burnout, professional quality of life, and turnover intention among clinical nurses. *PLoS One*. 2019 Dec 1;14(12).
238. Nielsen MB, Einarsen SV. What we know, what we do not know, and what we should and could have known about workplace bullying: An overview of the literature and agenda for future research. *Aggress Violent Behav*. 2018 Sep 1;42:71–83.
239. Gertler J, Dale L, Tracy N, Dorsett J, Sambuco N, Guastello A, et al. Resilient, but for how long? The relationships between temperament, burnout, and mental health in healthcare workers during the Covid-19 pandemic. *Front Psychiatry [Internet]*. 2023 Jun 29 [cited 2023 Aug 31];14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37484670/>
240. Ryan E, Hore K, Power J, Jackson T. The relationship between physician burnout and depression, anxiety, suicidality and substance abuse: A mixed methods systematic review. *Front Public Health [Internet]*. 2023 [cited 2023 Sep 1];11. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37064688/>
241. Vidal-Alves MJ, Pina D, Ruiz-Hernández JA, Puente-López E, Paniagua D, Martínez-Jarreta B. (Un)Broken: Lateral violence among hospital nurses, user violence, burnout, and general health: A structural equation modeling

- analysis. *Front Med (Lausanne)* [Internet]. 2022 Nov 24 [cited 2023 Sep 1];9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36507501/>
242. Boudrias V, Trépanier SG, Salin D. A systematic review of research on the longitudinal consequences of workplace bullying and the mechanisms involved. *Aggress Violent Behav*. 2021 Jan 1;56:101508.
243. Høgh A, Conway PM, Grynderup MB, Gullander M, Willert M V., Mikkelsen EG, et al. Negative acts at work as potential bullying behavior and depression. *J Occup Environ Med*. 2016 Mar 1;58(3):e72–9.
244. Deci EL, Ryan RM. Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior. *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. 1985;
245. Trépanier SG, Fernet C, Austin S. A longitudinal investigation of workplace bullying, basic need satisfaction, and employee functioning. *J Occup Health Psychol* [Internet]. 2015 [cited 2022 Feb 27];20(1):105–16. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25151460/>
246. Hobfoll SE. Conservation of resources. A new attempt at conceptualizing stress. *Am Psychol* [Internet]. 1989 [cited 2023 Sep 2];44(3):513–24. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2648906/>
247. Naseer S, Raja U. Why does workplace bullying affect victims' job strain? Perceived organization support and emotional dissonance as resource depletion mechanisms. *Current Psychology* [Internet]. 2021 Sep 1 [cited 2023 Sep 2];40(9):4311–23. Available from: https://www.researchgate.net/publication/334584205_Why_does_workplace_bullying_affect_victims'_job_strain_Perceived_organization_support_and_emotional_dissonance_as_resource_depletion_mechanisms
248. Lazarus R, Folkman S. *Stress Appraisal and Coping*. New York: Springer; 1984.
249. Reknes I, Einarsen S, Pallesen S, Bjorvatn B, Moen BE, Magerøy N. Exposure to bullying behaviors at work and subsequent symptoms of anxiety: the moderating role of individual coping style. *Ind Health*. 2016 Sep 30;54(5):421–32.
250. Reknes I, Visockaite G, Liefhoghe A, Lovakov A, Einarsen S V. Locus of Control Moderates the Relationship Between Exposure to Bullying

- Behaviors and Psychological Strain. *Front Psychol* [Internet]. 2019 [cited 2023 Sep 8];10(JUN). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31244725/>
251. Aronsson G, Theorell T, Grape T, Hammarström A, Hogstedt C, Marteinsdottir I, et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health*. 2017 Mar 16;17(1).
252. Gameiro M, Chambel MJ, Carvalho VS. A person-centered approach to the job demands–control model: A multifunctioning test of additive and buffer hypotheses to explain burnout. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Dec 1;17(23):1–14.
253. Portoghese I, Galletta M, Leiter MP, Finco G, D’aloja E, Campagna M. Job demand–control–support latent profiles and their relationships with interpersonal stressors, job burnout, and intrinsic work motivation. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Dec 2;17(24):1–21.
254. Desrumaux P, Gillet N, Nicolas C. Direct and indirect effects of belief in a just world and supervisor support on burnout via bullying. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Nov 1;15(11).
255. van der Molen H, Nieuwenhuijsen K, Frings-Dresen M, de Groene G. Work-related psychosocial risk factors for stress-related mental disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* [Internet]. 2020 Jul 5 [cited 2021 Sep 15];10(7). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32624469/>
256. Cohen S, Murphy MLM, Prather AA. Ten Surprising Facts About Stressful Life Events and Disease Risk. *Annu Rev Psychol* [Internet]. 2019 Jan 4 [cited 2023 Sep 1];70:577–97. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29949726/>
257. Lopes CS, Faerstein E, Chor D. Stressful life events and common mental disorders: results of the Pro-Saude Study. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2003 [cited 2023 Sep 1];19(6):1713–20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14999337/>
258. Nielsen MB, Tvedt SD, Matthiesen SB. Prevalence and occupational predictors of psychological distress in the offshore petroleum industry: a

- prospective study. *Int Arch Occup Environ Health* [Internet]. 2013 Nov [cited 2023 Sep 30];86(8):875–85. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23099441/>
259. Elovainio M, Kivimäki M, Vahtera J. Organizational justice: evidence of a new psychosocial predictor of health. *Am J Public Health* [Internet]. 2002 Jan 1 [cited 2023 Sep 30];92(1):105–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11772771/>
260. Moshiro C, Heuch I, Åstrøm AN, Setel P, Kvåle G. Effect of recall on estimation of non-fatal injury rates: A community based study in Tanzania. *Injury Prevention*. 2005;11(1):48–52.
261. Klinefelter Z, Sinclair RR, Britt TW, Sawhney G, Black KJ, Munc A. Psychosocial safety climate and stigma: Reporting stress-related concerns at work. *Stress and Health*. 2021 Aug 1;37(3):488–503.
262. Brasil P da R. LEI Nº 13.467, DE 13 DE JULHO DE 2017 [Internet]. 2017 [cited 2023 Jan 4]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm
263. Brasil P da R. Emenda Constitucional nº 103 [Internet]. Diário Oficial da União. 2019 [cited 2023 Jan 4]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm
264. Brasil M da S. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 [Internet]. Diário Oficial da União. 2017 [cited 2023 Jan 4]. Available from: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031
265. Brasil P da R. Emenda Constitucional nº 95 [Internet]. Diário Oficial da União. 2016 [cited 2023 Jan 4]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm