

Violência física e verbal contra enfermeiros da classificação de risco: características, fatores relacionados e consequências

Physical violence and verbal abuse against nurses working with risk stratification: characteristics, related factors, and consequences

Violencia física y verbal contra enfermeras de clasificación de riesgo: características, factores relacionados y consecuencias

Joyce Borges Ceballos¹

ORCID: 0000-0003-4085-6383

Oleci Pereira Frota¹

ORCID: 0000-0003-3586-1313

Hevelyn Francielle Soares Souto Nunes¹

ORCID: 0000-0003-3344-2326

Patricia Lima Ávalos¹

ORCID: 0000-0001-6332-4908

Camila de Carvalho Krügel¹

ORCID: 0000-0001-5879-8295

Marcos Antonio Ferreira Júnior¹

ORCID: 0000-0002-9123-232X

Elen Ferraz Teston¹

ORCID: 0000-0001-6835-0574

¹Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

Como citar este artigo:

Ceballos JB, Frota OP, Nunes HFSS, Ávalos PL, Krügel CC, Ferreira Jr MA, et al. Physical violence and verbal abuse against nurses working with risk stratification: characteristics, related factors, and consequences. Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 5):e20190882. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0882>

Autor Correspondente:

Joyce Borges Ceballos
E-mail: joyceborges.11@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Ana Fátima Fernandes

Submissão: 14-03-2020

Aprovação: 11-06-2020

RESUMO

Objetivo: analisar as características, os fatores relacionados e as consequências da violência física e verbal contra enfermeiros que atuam na classificação de risco. **Métodos:** estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado com 80 enfermeiros que atuam na classificação de risco em serviços de emergência. Os dados foram coletados por meio de instrumento adaptado, e analisados por estatística inferencial (uni)bivariada. **Resultados:** os acompanhantes foram os principais perpetradores de violência verbal (86,1%), e os pacientes, de física (100%). Profissionais com até cinco anos de atuação têm 74% menos chances de sofrer violência física ($p=0,029$). Mulheres sofreram 5,83 vezes mais violência verbal do que homens ($p=0,026$). Tristeza (15,8%) e medo do agressor (15,3%) foram as principais consequências da violência verbal; medo do agressor (22,2%) e estresse (22,2%) foram resultado da violência física. **Conclusão:** a violência sofre influência de aspectos institucionais, profissionais e da clientela. Portanto, seu enfrentamento requer estratégias multidimensionais.

Descritores: Fatores de Risco; Violência no Trabalho; Emergências; Triagem; Enfermeiras e Enfermeiros.

ABSTRACT

Objective: to analyze the characteristics, related factors, and consequences of physical violence and verbal abuse against nurses working with risk stratification. **Methods:** a cross-sectional, descriptive and quantitative study carried out with 80 nurses who work with risk stratification in emergency services. Data were collected using an adapted instrument and analyzed using (uni)bivariate inferential statistics. **Results:** companions were the main perpetrators of verbal abuse (86.1%); and patients inflicted physical violence (100%). Professionals with up to five years of experience are 74% less likely to suffer physical violence ($p=0.029$). Women suffer 5.83 times more verbal abuse than men ($p=0.026$). Sadness (15.8%) and fear of the aggressor (15.3%) were the main consequences of verbal abuse; and fear of the aggressor (22.2%) and stress (22.2%) were results of physical violence. **Conclusion:** violence is influenced by institutional, professional and client aspects. Therefore, coping with it requires multidimensional strategies.

Descriptors: Risk Factors; Workplace Violence; Emergencies; Triage; Nurses.

RESUMEN

Objetivo: analizar las características, los factores relacionados y las consecuencias de la violencia física y verbal contra las enfermeras que trabajan en la clasificación de riesgos. **Métodos:** estudio descriptivo, transversal, con enfoque cuantitativo, realizado con 80 enfermeras que trabajan en la clasificación de riesgos en los servicios de urgencias. Los datos fueron recolectados usando un instrumento adaptado, y analizados usando estadísticas (uni)bivariadas inferenciales. **Resultados:** los compañeros fueron los principales autores de la violencia verbal (86,1%) y los pacientes, físicos (100%). Los profesionales con hasta cinco años de experiencia tienen un 74% menos de probabilidades de sufrir violencia física ($p=0,029$). Las mujeres sufren 5.83 veces más violencia verbal que los hombres ($p=0,026$). La tristeza (15,8%) y el miedo al agresor (15,3%) fueron las principales consecuencias de la violencia verbal; el miedo al agresor (22,2%) y el estrés (22,2%) fueron los resultados de la violencia física. **Conclusión:** la violencia está influenciada por aspectos institucionales, profesionales y del cliente. Por lo tanto, enfrentarlo requiere estrategias multidimensionales.

Descritores: Factores de Riesgo; Violencia Laboral; Urgencias Médicas; Triaje; Enfermeras y Enfermeros.

INTRODUÇÃO

A violência ocupacional é definida pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) – Convenção 190 – como um conjunto de comportamentos, práticas ou ameaças, ocorridos uma ou repetidas vezes, que acarretam ou visam resultar em danos físicos, psicológicos, sexuais ou econômicos ao trabalhador⁽¹⁾. Embora seja (sub)classificada de diversas formas, uma categorização geral a discrimina em violência física e verbal. A primeira pode ser definida como o “uso da força física contra outra pessoa ou grupo, que produz danos físicos, sexuais ou psicológicos”, incluindo bater, chutar, esfaquear, jogar, empurrar, morder ou beliscar⁽²⁾. A violência verbal é qualquer forma de maus tratos, falada explicitamente ou subentendida, que provoca sentimentos de desvalorização ou humilhação, por meio de palavras em tom depreciativo, ameaças, acusações ou expressões desrespeitosas e postura que sugere agressão física, porém sem haver contato com a vítima⁽³⁾.

No campo da saúde, os serviços de emergência, como as Unidades de Pronto Atendimento 24h e de hospitais, são locais de elevado risco para a ocorrência de violência ocupacional, sobretudo os de classificação de risco⁽⁴⁾. Baseados em critérios específicos de morbimortalidade, sinais e sintomas, exames e dentre outros, o enfermeiro é o profissional responsável por realizar o acolhimento e estabelecer a prioridade de atendimento dos pacientes. Assim, está na linha de frente da assistência⁽⁵⁾ e, portanto, mais vulnerável a episódios de violência do que outros profissionais⁽⁶⁾. Apesar disso, estudos sobre esse objeto no ambiente em que ocorre a classificação de risco ainda é escasso na literatura.

Dados revelam que cerca de 36,4% dos enfermeiros sofrem agressão física, e 67,2% sofrem agressão não física no mundo⁽⁷⁾. No Brasil, investigação realizada pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo identificou que 77% dos profissionais de enfermagem foram agredidos no trabalho. Desses, 49,2% sofreram violência verbal, e 14,2% sofreram agressão física⁽⁸⁾. Destaca-se que a violência ocupacional acarreta variadas consequências negativas e envolve tanto prejuízos à qualidade da assistência prestada quanto sofrimento físico, psicológico⁽⁹⁾ e financeiro aos profissionais. Além disso, impacta negativamente no funcionamento organizacional, pois gera alta rotatividade de profissionais e insatisfação no trabalho⁽¹⁰⁾.

Nesse contexto, reitera-se que embora constitua um evento frequente, a violência ocupacional é subestimada nos ambientes de classificação de risco. Desse modo, identificar os fatores relacionados pode constituir um importante ponto de partida para a formulação de estratégias de enfrentamento mais assertivas, como políticas públicas de saúde e promoção da segurança e saúde ocupacional.

OBJETIVO

Analisar as características, os fatores relacionados e as consequências da violência física e verbal contra enfermeiros que atuam na classificação de risco.

MÉTODOS

Aspectos éticos

As exigências éticas estabelecidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram cumpridas. Os participantes

assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Desenho, período e local de estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa, norteado pela ferramenta STROBE, realizado em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. Os dados foram coletados no período de dezembro de 2018 a julho de 2019 em todas as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24 horas (n=6), todos os Centros Regionais de Saúde (CRSs) 24 horas (n=4) e nos Pronto Atendimento Médicos (PAMs) (n=3) vinculados aos três maiores hospitais do município: Universitário, Regional e Santa Casa, que prestam atendimento ao Sistema Único de Saúde (SUS). Os CRSs são componentes pré-hospitalares, específicos da cidade de Campo Grande, que oferecem serviços semelhante às UPAs. Todavia, não seguem legislação específica, diferindo das UPAs quanto a fluxos, estrutura física e funcionamento. Localizam-se geralmente ao lado de Unidades Básicas de Saúde.

O hospital universitário conta com 232 leitos, e é referência em doenças infectocontagiosas, linha cardiovascular e procedimentos de alta complexidade. O hospital regional possui 352 leitos, e é referência em gestação de alto risco, pediatria, oncologia e cuidado cardiovascular. O Hospital Santa Casa dispõe de 495 leitos SUS e é referência em urgência e emergência, ortopedia, tratamento a grandes queimados, neurocirurgia e transplantes.

População, critérios de inclusão e exclusão

A população foi representada por todos os enfermeiros que atuavam na classificação de risco das unidades investigadas, nos períodos manhã, tarde e noite (N=161). Por sua vez, foram excluídos aqueles com tempo de atuação na classificação de risco < 1 ano (n=44); aqueles que se recusaram a participar (n=29); que estavam de férias ou licença (n=4); ou que não foram encontrados após três tentativas (n=4). A amostra final foi composta por 80 enfermeiros.

Protocolo do estudo

Antes da aplicação do instrumento de coleta de dados, cada profissional foi orientado sobre os objetivos da pesquisa por três pesquisadores previamente treinados em cada período. O preenchimento do instrumento de coleta de dados durou em média dez minutos e se deu pelos próprios enfermeiros no ambiente de trabalho.

Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário adaptado de estudo prévio, com permissão do autor⁽¹¹⁾. As adaptações visaram atender às peculiaridades da população pesquisada (enfermeiros; pois o instrumento original era para profissionais de saúde) e para os dois tipos de violência (física e verbal, pois o instrumento original investigava a violência física, verbal, assédio moral e assédio sexual). A versão final do instrumento foi composta por duas partes. A primeira apresenta a definição de violência ocupacional e questões de caracterização sociodemográfica, de identificação ocupacional e referentes à violência.

As variáveis sociodemográficas foram sexo, idade, maior titulação (graduação ou pós-graduação) e estado civil. O tempo de experiência na profissão, o tempo de serviço na classificação de risco da instituição, a carga horária semanal de trabalho na classificação de risco, o turno de trabalho (matutino, vespertino ou noturno) e o estabelecimento de saúde que labora (UPA, CRS ou hospital) foram variáveis de identificação ocupacional. Quanto à violência no trabalho, o questionário contemplou as seguintes questões: (i) a importância da violência ocupacional na instituição, segundo a percepção do profissional (muito importante, importante, moderadamente importante ou sem importância); (ii) se a violência é normal e/ou faz parte do trabalho (sim ou não); (iii) uma escala de zero a dez quanto ao sentimento de segurança no ambiente de trabalho, em que zero correspondia a nenhum sentimento de segurança e dez a um ambiente completamente seguro; e (iv) quais os fatores de risco mais importantes para exposição à violência ocupacional na classificação de risco (várias alternativas e a opção "outros motivos", com espaço para resposta descritiva).

A segunda parte do instrumento englobou dois tipos de violência: física e verbal. Foi composta por dez questões que identificam as experiências dos enfermeiros tanto em relação à violência física quanto à verbal na instituição, nos últimos 12 meses, incluindo a quantidade de vezes que o profissional as sofreu, quem foi o agressor, horário em que ocorreu o ato, a reação ao incidente, as providências tomadas, as repercussões na vida pessoal e profissional e se houve afastamento do serviço.

Análise dos resultados e estatística

Os dados foram analisados por estatística descritiva e inferencial. Para verificar a associação das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, grau de instrução, estado civil) e profissionais (tempo de experiência na profissão, tempo de serviço na classificação de risco na instituição, turno de trabalho e estabelecimento de saúde em que atua) com a ocorrência de violência física e verbal nos últimos 12 meses, aplicou-se o Teste Qui-Quadrado ou Exato de Fisher. O *Odds Ratio* (OR), com intervalo de confiança (IC) de 95%, foi utilizado para estimar a magnitude das associações. Na avaliação do sentimento de segurança no ambiente ocupacional (de zero a dez), verificou-se que os dados possuíam distribuição não normal pelo Teste de Kolmogorov-Smirnov. Assim, na comparação dessa variável com a ocorrência de violência física e verbal, aplicou-se o Teste estatístico não paramétrico de Mann-Whitney. O nível de significância adotado foi de 5%. O programa estatístico utilizado foi o *Statistical Package for the Social Science (SPSS) for Windows*, versão 25.0.

RESULTADOS

A amostra constituída por 80 enfermeiros era majoritariamente do sexo feminino, com média de idade de 35,9 anos ($\pm 7,1$), casados (51,3%; n=41), pós-graduados (77,5%; n=62), com média de tempo de experiência como enfermeiro de 10,6 anos ($\pm 6,7$) e tempo de serviço na instituição inferior ou igual a cinco anos (média de $5,2 \pm 4,4$ anos). Em relação ao turno e local de trabalho, 33,8% (n=27) atuavam no turno da manhã, e 41,3% trabalhavam (n=33) em UPA, respectivamente.

A maioria dos enfermeiros não consideram a violência ocupacional normal ou intrínseca ao seu trabalho (85,0%; n=68) e avaliam que a instituição considera esse tipo de violência um assunto muito importante (50,0%; n=40). Os fatores de risco a esse agravo foram diversos e relacionados a aspectos multifacetados. Destaca-se que os enfermeiros referiram sofrer mais violência verbal (90%; 72/80) do que física (17,5%; 14/80) e isso foi estatisticamente significativo ($p < 0,0001$) pelo Teste Qui-Quadrado.

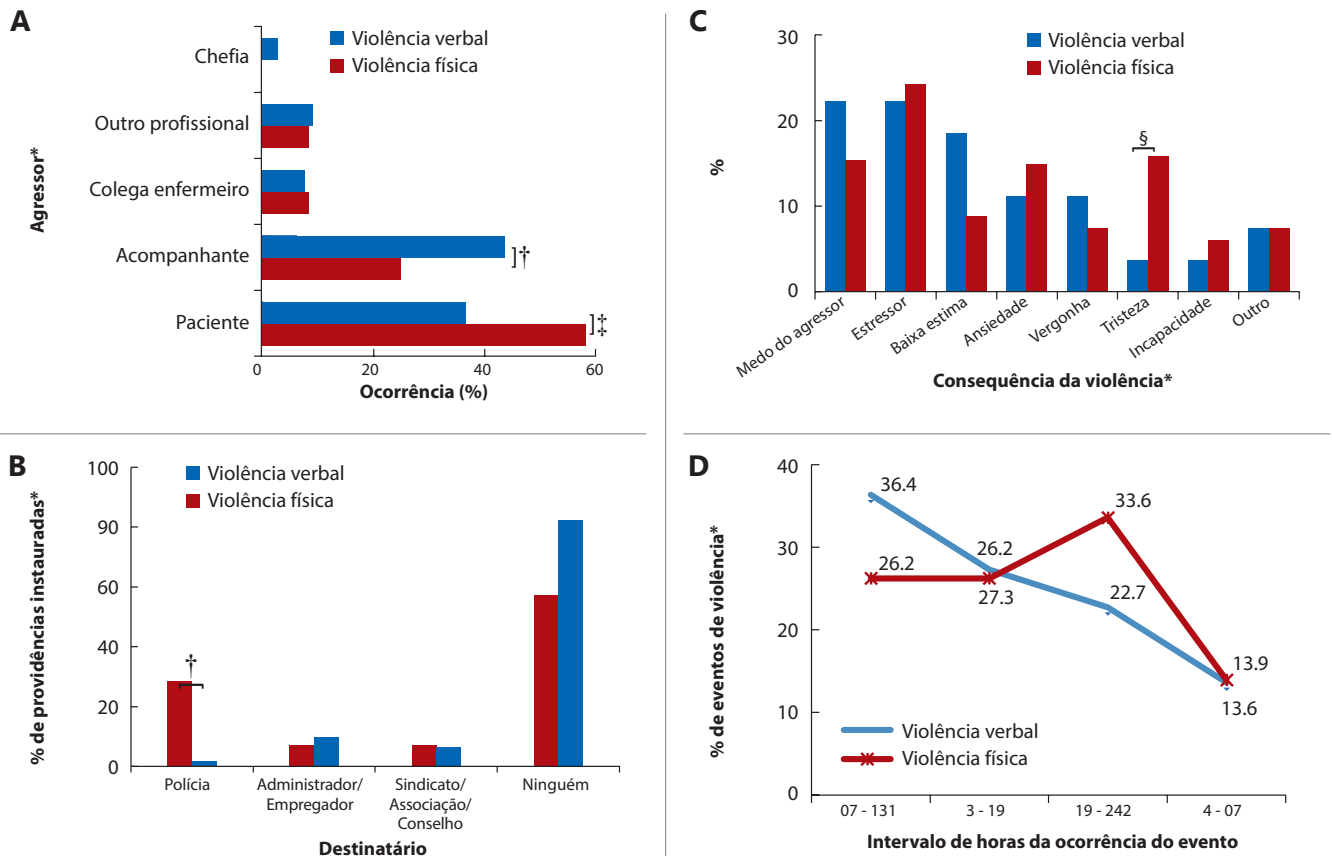
Tabela 1 - Características e consequências da violência física e verbal sofridas por enfermeiros da classificação de risco (n=80), Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2019

| Característica/consequência | Violência n(%) | |
|---|----------------|---------------|
| | Física (n=14) | Verbal (n=62) |
| Número de episódios da violência nos últimos 12 meses | | |
| 1 | 8(57,1) | 4(5,6) |
| 2 | 1(7,4) | 7(9,7) |
| 3 | - | 10(13,9) |
| ≥4 | 3(21,4) | 41(56,9) |
| Não sabe ou não respondeu | 2(14,3) | - |
| Conduta tomada frente ao incidente* | | |
| Notificou de modo informal a quem de direito da instituição | 8(57,1) | 25(34,7) |
| Contou para seus familiares/amigos | 5(35,7) | 31(43,1) |
| Abriu processo judicial | 5(35,7) | 4(5,6) |
| Não teve conduta | 3(21,4) | 17(23,6) |
| Pediu a pessoa para parar | 3(21,4) | 34(47,2) |
| Comunicou o ato de violência a seus superiores de modo informal | 3(21,4) | 46(63,9) |
| Contou para colegas | 2(14,3) | 44(61,1) |
| Pediu ajuda do sindicato/associação/conselho | 1(7,1) | 3(4,2) |
| Outro | 1(7,1) | 4(5,6) |
| Pediu transferência | - | 4(4,2) |
| Foi tomada providência para investigar as causas do episódio | | |
| Não | 8(57,1) | 51(70,8) |
| Sim | 5(35,7) | 10(13,9) |
| Não sabe ou não respondeu | 1(7,1) | 11(15,3) |
| Houve afastamento do trabalho após o incidente | | |
| Não | 13(92,9) | 69(95,8) |
| Sim | 1(7,1) | 3(4,2) |

Nota: *Questão de múltipla escolha.

Dentre os violentados (Tabela 1), houve 212 (média de $3,41 \pm 2$) episódios de violência verbal contra, pelo menos, 24 episódios de violência física nos últimos 12 meses (a resposta "não sabe ou não respondeu" inviabilizou a contagem exata), sendo que a segunda foi mais frequentemente levada a conhecimento judicial (35,7%) do que a primeira (5,6%) ($p < 0,001$).

Comparando a violência física com a verbal, conforme a Figura 1, os acompanhantes foram os maiores perpetradores de violência verbal (43,7%; $p < 0,001$), enquanto que o paciente foi o principal agressor na violência física (58,3%; $p = 0,05$). Na maioria dos episódios de violência, não houve instauração de providências, porém a polícia foi mais acionada nos casos de



Nota: *Questão de múltipla escolha; † $p < 0,001$ e † $p = 0,05$ pelo Teste Exato de Fisher; * $p = 0,0126$ pelo Teste Qui-Quadrado.

Figura 1 - Aspectos relacionados à violência física e verbal segundo: (A) agressor; (B) autoridade instauradora da providência; (C) consequências da violência ao violentado; e (D) intervalo de horas do dia (24 horas) em que os eventos de violência ocorreram (n=80), Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2019

Tabela 2 - Associação entre características sociodemográficas e violência física e verbal (n=80), Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2019

| Característica | Sofreu violência | | | | | | | |
|---|------------------|----------|--------------------|--------------------|-----------|---------|--------------------|--------------------|
| | Física n(%) n=14 | | Verbal n(%) n=72 | | | | | |
| | Sim | Não | Valor de p | Odds Ratio [IC95%] | Sim | Não | Valor de p | Odds Ratio [IC95%] |
| Faixa etária (anos) | | | | | | | | |
| ≤35 | 7(16,3) | 36(83,7) | 0,757 [†] | 0,83 [0,26-2,64] | 39(90,7) | 4(9,3) | 0,823 [*] | 1,18 [0,27-5,10] |
| >35 | 7(18,9) | 30(81,1) | | | 33(89,2) | 4(10,8) | | |
| Escolaridade | | | | | | | | |
| Ensino superior | 6(33,3) | 12(66,7) | 0,073 [*] | 3,37 [0,98-11,54] | 15(83,3) | 3(16,7) | 0,370 [*] | 0,44 [0,09-2,05] |
| Pós-graduação | 8(12,9) | 54(87,1) | | | 57(91,9) | 5(8,1) | | |
| Estado civil | | | | | | | | |
| Casado/união estável | 3(10,3) | 26(89,7) | 0,204 [†] | 0,42 [0,11-1,65] | 25(86,2) | 4(13,8) | 0,452 [*] | 0,53 [0,12- 2,31] |
| Solteiro | 11(21,6) | 40(78,4) | | | 47(92,2) | 4(7,8) | | |
| Tempo de experiência (anos) | | | | | | | | |
| ≤10 | 7(14,0) | 43(86,0) | 0,287 [†] | 0,53 [0,17-1,71] | 44(88,0) | 2(12,0) | 0,703 [*] | 0,52 [0,10-2,78] |
| >10 | 7(23,3) | 33(76,7) | | | 28(93,3) | 2(6,7) | | |
| Local que atua | | | | | | | | |
| UPA | 7(21,2) | 26(78,8) | 0,675 [†] | - | 31(93,9) | 2(6,1) | 0,616 [†] | - |
| CRS | 3(18,8) | 13(81,3) | | | 14(87,5) | 2(12,5) | | |
| Hospital | 4(12,9) | 27(87,1) | | | 27(87,1) | 4(12,9) | | |
| Avaliação da violência ocupacional na instituição | | | | | | | | |
| Muito importante | 5(12,5) | 35(87,5) | 0,190 [†] | - | 35(87,5) | 5(12,5) | 0,466 [†] | - |
| Importante | 1(8,3) | 11(91,7) | | | 10(83,3) | 2(16,7) | | |
| Importância moderada | 5(35,7) | 9(64,3) | | | 14(100,0) | - | | |
| Sem importância | 3(21,4) | 11(78,6) | | | 13(92,9) | 1(7,1) | | |
| Considera que a violência ocupacional é normal ou faz parte do trabalho | | | | | | | | |
| Sim | 3(25,0) | 9(75,0) | 0,432 [*] | 1,73 [0,40-7,42] | 11(91,7) | 1(8,3) | 1,000 [*] | 1,26 [0,14-11,29] |
| Não | 11(16,2) | 57(83,8) | | | 61(89,7) | 7(10,3) | | |

Nota: *Exato de Fisher; †Qui-Quadrado; IC: Intervalo de Confiança; UPA: Unidade de Pronto Atendimento; CRS: Centro Regional de Saúde.

violência física (1,6%) do que de verbal (28,6%; $p < 0,001$). Medo do agressor (15,3%), ansiedade (14,9%) e tristeza (15,8%) foram as principais consequências da violência verbal, todavia apenas a última diferiu estatisticamente da violência física ($p = 0,0126$). Na violência física, medo do agressor (22,2%), estresse (22,2%) e baixa autoestima (18,5%) foram majoritárias entre as consequências. Quanto ao horário de ocorrência do incidente, de maneira global, pode-se afirmar que a violência física ocorreu predominantemente no período matutino, enquanto que a verbal ocorreu no início da noite.

Quanto à associação entre as características sociodemográficas e violência física e verbal (Tabela 2), há evidências de diferença estatística entre: (i) o tempo de serviço com a ocorrência de violência física no trabalho, cuja razão de chance dos profissionais com até cinco anos de atuação na instituição sofrer violência física é 74% menor que os colaboradores com tempo de serviço acima de cinco anos (OR=0,26; IC 95%: 0,08-0,86; $p = 0,029$); e (ii) o sexo com a ocorrência de violência verbal no trabalho, cuja razão de chance de mulheres sofrerem violência verbal é 5,83 vezes maior que entre os homens (OR=5,83; IC 95%: 1,26-27,08; $p = 0,026$).

Verificou-se, também, uma associação significativa entre o sentimento de segurança no ambiente de trabalho e violência física na instituição nos últimos 12 meses, em que as vítimas de violência física apresentam menor nível de segurança ($p = 0,017$).

DISCUSSÃO

Violência verbal

Os fatores relacionados à ocorrência de violência verbal foram ser do sexo feminino, atuar no período noturno, não levar a agressão a conhecimento judicial e lidar com acompanhantes dos pacientes. Como principal consequência, obteve-se a tristeza, que foi estatisticamente significante relacionada à violência verbal.

Alguns fatores são apontados como contribuintes para a ocorrência de violência verbal, como a baixa qualidade do atendimento, a quantidade e qualidade de recursos humanos, materiais e equipamentos, a deficiente comunicação entre enfermeiro e cliente, prestando informações incorretas ou incompletas, hostilidade⁽¹²⁾, comunicação mecanizada⁽¹³⁾ e quando o paciente é direcionado a outros serviços da rede⁽⁵⁾. Ser testemunha de abuso verbal e ter sido vítima de violência física também estão associados a ser vítima de abuso verbal⁽¹⁴⁾.

Neste estudo, os enfermeiros que sofreram violência verbal lidaram com o ocorrido de maneira informal, e não realizaram denúncia. Essa conduta pode estar associada ao fato de que a punição para esse tipo de violência é mais branda, quando comparada à violência física. Portanto, tende-se a aceitar os insultos sem que o agressor seja legalmente penalizado. Em contrapartida, a sensação de impunidade permite que o agressor abuse verbalmente e com liberdade⁽¹⁵⁾, e a falta de resolutividade também ocasiona desistência da acusação⁽¹⁶⁾, como demonstrado em estudo realizado no Paquistão, onde 62% dos casos de agressão verbal denunciados não houveram consequências para o agressor⁽¹⁵⁾.

Além disso, a subnotificação é um fenômeno presente nessa temática. Estudo realizado no Irã⁽¹⁷⁾ demonstrou que 60,5% dos profissionais não relataram o episódio de violência ocorrido e mais

da metade (52%) referiu considerar inútil denunciá-la. A falta de relatórios para esse fim, o medo de retaliação ou perseguição e a falta de apoio da gerência também são fatores que dificultam a denúncia^(4,16).

Apesar de os enfermeiros investigados considerarem que a violência não é normal e não faz parte do trabalho, a violência verbal foi poucas vezes (5,6%) levada a conhecimento judicial. Esse achado provavelmente está associado à familiaridade com esse fenômeno, que ocorre com mais frequência durante as atividades laborais^(12,18).

Quando feita a associação entre os tipos de violência e as variáveis sociodemográficas, obteve-se que mulheres sofrem quase seis vezes mais violência verbal do que homens ($p = 0,026$). Nesse contexto, cabe destacar que a enfermagem é uma profissão predominantemente feminina, o que é aliado historicamente à submissão, em que mesmo diante das lutas sociais pela igualdade de gênero⁽¹⁹⁾, há naturalização da desigualdade entre os sexos e predomínio do machismo, ideologia que valoriza a figura masculina como líder⁽²⁰⁾.

As mulheres estão mais vulneráveis a sofrer todos os tipos de violência, mesmo quando exercem a mesma função que os homens, em contextos ocupacionais semelhantes⁽²¹⁾. Homens e mulheres normalmente se comportam de maneiras diferentes frente à ameaça de violência, em que os homens conseguem evitar um episódio violento quando elevam o tom de voz, enquanto as mulheres estão propensas a desenvolver sentimentos de aflição e mágoa com maior intensidade. A equipe feminina é capaz de evitar um episódio violento quando recua diante do agressor, adotando uma postura inofensiva, ideia que reflete o que é esperado socialmente do sexo feminino⁽¹⁸⁾.

Sobre a autoria das agressões, os acompanhantes foram os principais perpetradores de violência verbal (86,1%), enquanto que o paciente foi o agressor na violência física (100%), similarmente com outros estudos brasileiros, que apontam a família do paciente, o paciente e os colegas de trabalho como as principais fontes geradoras de violência^(14,22). Em especial, o caso do acompanhante pode estar relacionado à frustração associada à expectativa de um atendimento rápido e resolutivo e/ou quando o paciente é incapaz de se manifestar, como no caso de crianças e idosos, em que seu descontentamento com as características institucionais e com o déficit de profissionais é expresso ao enfermeiro classificador, profissional que é facilmente acessado.

Violência física

Ter tempo de serviço superior a cinco anos, trabalhar no período matutino e o paciente como perpetrador foram fatores estatisticamente relacionados à ocorrência de violência física, que foi relativamente mais levada a conhecimento judicial.

Os pacientes foram os perpetradores da violência física em sua totalidade. Ela pode estar relacionada à discordância quanto à classificação recebida, principalmente em situações não urgentes, e quando o paciente é referenciado a outros serviços da rede, como ocorre nos hospitais⁽⁵⁾. Além disso, ter história prévia de violência, consumir drogas ilícitas, portar arma de fogo e estar sob efeito de álcool são fatores associados a comportamentos agressivos e descontrolados⁽²³⁾.

A violência física foi mais frequentemente levada a conhecimento judicial, quando comparada a verbal. Isso pode ser explicado pelo

abuso físico ser facilmente reconhecido e impactante, principalmente quando ocorrem lesões. Apesar disso, alguns estudos revelam que as consequências para o agressor são insignificantes, como advertência verbal, ou ausência de sanção penal, o que provoca a sensação de que é inútil realizar a denúncia^(15,24).

Neste estudo, ter cinco ou mais anos de exercício como enfermeiro foi fator de risco para a ocorrência de violência física. Esses achados destoam da realidade encontrada em estudo nacional⁽¹⁹⁾ e internacionais⁽²⁴⁻²⁵⁾, desenvolvidos nos setores de emergência, que registraram a maior ocorrência em funcionários com menos de cinco anos de trabalho.

Entretanto, estudo realizado na Holanda⁽²⁶⁾ demonstrou que os enfermeiros da classificação de risco com maior tempo de experiência tendem a encaminhar os pacientes não urgentes para outros serviços de saúde – como centros de atenção primária integrados ao serviço de emergência – e estiveram associados ao maior tempo de espera do paciente, com classificações pouco urgentes ou não urgentes. Possivelmente, isso ocorre porque esses enfermeiros têm maior conhecimento e tomam decisões e julgamentos de triagem com segurança, assumindo mais riscos clínicos que os enfermeiros com menos anos de experiência na classificação de risco. Como visto, referenciar os pacientes para outros serviços ou aumentar o tempo de espera por atendimento são fatores que podem desencadear agressividade.

Quanto ao horário de ocorrência da violência, a verbal ocorre principalmente nas primeiras horas da noite, enquanto a física, no período matutino. A violência física no período matutino está relacionada à condição de saúde que resulta em afastamento do trabalho ou escola, em que, diante do adoecimento, há procura pelo serviço em busca de resolutividade, com a expectativa de justificar formalmente a ausência no trabalho ou escola. Entretanto, quando se deparam com a demora no atendimento e escassez de profissionais, aliado ao estresse devido à sua condição de saúde, podem tornar-se agressivos.

Estudos internacionais apontam o turno da noite como o mais suscetível aos episódios de violência (34,1%)⁽¹⁵⁾, provavelmente devido à quantidade reduzida de pessoal⁽²⁷⁾ e pelo fato de o profissional fazer horas extras – circunstância muito comum nos ambientes de classificação de risco –, o que remete à sobrecarga de trabalho e cansaço respectivamente⁽²⁸⁾. Além disso, o período noturno tem fluxo aumentado de pessoas, porque as Unidades Básicas de Saúde não atendem nesse turno e a maioria das pessoas não trabalha nesse horário. Assim, a procura pelo serviço de emergência em busca de resolutividade pode ser maior, enquanto que a capacidade de atendimento do serviço é teoricamente menor.

Neste estudo, a principal consequência para os enfermeiros que sofreram violência verbal é a tristeza. Os agredidos fisicamente desenvolvem medo do agressor, estresse e baixa autoestima, majoritariamente. O enfermeiro que vivencia concomitantemente a violência física e verbal pode apresentar manifestações físicas e psíquicas, que geram intenção de deixar a profissão⁽¹⁴⁾.

Outro estudo com enfermeiros da triagem obteve resultados semelhantes⁽¹⁸⁾, em que, após o incidente violento, o profissional experimentou sentimento de culpa e inadequação, por não saber lidar com o incidente ou pela postura assumida, medo do agressor voltar e receio de se tornar vítima novamente. Além disso, existem repercussões negativas na saúde mental, física, nas

interações sociais e implicações profissionais, como a perda de interesse e concentração no trabalho e interações mecanizadas com pacientes e outros profissionais⁽¹³⁾.

Enfermeiros vítimas de violência física tiveram menor sentimento de segurança no trabalho ($p=0,017$). Esse sentimento de segurança pode estar relacionado à falta de apoio e resolutividade do sistema judicial, quando a denúncia é feita⁽¹⁶⁾; à instalação de segurança insuficiente no trabalho⁽²⁴⁾; à falta de medidas destinadas ao combate da violência⁽²⁹⁾; e à falta de treinamento tanto dos profissionais quanto da gerência para identificar e lidar com a violência⁽²⁷⁾.

Limitações do estudo

Este estudo teve como limitações o tamanho da amostra, devido ao grande número de enfermeiros com tempo de serviço na instituição inferior a um ano. Alguns enfermeiros desistiram de participar com a justificativa de que o instrumento era extenso, apontando a necessidade de reformulações para estudos posteriores. As características institucionais foram pouco exploradas, e as de vínculo empregatício não foram contempladas pelo instrumento de coleta de dados. As características da violência nos diferentes estabelecimentos de emergência (UPA, CRS e pronto-socorro dos hospitais) foram pouco exploradas, e as consequências dos diferentes tipos de violência poderiam ter sido separadamente investigadas.

Contribuições para a enfermagem e/ou área da saúde

Os resultados do presente estudo podem subsidiar o planejamento de ações para a redução da violência ocupacional contra enfermeiros nos ambientes de classificação de risco em todo território nacional, pois a realidade da rede de assistência à saúde pública do local estudado é semelhante à maioria dos municípios brasileiros. Ademais, torna-se necessário investir em programas de treinamento, para todos os profissionais, para propor o gerenciamento dos incidentes violentos no local de trabalho, analisar os fatores de risco institucionais que contribuem para a violência ocupacional, como feito neste estudo, a fim de promover ações mais assertivas e baseadas em evidências e investir na educação da população quanto ao esclarecimento do funcionamento da rede de urgência e emergência.

CONCLUSÃO

Este estudo analisou as principais características, fatores relacionados e consequências da violência física e verbal contra enfermeiros que atuam na classificação de risco. Conclui-se que essas violências são influenciadas por aspectos institucionais, profissionais e da clientela. O enfrentamento desse problema inclui aprimorar a capacidade de atendimento, as condições de trabalho e as políticas institucionais de educação permanente, além de educar e sensibilizar os usuários e acompanhantes. Pesquisas futuras poderão avaliar o impacto dessas intervenções.

FOMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

1. International Labour Organization. Convention 190 [Internet]. Genebra: ILO. 2019 [cited 2019 Oct 22]. Available from: https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C190
2. Organización Mundial de la Salud. Directrices marco para afrontar la violencia laboral em el sector de la salud [Internet]. Genebra: OMS. 2002 [cited 2019 Oct 22]. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_160911.pdf
3. Farrell GA, Bobrowski C, Bobrowski P. Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. *J Adv Nurs*. 2006;55(6):778-87. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03956.x
4. Kowalenko T, Cunningham R, Sachs CJ, Gore R, Barata IA, Gates D, et al. Workplace violence in emergency medicine: current knowledge and future directions. *J Emerg Med*. 2012;43(3):523-31. doi: 10.1016/j.jemermed.2012.02.056
5. Freitas RJM, Pereira MFA, Lima CHP, Melo JN, Oliveira KKD. Violence against nursing professionals in the embracement sector with risk classification. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(3):1-8. doi: 10.1590/1983-1447.2017.03.62119
6. Partridge B, Affleck J. Verbal abuse and physical assault in the emergency department: Rates of violence, perceptions of safety, and attitudes towards security. *Australas Emerg Nurs J*. 2017;20(3):139-45. doi: 10.1016/j.aenj.2017.05.001
7. Spector PE, Zhou ZE, Che XX. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: a quantitative review. *Int J Nurs Stud*. 2014;51(1):72-84. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.01.010
8. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP). Sondagem com Médicos e Profissionais de Enfermagem [Internet]. São Paulo: COREN. 2017 [cited 2019 Oct 22]. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_711244.pdf
9. Mantzouranis G, Fafiora E, Bampalis VG, Christopoulou I. Assessment and Analysis of Workplace Violence in a Greek Tertiary Hospital. *Arch Environ Occup Health*. 2015;70(5):256-64. doi: 10.1080/19338244.2013.879564
10. Piquero NL, Piquero AR, Craig JM, Clipper SJ. Assessing research on workplace violence, 2000–2012. *Aggression and Violent Behavior*. 2013;18(3):383-94. doi: 10.1016/j.avb.2013.03.001
11. Moraes Filho LA. Violência ocupacional contra profissionais de saúde em um hospital de urgência Natal/RN. [Dissertação] [Internet]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2009 [cited 2019 Oct 22]. Available from: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/14685/1/LuisAMF_DISSERT.pdf
12. Angland S, Dowling M, Casey D. Nurses' perceptions of the factors which cause violence and aggression in the emergency department: a qualitative study. *Int Emerg Nurs*. 2014;22(3):134-9. doi: 10.1016/j.ienj.2013.09.005
13. Hassankhani H, Parizad N, Gacki-Smith J, Rahmani A, Mohammadi E. The consequences of violence against nurses working in the emergency department: a qualitative study. *Int Emerg Nurs*. 2018;39:20-5. doi: 10.1016/j.ienj.2017.07.007
14. Tsukamoto SAS, Galdino MJQ, Robazzi MLCC, Ribeiro RP, Soares MH, Haddad MCFL, et al. Occupational violence in the nursing team: prevalence and associated factors. *Acta Paul Enferm*. 2019;32(4):425-32. doi: 10.1590/1982-0194201900058
15. Zafar W, Siddiqui E, Ejaz K, Shehzad MU, Khan UR, Jamali S, et al. Health care personnel and workplace violence in the emergency departments of a volatile metropolis: results from Karachi, Pakistan. *J Emerg Med*. 2013;45(5):761-72. doi: 10.1016/j.jemermed.2013.04.049
16. Wolf LA, Delao AM, Perhats C. Nothing changes, nobody cares: understanding the experience of emergency nurses physically or verbally assaulted while providing care. *J Emerg Nurs*. 2014;40(4):305-10. doi: 10.1016/j.jen.2013.11.006
17. Fallahi-Khoshknab M, Oskouie F, Najafi F, Ghazanfari N, Tamizi Z, Afshani S. Physical violence against health care workers: a nationwide study from Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2016;21(3):232-8. doi: 10.4103/1735-9066.180387
18. Ramacciati N, Ceccagnoli A, Addey B. Violence against nurses in the triage area: an Italian qualitative study. *Int Emerg Nurs*. 2015;23(4):274-80. doi: 10.1016/j.ienj.2015.02.004
19. Vasconcellos IRR, Griep RH, Lisboa MTL, Rotenberg L. Violência no cotidiano de trabalho de enfermagem hospitalar. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(2):40-7. doi: 10.1590/S0103-21002012000900007
20. Lucena KDT, Deninger LSC, Coelho HFC, Monteiro ACC, Vianna RPT, Nascimento JA. Analysis of the cycle of domestic violence against women. *J Hum Growth Dev*. 26(1):139-46. doi: 10.7322/jhgd.119238
21. Lanthier S, Bielecky A, Smith PM. Examining Risk of Workplace Violence in Canada: A Sex/Gender-Based Analysis. *Ann Work Expo Health*. 2018;62(8):1012-20. doi: 10.1093/annweh/wxy066
22. Vasconcellos IRR, Abreu AMM, Maia EL. Violência ocupacional sofrida pelos profissionais de enfermagem do serviço de pronto atendimento hospitalar. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012;33(2):167-75. doi: 10.1590/S1983-14472012000200024
23. Rodríguez VA, Paravic TM. Un modelo para investigar violencia laboral en el sector salud. *Rev Gaucha Enferm*. 2013;34(1):196-200. doi: 10.1590/S1983-14472013000100025
24. Ahmed AS. Verbal and physical abuse against Jordanian nurses in the work environment. *East Mediterr Health J* [Internet]. 2012 [cited 2019 Nov 04];18(4):318-24. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22768692>

25. Zhang L, Wang A, Xie X, Zhou Y, Li J, Yang L, et al. Workplace violence against nurses: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2017;72:8-14. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.04.002
 26. van der Linden MC, Meester BE, van der Linden N. Emergency department crowding affects triage processes. *Int Emerg Nurs.* 2016;29:27-31. doi: 10.1016/j.ienj.2016.02.003
 27. Edward KL, Ousey K, Warelow P, Lui S. Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *Br J Nurs.* 2014;23(12):653-4, 656-9. doi: 10.12968/bjon.2014.23.12.653
 28. Jafree SR. Workplace violence against women nurses working in two public sector hospitals of Lahore, Pakistan. *Nurs Outlook.* 2017;65(4):420-7. doi: 10.1016/j.outlook.2017.01.008
 29. Ashton RA, Morris L, Smith I. A qualitative meta-synthesis of emergency department staff experiences of violence and aggression. *Int Emerg Nurs.* 2018;39:13-9. doi: 10.1016/j.ienj.2017.12.004
-