

**ASSOCIAÇÃO ENTRE COMPORTAMENTOS OFENSIVOS E RISCO DE
BURNOUT E DE DEPRESSÃO EM TRABALHADORES DE SAÚDE***

*ASOCIACIÓN ENTRE COMPORTAMIENTOS OFENSIVOS Y RIESGO DE BURNOUT Y
DEPRESIÓN EN TRABAJADORES DE LA SALUD*

*ASSOCIATION BETWEEN OFFENSIVE BEHAVIORS AND BURNOUT AND DEPRESSION
RISKS IN HEALTH WORKERS*

Luiza Salvador Rohwedder (Graduanda)

Vivian Aline Mininel (Orientadora)

Tatiana de Oliveira Sato (Co-orientadora)

*O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP, Processos n. 2020/10098-1 e 2020/08261-1; o artigo original foi publicado na Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE), disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6683.3988>

Resumo

Objetivo: avaliar a ocorrência de comportamentos ofensivos no trabalho, suas características e associação com o sexo, estresse, burnout e depressão em trabalhadores de saúde. **Método:** estudo transversal, descritivo, de natureza quantitativa, realizado com 125 trabalhadores do Sistema Único de Saúde brasileiro. Os dados foram coletados no período de junho de 2021 a abril de 2022, por meio de três questionários autoaplicáveis que avaliam as características pessoais e ocupacionais; comportamentos ofensivos, estresse e burnout e sintomas depressivos. Estatística descritiva, teste de associação Qui-Quadrado e análise de regressão logística foram aplicados. **Resultados:** 44% da amostra referiram 83 comportamentos, sendo as ameaças de violência mais frequentes (26%). Técnicos/auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos foram os profissionais mais expostos. O principal agressor foi o paciente, exceto quanto ao bullying, perpetrado por colegas de trabalho (48%). Houve associação entre comportamentos ofensivos e burnout (OR: 4,73; IC 95%: 1,29-17,3; p=0,02) e entre comportamentos ofensivos e sintomas de depressão (OR: 1,05; IC 95%: 1,01-1,10; p=0,02). **Conclusão:** a ocorrência de comportamentos ofensivos no trabalho em saúde é frequente e característica; o burnout e os sintomas depressivos aumentaram, respectivamente, 4,73 e 1,05 vezes as chances de o trabalhador sofrer estes comportamentos ofensivos no ambiente de trabalho.

Descritores: Violência no Trabalho; Depressão; Esgotamento Profissional; Saúde do Trabalhador; Condições de Trabalho; Riscos Ocupacionais

Resumen

Objetivo: evaluar la incidencia de conductas ofensivas en el trabajo, las características y la asociación con el sexo, el estrés, el burnout y la depresión en trabajadores de la salud. **Método:** estudio transversal, descriptivo, cuantitativo, realizado con 125 trabajadores del Sistema Único de Salud brasileño. Los datos fueron recolectados entre junio de 2021 y abril de 2022, por medio de tres cuestionarios autoadministrados que evalúan características personales y ocupacionales; comportamientos ofensivos, estrés y burnout y síntomas de depresión. Se aplicó estadística descriptiva, prueba de asociación chi-cuadrado y análisis de regresión logística. **Resultados:** el 44% de la muestra declararon 83 conductas y las amenazas de violencia fueron las más frecuentes (26%). Técnicos/auxiliares de enfermería, enfermeros y médicos fueron los profesionales más expuestos. El principal agresor fue el paciente; excepto en el caso del bullying, que fue perpetrado por los compañeros de trabajo (48%). Hubo asociación entre conductas ofensivas y burnout (OR: 4,73; IC 95%: 1,29-17,3; p=0,02) y entre conductas ofensivas y síntomas de depresión (OR: 1,05; IC 95%: 1,01-1,10; p=0,02). **Conclusión:** la práctica de conductas ofensivas en el trabajo en salud es frecuente y característica; el burnout y los síntomas de depresión aumentaron, respectivamente, 4,73 y 1,05 veces las posibilidades de que el trabajador sufriera esas conductas ofensivas en el ambiente de trabajo.

Descritores: Violencia Laboral; Depresión; Agotamiento Profesional; Salud Laboral; Condiciones de Trabajo; Riesgos Laborales

Abstract

Objective: to evaluate the occurrence of offensive behaviors at work, their characteristics and association with sex, stress, burnout and depression in health workers. **Method:** a cross-sectional, descriptive and quantitative study carried out with 125 workers from the Brazilian Unified Health System. The data were collected from June 2021 to April 2022 through three self-applied questionnaires that assess personal and occupational characteristics; offensive behaviors, stress and burnout; and depressive symptoms. Descriptive statistics, the chi-square association test and logistic regression analysis were applied. **Results:** 44% of the sample reported 83 behaviors, with threats of violence as the most frequent ones (26%). Nursing technicians/assistants, nurses and physicians were the most exposed professionals. The main aggressors were the patients, except for bullying, which was perpetrated by co-workers (48%).

There was an association between offensive behaviors and burnout (OR: 4.73; 95% CI: 1.29-17.3; p=0.02) and between offensive behaviors and depression symptoms (OR: 1.05; 95% CI: 1.01-1.10; p=0.02). **Conclusion:** the occurrence of offensive behaviors in health work is frequent and characteristic and burnout and depressive symptoms respectively increased 4.73 and 1.05 times the chances of workers suffering these offensive behaviors in the work environment.

Descriptors: Workplace Violence; Depression; Professional Burnout; Occupational Health; Working Conditions; Occupational Risks

Introdução

Os trabalhadores de saúde estão expostos aos diversos riscos em seu cotidiano laboral, como os psicossociais, biológicos e organizacionais⁽¹⁾. Esse grupo também está mais exposto aos comportamentos sociais adversos⁽²⁾, sendo a violência no trabalho um fenômeno de elevada incidência⁽³⁻⁶⁾ e que vem aumentando ao longo dos anos⁽⁷⁾, especialmente nos dois primeiros anos da pandemia de COVID-19, que pressionou os sistemas de saúde e, por consequência, os trabalhadores vinculados a eles⁽⁸⁾.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) define a violência e o assédio no trabalho como um conjunto de ameaças ou comportamentos e práticas inaceitáveis que resultam ou podem resultar em danos físicos, psicológicos, sexuais ou econômicos⁽⁹⁾. De acordo com o referencial adotado⁽¹⁰⁾, o termo “violência relacionada ao trabalho” pode ser definido como a presença de comportamentos ofensivos no ambiente laboral, incluindo a atenção sexual indesejada, as ameaças de violência, a violência física e o *bullying*.

A atenção sexual indesejada é uma das dimensões do assédio sexual e inclui comportamentos verbais e não verbais caracterizados como ofensivos, indesejados, não recíprocos e de caráter sexual⁽¹¹⁾, podendo transmitir uma mensagem implicitamente coercitiva quando praticada por um chefe/supervisor que possui o poder de contratar, demitir e promover a carreira profissional.

Ameaças de violência incluem promessas de uso de força física ou de poder e resultam em medo, danos sexuais ou outras consequências negativas para a vítima⁽¹²⁾. A violência física envolve o uso da força física e inclui atos como bater, dar tapas, chutar, apunhalar, atirar, empurrar, morder e beliscar, resultando em danos físicos reais⁽¹³⁾. O *bullying*, também conhecido como assédio moral ou *mobbing*, refere-se às situações de assédio de caráter não sexual, ofensas, exclusão social ou prejuízos causados intencionalmente, de maneira recorrente e durante um determinado período⁽¹³⁾.

Dentre os fatores que contribuem para a ocorrência de comportamentos ofensivos no trabalho em saúde, destacam-se os organizacionais, como políticas restritivas, número insuficiente de trabalhadores, inexperiência profissional, falta de treinamentos⁽¹⁴⁾ e condições precárias de trabalho que impactam na redução da qualidade do atendimento. Aspectos relacionados aos agressores, como o perfil de doença do paciente e a ansiedade ou estresse de seus acompanhantes⁽¹⁵⁾ podem favorecer tais comportamentos e, frequentemente, são apontados pelos próprios trabalhadores para justificar as situações de violência e dirimir a culpa do agressor⁽⁶⁾.

A violência relacionada ao trabalho vem sendo naturalizada no cotidiano dos serviços de saúde e poucas medidas vêm sendo implementadas para seu enfrentamento, tratamento e prevenção⁽⁶⁾, mesmo sendo inúmeras as repercussões, que incluem o sofrimento físico e/ou psicológico e, ainda, aumentam os riscos à saúde mental dos trabalhadores⁽¹⁶⁾. A qualidade do cuidado também é afetada por este contexto, tendo em vista a redução da força do trabalho, seja por adoecimento ou desgaste da equipe⁽¹⁷⁾.

Apesar da relevância do tema, ainda são escassas as pesquisas sobre o assunto no cenário brasileiro^(6,14), especialmente considerando o contexto recente da pandemia de COVID-19, em que se observou maior esforço emocional e físico dos trabalhadores de saúde e condições mais precárias de trabalho⁽¹⁸⁾, sendo necessário um olhar mais atento a esta população.

A identificação precoce das diferentes formas de violência no ambiente laboral e de suas consequências oferece subsídios aos gestores para a proposição de medidas profiláticas e de controle destes eventos⁽¹⁹⁾. Nesse sentido, este estudo teve como objetivo avaliar a ocorrência de comportamentos ofensivos no trabalho, suas características e associação com o sexo, estresse, burnout e depressão em trabalhadores de saúde.

Método

Delineamento do estudo

O presente estudo transversal, descritivo e quantitativo, tem como base as recomendações do guia *Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES)*⁽²⁰⁾ e a pesquisa longitudinal *HEROES (HEalth conditions of healthcaRe wOrkErS)*⁽²¹⁾, que teve como objetivo avaliar os aspectos psicossociais relacionados ao trabalho, tais como: características de sono, sintomas musculoesqueléticos e depressão em trabalhadores de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

Local e período

A pesquisa do tipo *e-survey* abrangeu o território nacional, com dados coletados por meio do formulário eletrônico gratuito *Google Forms*, visando respeitar as restrições de contato impostas pela pandemia de COVID-19, no período de junho de 2021 a abril de 2022.

População e amostragem

O recrutamento dos potenciais participantes foi realizado por meio de canais da *internet*, de imprensa, de redes sociais e de *e-mails* disponíveis em sites institucionais. Duas pesquisadoras participaram de entrevistas em rádios locais (duas emissoras) e escreveram matérias para divulgação e nove estudantes (cinco de graduação e quatro de pós-graduação) produziram materiais para os perfis do projeto HEROES nas redes *Instagram*, *Facebook* e *YouTube*. Além disso, foram enviados *e-mails* aos hospitais públicos, às Secretarias e Unidades de Saúde e aos Órgão de Classe (Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia, Nutrição, Medicina) para divulgação.

Foram critérios de inclusão: ser trabalhador de serviços de saúde do SUS, com idade entre 18 e 60 anos e ter atuado em atividades assistenciais. A participação foi voluntária e sem incentivo financeiro. Foram excluídos estudantes, aposentados, respostas em duplicidade e dados inconsistentes. A amostra por conveniência foi composta por 125 pessoas.

Instrumentos

Foram utilizados três instrumentos: (i) um questionário sociodemográfico e laboral contendo questões relacionadas ao sexo, idade, estado civil, escolaridade, antecedentes de saúde, hábitos de vida e histórico laboral; (ii) a versão curta do *Copenhagen Psychosocial Questionnaire II*⁽²²⁻²³⁾, validado para a língua portuguesa falada no Brasil (COPSOQ II-Br), com valores de alfa de Cronbach entre 0,70 e 0,87⁽²²⁾ e (iii) o Inventário de Depressão de Beck II, validado para a língua portuguesa falada no Brasil (IDB-II) com alfa de Cronbach 0,93⁽²⁴⁾. Os três instrumentos foram inseridos no formulário eletrônico *Google Forms* e os participantes puderam revisar suas repostas e alterá-las, conforme iam respondendo às questões. A usabilidade e a funcionalidade técnica do formulário eletrônico foram testadas antes de sua divulgação.

O COPSOQ II é utilizado para avaliar os aspectos psicossociais no trabalho em diferentes populações, contribuindo para o aumento de estudos na área de Saúde do Trabalhador, sendo importante aliado aos programas de prevenção dos riscos psicossociais^(10,23). A versão curta do COPSOQ II-Br é composta por 40 questões, divididas em sete domínios: 1. Demandas de trabalho; 2. Organização e conteúdo do trabalho; 3. Relações interpessoais; 4. Interface trabalho-indivíduo; 5. Valores do local de trabalho; 6. Saúde e bem-estar; 7. Comportamentos ofensivos⁽²²⁾. As questões são pontuadas por meio de escala Likert

de cinco pontos, sendo o *score* calculado de acordo com o número de questões de cada domínio, em uma escala que varia de zero a oito pontos (variações de 0-3 pontos; 0-4 pontos; 0-6 pontos e 0-8 pontos). Os valores obtidos são classificados em “situação favorável para a saúde” (verde), “situação intermediária” (amarelo) e “risco para a saúde” (vermelho)⁽²²⁾. A dimensão 7 – comportamentos ofensivos é classificada de forma diferente, por conter opções dicotômicas, sendo que a resposta “sim” para, pelo menos, um tipo de comportamento ofensivo indica a presença de violência no trabalho. Esta investigação incluiu as dimensões *burnout* e estresse do COPSOQ II-Br, que fazem parte do domínio 6 - saúde e bem-estar e o domínio 7 - comportamentos ofensivos, composto por quatro dimensões: atenção sexual indesejada, ameaças de violência, violência física e *bullying*.

O IDB-II avalia os sintomas de depressão por meio de 21 questões autorreferidas⁽²⁴⁾. Para cada questão existe uma escala de quatro pontos, variando de zero a três, em que zero significa ausência de sintomas e três significa a presença de sintomas severos. O participante deve responder baseando-se nas últimas duas semanas, incluindo o dia da resposta. Se múltiplas declarações descreverem sua condição, ele deve assinalar a resposta de maior número. A pontuação total é calculada pela soma dos resultados das 21 questões, variando de zero a 63 pontos. A interpretação dos resultados baseia-se em intervalos de pontuação que indicam categorias específicas de depressão, sendo: zero a 13 pontos: sem depressão; 14 a 19 pontos: depressão média; 20 a 28: depressão moderada; 29 a 63: depressão severa⁽²⁴⁾.

Tratamento e análise dos dados

Foram analisados apenas os questionários preenchidos por completo. Utilizou-se a análise estatística descritiva para todas as variáveis, com auxílio do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 26.0 e por meio da linguagem R (versão 4.1.2).

Devido à natureza qualitativa dos dados, foi aplicado o teste Qui-quadrado para testar a associação entre os comportamentos ofensivos, sexo, risco de estresse e de *burnout* no trabalho.

Foi considerada variável de desfecho (dependente) o domínio 7 - comportamentos ofensivos do COPSOQ II Br, composto por quatro variáveis qualitativas nominais (dicotômicas). A resposta “sim” para qualquer uma das quatro dimensões já indica risco para a saúde (vermelho). As variáveis independentes foram extraídas do COPSOQ II Br domínio 6 – saúde e bem-estar, nas dimensões estresse e *burnout*, e do IDB-II – variáveis qualitativas categóricas, de acordo com classificação. A análise de regressão logística binomial testou a associação entre ter sofrido qualquer tipo de comportamento ofensivo (variável dependente) e as variáveis independentes: sexo; ter filhos (sim ou não); estresse (classificação risco para saúde - vermelho); *burnout* (classificação risco para saúde - vermelho) e sintomas de depressão

(escore total obtido - variável quantitativa discreta). O nível de significância adotado foi de 5%.

Aspectos éticos

O estudo atendeu aos requisitos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme as recomendações das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde n. 466/2012 e n. 510/2016, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob CAAE n. 39705320.9.0000.5504. Todos os participantes consentiram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de iniciarem os questionários.

Resultados

Participaram da pesquisa 125 profissionais de saúde, sendo a maioria do sexo feminino (83%), com idade média de 37,5 anos [Desvio-Padrão (DP)=8,3], autodeclarados brancos (71%), casados (57%), sem filhos (52%), com nível de escolaridade de pós graduação (63%), provenientes das seguintes categorias profissionais: enfermeiros (36,0%), técnicos/auxiliares de enfermagem (22,4%), fisioterapeutas (20,8%), médicos (6,4%), dentistas (3,2%) e outros profissionais (11,2%) (um agente comunitário de saúde, dois assistentes sociais, dois auxiliares de farmácia, um motorista de ambulância, um coordenador de atendimento domiciliar, dois fonoaudiólogos, dois nutricionistas, dois terapeutas ocupacionais e um psicólogo). Os participantes eram provenientes das regiões: sudeste (79,2%); sul (11,2%); nordeste (4,8%); centro oeste (3,2%) e norte (1,6%). A Tabela 1 apresenta características sociais e demográficas dos participantes conforme as categorias profissionais.

A maioria dos profissionais trabalhava em hospitais (49%), com carga horária semanal de quarenta horas (48%), regime contratual regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas (48%) e renda mensal de três a seis salários mínimos (SM) (39%). Trinta e um por cento declararam ter mais de um vínculo empregatício, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 1 - Características sociais e demográficas dos profissionais de saúde (n = 125). Brasil, 2021-2022

Características	Total (n=125)	Dentistas (n=4)	Fisioterapeutas (n=26)	Enfermeiros (n=45)	Técnicos/auxiliares de Enfermagem (n=28)	Médicos (n=8)	Outros (n=14)
Idade (anos)	37,5 (8,3)*	28,0 (6,2)*	36,3 (7,3)*	38,2 (7,3)*	39,4 (9,0)*	35,0 (11,3)*	37,4 (9,2)*

Sexo							
feminino	104 (83,2)	3 (75,0)	22 (84,6)	39 (86,7)	25 (89,3)	3 (37,5)	12 (85,7)
masculino	21 (16,8)	1 (25,0)	4 (15,4)	6 (13,3)	3 (10,7)	5 (62,5)	2 (14,3)
Cor/raça							
branca	82 (71,2)	2 (50,0)	20 (76,9)	33 (73,3)	18 (64,3)	6 (75,0)	10 (71,4)
parda	29 (23,2)	2 (50,0)	5 (19,3)	9 (20,0)	7 (25,0)	2 (25,0)	4 (28,6)
asiática	1 (0,8)	-	1 (3,8)	-	-	-	-
preta	6 (4,8)	-	-	3 (6,7)	3 (10,7)	-	-
Estado civil							
solteiro	41 (32,8)	2 (50,0)	9 (34,7)	15 (33,3)	7 (25,0)	3 (37,5)	5 (35,7)
casado	71 (56,8)	2 (50,0)	14 (53,8)	26 (57,8)	18 (64,3)	4 (50,0)	7 (50,0)
viúvo	2 (1,6)	-	1 (3,8)	1 (2,2)	-	-	-
separado/divorciado	11 (8,8)	-	2 (7,7)	3 (6,7)	3 (10,7)	1 (12,5)	2 (14,3)
Escolaridade							
ensino fundamental	2 (1,6)	-	-	-	1 (3,6)	-	1 (7,1)
ensino médio	22 (17,6)	-	-	-	20 (71,4)	-	2 (14,3)
ensino superior	22 (17,6)	1 (25,0)	6 (23,1)	5 (11,1)	5 (17,9)	3 (37,5)	2 (14,3)
pós-graduação	79 (63,2)	3 (75,0)	20 (76,9)	40 (88,9)	2 (7,1)	5 (62,5)	9 (64,3)
Filhos							
não possui filhos	65 (52,0)	3 (75,0)	17 (65,3)	19 (42,2)	11 (39,3)	7 (87,5)	8 (57,1)
possui filhos	60 (48,0)	1 (25,0)	9 (34,7)	26 (57,8)	17 (60,7)	1 (12,5)	6 (42,9)

*Média (desvio-padrão)

Tabela 2 - Características ocupacionais dos profissionais de saúde (n = 125). Brasil, 2021-2022

Características	Total (n=125)	Dentistas (n=4)	Fisioterapeutas (n=26)	Enfermeiros (n=45)	Técnicos/auxiliares de Enfermagem (n=28)	Médicos (n=8)	Outros (n=14)
Local de trabalho							
atenção primária	40 (32,0)	4 (100,0)	8 (30,8)	15 (33,3)	6 (21,4)	2 (25,0)	5 (35,7)

hospital	61 (48,8)	-	17 (65,4)	22 (49,0)	13 (46,4)	5 (62,5)	4 (28,7)
cuidado emergencial	12 (9,6)	-	-	4 (8,9)	6 (21,4)	-	2 (14,3)
cuidado ambulatorial	4 (3,2)	-	-	1 (2,2)	1 (3,6)	1 (12,5)	1 (7,1)
cuidado psicossocial	5 (4,0)	-	-	2 (4,4)	2 (7,2)	-	1 (7,1)
cuidado domiciliar	3 (2,4)	-	1 (3,8)	1 (2,2)	-	-	1 (7,1)
Tempo de trabalho							
menos de 6 meses	7 (5,6)	-	-	1 (2,2)	4 (14,3)	1 (12,5)	1 (7,1)
entre 6 a 12 meses	30 (24,0)	3 (75,0)	8 (30,8)	11 (24,4)	2 (7,2)	3 (37,5)	3 (21,5)
entre 2 a 5 anos	42 (33,6)	1 (25,0)	8 (30,8)	13 (28,9)	10 (35,7)	2 (25,0)	8 (57,2)
entre 6 a 10 anos	22 (17,6)	-	6 (23,1)	8 (17,8)	5 (17,9)	2 (25,0)	1 (7,1)
mais de 10 anos	24 (19,2)	-	4 (15,3)	12 (26,7)	7 (24,9)	-	1 (7,1)
Carga horária de trabalho semanal							
menos de 30h	6 (4,8)	-	2 (7,7)	-	1 (3,6)	1 (12,5)	2 (14,3)
30h	30 (24,0)	-	19 (73,1)	2 (4,4)	4 (14,3)	-	5 (35,7)
36h	21 (16,8)	-	1 (3,8)	11 (24,4)	8 (28,5)	-	1 (7,1)
40h	60 (48,0)	4 (100,0)	2 (7,7)	30 (66,8)	14 (50,0)	4 (50,0)	6 (42,9)
mais de 40h	8 (6,4)	-	2 (7,7)	2 (4,4)	1 (3,6)	3 (37,5)	-
Tipo de vínculo							
CLT*	60 (48,0)	2 (50,0)	11 (42,3)	25 (55,5)	11 (39,3)	5 (62,5)	6 (42,9)
funcionário público	52 (41,6)	1 (25,0)	10 (38,5)	17 (37,8)	15 (53,6)	2 (25,0)	7 (50,0)
prestador de serviços/terceirizado	13 (10,4)	1 (25,0)	5 (19,2)	3 (6,7)	2 (7,1)	1 (12,5)	1 (7,1)
Renda							
mais de 1 até 3 SM†	25 (20,0)	1 (25,0)	1 (3,8)	4 (8,9)	13 (46,4)	-	6 (42,9)
mais de 3 até 6 SM†	49 (39,2)	1 (25,0)	11 (42,3)	18 (40,0)	13 (46,4)	-	6 (42,9)
mais de 6 até 9 SM†	22 (17,6)	1 (25,0)	7 (27,0)	12 (26,7)	1 (3,6)	-	1 (7,1)
mais de 9 SM†	25 (20,0)	1 (25,0)	6 (23,1)	11 (24,4)	-	7 (87,5)	-
prefere não dizer	4 (3,2)	-	1 (3,8)	-	1 (3,6)	1 (12,5)	1 (7,1)
Mais de um vínculo empregatício	39 (31,2)	1 (25,0)	13 (50,0)	13 (28,9)	6 (21,4)	2 (25,0)	4 (28,7)

*CLT = Consolidação das Leis do Trabalho; †SM = Salário mínimo vigente em 2022 (R\$ 1.212,00, equivalentes a US\$ 249,38)

Grande parte dos profissionais (55%) referiu praticar atividade física, contudo, 59,2% apresentaram Índice de Massa Corporal (IMC) superior a 25 (sobrepeso e obesidade). Quarenta e dois por cento dos participantes relataram possuir alguma doença, porém, um número maior relatou uso de medicamentos (66%). O uso de tabaco foi mencionado por 11% dos participantes e 58% referiram nunca usar álcool ou usá-lo uma vez ou menos ao mês. A maioria não apresentou sintomas de depressão (54%), porém, chamou atenção a presença de risco de *burnout* e de estresse em grande parte da amostra (86% e 81%, respectivamente). A exposição a pelo menos um tipo de comportamento ofensivo foi relatada por 44% dos participantes, com destaque para técnicos/auxiliares de enfermagem (54%) e enfermeiros (51%). A Tabela 3 apresenta estes e outros dados do perfil de saúde dos participantes, conforme a categoria profissional.

Tabela 3 - Características de saúde dos profissionais de saúde (n = 125) e a ocorrência de sintomas de depressão e comportamentos ofensivos no trabalho. Brasil, 2021-2022

Características	Total (n=125)	Dentistas (n=4)	Fisioterapeu- tas (n=26)	Enfermeiros (n=45)	Técnicos/auxili- ares de Enfermagem (n=28)	Médicos (n=8)	Outros (n=14)
Prática de atividade física	69 (55,2)	3 (75,0)	16 (61,5)	24 (53,3)	10 (35,7)	8 (100,0)	8 (57,1)
IMC* (kg/m ²)	27 (5,9) [†]	25,0 (5,3) [†]	27,5 (7,5) [†]	27,3 (4,8) [†]	28,8 (6,7) [†]	25,2 (2,3) [†]	24,4 (4,6) [†]
abaixo do peso	1 (0,8)	-	1 (3,8)	-	-	-	-
normal	50 (40,0)	3 (75,0)	9 (34,6)	18 (40,0)	9 (32,1)	2 (25,0)	9 (64,3)
sobrepeso	41 (32,8)	-	8 (30,8)	12 (26,7)	11 (39,3)	6 (75,0)	4 (28,6)
obesidade	33 (26,4)	1 (25,0)	8 (30,8)	15 (33,3)	8 (28,6)	-	1 (7,1)
Refere alguma doença	53 (42,4)	-	9 (34,6)	19 (42,2)	17 (60,7)	5 (62,5)	3 (21,4)
Faz uso de medicamento	83 (66,4)	3 (75,0)	14 (53,8)	28 (62,2)	21 (75,0)	8 (100,0)	9 (64,3)
Tabagismo	14 (11,2)	-	2 (7,7)	3 (6,7)	5 (17,9)	-	4 (28,6)
Uso de álcool							
nunca	37 (29,6)	1 (25,0)	7 (26,9)	18 (40,0)	8 (28,6)	1 (12,5)	2 (14,3)
1 vez/mês ou menos	35 (28,0)	1 (25,0)	6 (23,1)	13 (28,9)	9 (32,1)	-	6 (42,9)
2 - 3 vezes/mês	33 (26,4)	-	9 (34,6)	9 (20,0)	6 (21,4)	4 (50,0)	5 (35,7)
2 - 3 vezes/semana ou mais	20 (16,0)	2 (50,0)	4 (15,4)	5 (11,1)	5 (17,9)	3 (37,5)	1 (7,1)
Depressão (IDB-II [‡])	13,0	11,5	9,0	13,0	14,0	12,5	12,5

	(5,0-18,0) [§]	(6,5-27,0) [§]	(2,0-14,8) [§]	(5,0-21,0) [§]	(10,0-21,0) [§]	(3,0-15,8) [§]	(2,8-16,3) [§]
sem depressão	68 (54,4)	3 (75,0)	16 (61,5)	24 (53,3)	13 (46,4)	5 (62,5)	7 (50,0)
depressão média	27 (21,6)	-	6 (23,1)	7 (15,6)	6 (21,4)	2 (25,0)	6 (42,9)
depressão moderada	20 (16,0)	-	4 (15,4)	9 (20,0)	5 (17,9)	1 (12,5)	1 (7,1)
depressão severa	10 (8,0)	1 (25,0)	-	5 (11,1)	4 (14,3)	-	-
Risco de <i>burnout</i>	107 (85,6)	3 (75,0)	21 (80,8)	40 (88,9)	24 (85,7)	7 (87,5)	12 (85,7)
Risco de estresse	101 (80,8)	3 (75,0)	19 (73,0)	38 (84,4)	21 (75,0)	7 (87,5)	13 (92,9)
Comportamentos ofensivos	55 (44,0)	2 (50,0)	7 (26,9)	23 (51,1)	15 (53,6)	4 (50,0)	4 (28,6)

*IMC = Índice de Massa Corporal; †Média (desvio-padrão); ‡(IDB-II) = Inventário de Depressão de Beck II; §Mediana (p25-p75).

Do total de participantes, 55 (44%) referiram ter sofrido um ou mais tipos de comportamentos ofensivos, totalizando 83 episódios que caracterizam a violência no trabalho (alguns participantes referiram mais de um tipo de comportamento, conforme apontado na Figura 1). As ameaças de violência foram os comportamentos ofensivos mais frequentes, relatadas por 32 profissionais (26%), mais frequente entre enfermeiros (33%; n=15), técnicos/auxiliares de enfermagem (36%; n=10) e médicos (38%; n=3). A atenção sexual indesejada foi relatada por 19 participantes (15%), sendo mais frequente em dentistas (25%; n=1) e enfermeiros (24%; n=11). A violência física atingiu 11 profissionais (8,8%), sendo mais relatada por técnicos/auxiliares de enfermagem (21%; n=6). Quanto ao *bullying*, 21 profissionais (17%) foram vítimas deste tipo de comportamento ofensivo, com destaque para dentistas (25%; n = 1) e técnicos/auxiliares de enfermagem (21%; n = 6).

A Tabela 4 apresenta o perfil dos agressores em relação ao tipo de comportamento ofensivo relatado pelos participantes. A maior parte dos comportamentos ofensivos foi praticado por pacientes, com exceção do *bullying*, provocado por colegas de trabalho (48%) e por supervisores (26%).

A análise de associação entre as dimensões do domínio 7 – comportamentos ofensivos apresentou resultados não significantes ($P>0,05$) em todas as comparações, significando que a ocorrência de um comportamento ofensivo não está associada à ocorrência de outros.

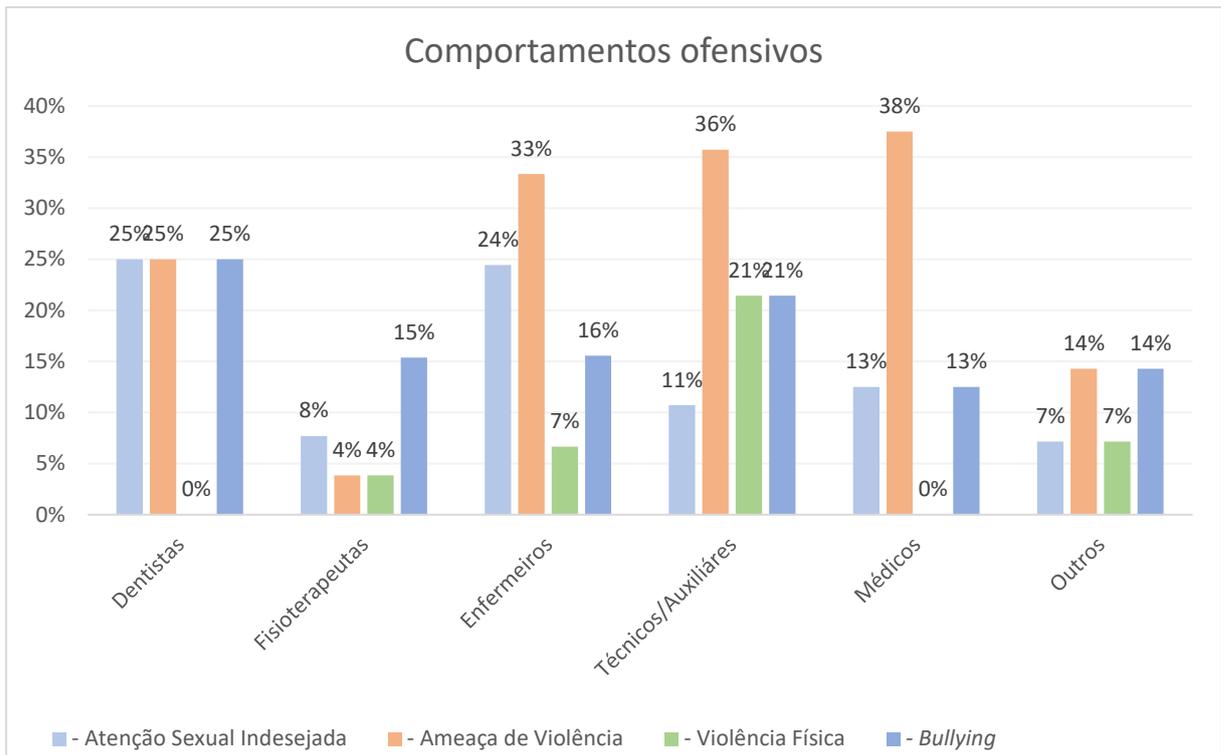


Figura 1 - Distribuição dos profissionais de saúde (n=125) expostos à atenção sexual indesejada, às ameaças de violência, à violência física e ao *bullying*. Brasil, 2021-2022

Tabela 4 - Distribuição do perfil dos agressores em relação ao tipo de comportamento ofensivo cometido aos profissionais de saúde. Brasil, 2021-2022

Comportamentos ofensivos	Pacientes	Colegas	Supervisores	Subordinados
Atenção sexual indesejada	59,1%	27,3%	13,6%	-
Ameaça de violência	75,7%	13,5%	5,4%	5,4%
Violência física	100%	-	-	-
<i>Bullying</i>	18,5%	48,2%	25,9%	7,4%

Não houve associação entre ameaças de violência e risco de *burnout* ($P>0,05$) e ameaças de violência e risco de estresse ($P>0,05$). Também, não houve associação significativa entre violência no trabalho e sexo ($p=0,32$), ou seja, este fenômeno independe do sexo. A análise de regressão logística confirmou parcialmente este achado, isto é, de que os comportamentos ofensivos não foram associados ao sexo feminino (OR: 1,34; IC 95%: 0,51-3,50; $p=0,55$), a ter filhos (OR: 0,64; IC 95%: 0,31-1,31; $p=0,22$) e não foram, também, associados ao estresse (OR: 2,20; IC 95%: 0,84-5,76; $p=0,11$). Por outro lado, a regressão indicou associação significativa ao *burnout* (OR: 4,73; IC 95%: 1,29-17,3; $p=0,02$) e aos sintomas de depressão (OR: 1,05; IC 95%: 1,01-1,10; $p=0,02$). Assim, o *burnout* aumentou em 4,73 vezes as chances de o

trabalhador sofrer comportamentos ofensivos no trabalho e a presença de sintomas depressivos aumentou em 1,05 vezes estas chances.

Discussão

A ocorrência de comportamentos ofensivos, ou seja, de diferentes formas de violência no trabalho, dirigidos aos trabalhadores de saúde do SUS, foi elevada, semelhante ao apontado em pesquisas internacionais^(3-6,25), reforçando a premência de se abordar tal problemática e intervir neste contexto.

Uma meta-análise com 78 artigos de diversas regiões do mundo, englobando 39.898 participantes, estimou a prevalência em 62% de violência no trabalho em saúde, praticada por pacientes e visitantes. A violência não física teve 43% de prevalência, sendo o abuso verbal a forma mais comum (58%), seguida de ameaças de violência (33%) e assédio sexual (12%); a violência física teve 24% de prevalência⁽⁵⁾. Os achados da presente investigação também apontaram maior prevalência de violência não física, como ameaças de violência (26%) e atenção sexual indesejada (15%); a violência física foi responsável por 8,8% dos casos.

A prevalência de *bullying* (17%) nesse estudo foi semelhante à encontrada em um estudo realizado com 2.810 profissionais de saúde (4 a 18%)⁽²⁶⁾ e um pouco inferior aos resultados de revisão de literatura, que incluiu 28 estudos internacionais (prevalência média de 26%) e indicou maior prevalência em médicos (32%) e enfermeiros (31%)⁽²⁷⁾, diferenciando-se deste estudo que encontrou maior prevalência em dentistas (25%) e técnicos/auxiliares de enfermagem (21%).

Outras pesquisas com quantitativo amostral semelhante a esta⁽²⁸⁻²⁹⁾ e superior^(6,30), que avaliaram diversos tipos de violência no trabalho, demonstraram elevada prevalência contra os trabalhadores de enfermagem, categoria mais exposta quando comparada aos outros profissionais da área da saúde⁽⁶⁾. Os achados desta pesquisa também apontaram os trabalhadores de enfermagem, especialmente os técnicos e auxiliares, como as vítimas mais vulneráveis às diferentes modalidades de violência.

Alguns fatores explicam a maior ocorrência de violência na enfermagem, como o contato direto e frequente com pacientes⁽³¹⁾, a angústia ou sofrimento dos agressores⁽³²⁾, o contexto estressante⁽³²⁾, as condições precárias de trabalho e o próprio desenvolvimento da profissão no contexto histórico-social⁽³³⁾. A prestação de assistência direta aos usuários nos diferentes serviços de saúde e a interação com demais membros da equipe favorecem o acesso a estes trabalhadores em momentos de queixas e conflitos⁽¹⁵⁾, sendo um alvo fácil para comportamentos abusivos.

Apesar de não ter sido um achado deste e de outro estudo⁽⁵⁾, a enfermagem está fortemente relacionada às situações de violência física, psicológica e sexual por ser uma profissão predominantemente feminina⁽³⁴⁾, com estudos que apontam a implicação do gênero em situações de violência, evidenciando que mulheres são mais expostas do que os homens^(2,6).

Uma revisão de literatura apontou que a violência verbal no trabalho contra médicos é mais prevalente do que violência física⁽³⁵⁾, corroborando os achados desta atual investigação. A violência contra os médicos é influenciada principalmente por fatores relacionados à insatisfação e ao baixo controle de impulsos dos pacientes e por fatores organizacionais, como problemas de infraestrutura, falha de comunicação e má administração⁽³⁵⁾.

Assim como os achados desta pesquisa, a maioria dos artigos cita o paciente como principal agressor^(6,16,30-31,36) nos diferentes tipos de violência, com exceção do *bullying* que, pela própria concepção, acaba sendo cometido por colegas de trabalho, seguido dos superiores⁽²⁶⁾.

A violência perpetrada por pacientes decorre do próprio perfil dos agressores, como características das patologias, gênero, idade, histórico de violência, alterações neurológicas, histórico de abuso de álcool/drogas, distúrbios mentais e *status* social e econômico, além das condições precárias dos serviços de saúde, que podem resultar na menor qualidade de atendimento e, inclusive, no agravamento do estado do paciente por falta de atendimento e/ou de recursos disponíveis para tratamento^(6,14-15).

Tais fatores, especialmente aqueles relacionados à patologia do paciente, são referidos pelos próprios trabalhadores para justificar, de maneira racional, as situações de violência e redimir a culpa do paciente^(6,14). Esse pensamento contribui para que a violência no trabalho em saúde seja normalizada, desestimulando sua notificação pelos trabalhadores e invisibilizando a situação crítica e o necessário enfrentamento pelos gestores⁽¹⁵⁾.

A violência no trabalho afeta a qualidade de vida e o bem-estar dos profissionais, contribuindo para o aumento dos níveis de ansiedade, raiva, depressão e sentimento de culpa⁽⁴⁾. A violência no trabalho pode gerar consequências para as próprias instituições de saúde, por conta do absenteísmo decorrente de acidentes ou doenças de trabalho relacionados à violência, *burnout* e diminuição da satisfação no trabalho, que geram impactos na qualidade do cuidado, nos orçamentos e aumento dos custos das instituições⁽⁴⁾.

Um número expressivo de participantes apresentou risco de *burnout* (86%) e de estresse (81%) nesta pesquisa, sendo que o *burnout* aumentou em quase cinco vezes as chances de o trabalhador sofrer comportamentos ofensivos. Uma revisão de literatura também encontrou

associação entre a exposição ao *bullying* e ao *burnout*, à depressão, ao estresse psicológico, à ansiedade, entre outros prejuízos à saúde mental⁽²⁷⁾. Por outro lado, uma revisão de literatura identificou relação inversa, associando a violência no trabalho com as maiores incidências de *burnout*, menor satisfação no trabalho, menor segurança do paciente, depressão, ansiedade e outras consequências adversas⁽⁴⁾.

Uma investigação com 539 enfermeiros de saúde mental observou a presença de altos níveis de estresse ocupacional e de exposição à violência no trabalho, sugerindo que a violência no trabalho pode, ainda, contribuir para agravar o nível de estresse ocupacional, principalmente em longo prazo⁽³⁷⁾.

Esta pesquisa encontrou associação entre a ocorrência de comportamentos ofensivos e sintomas de depressão, achado de uma revisão de literatura⁽³⁸⁾ e de estudo chinês com 3.426 profissionais de saúde; este último, além disso, observou que ser enfermeiro e possuir alguma doença são fatores de risco associados à depressão⁽³⁾.

Não só a violência como também outros fatores de riscos psicossociais estão associados ao risco de *burnout* e de depressão entre os profissionais de saúde, tais como cargas horárias exaustivas, carência de recursos materiais, o medo de ser infectado e de infectar outras pessoas, exposição às mortes em larga escala e comprometimento do sono⁽³⁹⁾, aspectos intensificados nos dois primeiros anos da pandemia de COVID-19, contexto da coleta de dados. Por sua vez, o risco de *burnout* (que acontece em decorrência do estresse ocupacional) e de depressão colaboram para aumento da violência no trabalho, gerando um movimento cíclico que precisa ser interrompido.

Este estudo possui algumas limitações. Apesar das inúmeras estratégias de recrutamento em todo o território nacional, o pequeno tamanho amostral e a baixa representatividade geográfica não sustentam a generalização para um país continental e diversificado como o Brasil. Reconhece-se a possibilidade de viés de seleção, uma vez que a divulgação foi feita por meio de mídias digitais e a coleta de dados por meio eletrônico, restringindo o acesso e participação de parte da população-alvo (não houve tratamento dos possíveis vieses).

Apesar das limitações, os achados possibilitam a reflexão sobre o impacto da violência na saúde dos trabalhadores, trazendo conhecimento sobre as características relacionadas à violência em diferentes categorias profissionais e sua associação com o *burnout* e a depressão, importantes fatores de risco que necessitam de atenção, especialmente em face das consequências trazidas pela pandemia de COVID-19, que acentuaram fragilidades já existentes nos serviços de saúde. Esses achados podem incentivar não só a notificação e

denúncias de situação de violência contra os profissionais de saúde, como também impulsionar o desenvolvimento de ações voltadas ao combate e à prevenção dessas situações pelos gestores, considerando, principalmente, os fatores de risco destacados, o perfil dos agressores e as particularidades de cada categoria profissional, a fim de evitar o crescente aumento da violência no trabalho, bem como promover ações voltadas ao acolhimento da vítima de agressão, incluindo apoio psicológico e organizacional.

Conclusão

A ocorrência de comportamentos ofensivos direcionados aos trabalhadores do SUS é frequente e característica, sendo as ameaças de violência o tipo de comportamento mais comum e que constitui, portanto, um problema prioritário no planejamento de medidas para seu enfrentamento e prevenção.

Os achados apontam a relevância de compreender-se os aspectos psicossociais relacionados à organização do trabalho que favorecem a maior exposição da equipe de enfermagem e a agressão realizada principalmente por pacientes, para o mapeamento de estratégias eficazes contra a violência de trabalho em saúde. É urgente a adoção de medidas que inibam as práticas ofensivas entre colegas de trabalho e nos diferentes níveis hierárquicos, no sentido de construir-se um ambiente de trabalho saudável e colaborativo.

A associação entre a ocorrência de comportamentos ofensivos, o *burnout* e os sintomas depressivos sinaliza a necessidade de maior atenção à saúde mental dos trabalhadores, especialmente considerando-se as consequências geradas e agravadas pelo contexto da pandemia de COVID-19 com o intuito de, também, reduzir a violência ocupacional. Em pesquisas futuras, recomenda-se a avaliação de instrumentos desenvolvidos para a prevenção e combate da violência relacionada ao trabalho em saúde.

Referências

1. Martínez MM, Fernández-Cano MI, Feijoo-Cid M, Serrano CL, Navarro A. Health outcomes and psychosocial risk exposures among healthcare workers during the first wave of the COVID-19 outbreak. *Saf Sci.* 2022;145:105499. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2021.105499>
2. Escribano RB, Beneit J, Garcia JL. Violence in the workplace: some critical issues looking at the health sector. *Heliyon.* 2019;5(3):e01283. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e01283>

3. Wang H, Zhang Y, Sun L. The effect of workplace violence on depression among medical staff in China: the mediating role of interpersonal distrust. *Int Arch Occup Environ Health*. 2021;94(3):557-64. <https://doi.org/10.1007/s00420-020-01607-5>
4. Mento C, Silvestri MC, Bruno A, Muscatello MRA, Cedro C, Pandolfo G, et al. Workplace violence against healthcare professionals: a systematic review. *Aggress Violent Behav*. 2020;51:101381. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101381>
5. Liu J, Gan Y, Jiang H, Li L, Dwyer T, Lu K, et al. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med*. 2019;76(12):927-37. <https://doi.org/10.1136/oemed-2019-105849>
6. Dal Pai D, Sturbelle CS, Santos C, Tavares JP, Lautert L. Physical and psychological violence in the workplace of healthcare professionals. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(1):e2420016. <https://doi.org/10.1590/0104-07072018002420016>
7. Cai J, Qin Z, Wang H, Zhao X, Yu W, Wu S, et al. Trajectories of the current situation and characteristics of workplace violence among nurses: a nine-year follow-up study. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):1-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07245-y>
8. Bellizzi S, Pichierri G, Farina G, Cegolon L, Abdelbaki W. Violence against healthcare: a public health issue beyond conflict settings. *Am J Trop Med Hyg*. 2022;106(1):15-6. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.21-0979>
9. International Labour Office. Violence and Harassment Convention (No. 190) [Internet]. 2019 [cited 2022 Feb 1]. Available from: https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_COD E:C190
10. Pejtersen JH, Kristensen TS, Borg V, Bjorner JB. The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Scand J Public Health Suppl*. 2010;38(3): 8-24. <https://doi.org/10.1177/1403494809349858>
11. Fitzgerald LF, Gelfand MJ, Drasgow F. Measuring sexual harassment: theoretical and psychometric advances. *Basic Appl Soc Psych*. 1995;17(4):425-45. https://doi.org/10.1207/s15324834basp1704_2
12. International Labour Office; International Council of Nurses; World Health Organization. Public Services International. Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector [Internet]. Geneva: International Labour Office; 2002 [cited 2022 Feb 1]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42617>
13. International Labour Office. Work-related violence and its integration into existing surveys [Internet]. 19th International Conference of Labour Statisticians. Geneva: International Labour

- Office; 2013 Oct 2-11; Geneva, Switzerland [cited 2022 Feb 1]. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---stat/documents/meetingdocument/wcms_222231.pdf
14. Monteiro C, Passos J. Violence and health professionals at the psychiatric hospital. *Rev Port Enferm Saude Mental*. 2019;21(1647-2160):54-61. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0238>
 15. Faghihi M, Farshad A, Abhari MB, Azadi N, Mansourian M. The components of workplace violence against nurses from the perspective of women working in a hospital in Tehran: a qualitative study. *BMC Womens Health*. 2021;21(1):1-13. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01342-0>
 16. Silva RF Junior, Gusmão ROM, Araújo DD, Cardoso DS, Castro LM, Silva CSO. Violence at work against nursing workers and their imbrications with mental health. *Rev Enferm Centro-Oeste Mineiro*. 2021;11. <https://doi.org/10.19175/recom.v11i0.4055>
 17. Silva BA, Teles VR, Tavares MM. The interference of violence in the nursing work routine. *Res Soc Dev*. 2020;9(8):e765985636. <https://doi.org/10.33448/rsd.v9i8.5636>
 18. Teixeira CFS, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto ICM, Andrade LR, et al. The health of healthcare professionals coping with the Covid-19 pandemic. *Cienc Saude Colet*. 2020;25:3465-74. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>
 19. Aoki RN, Guirardello EB. Bullying in the nursing work environment: integrative review. *Rev Gaucha Enferm*. 2019;40:e20190176. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190176>
 20. Eysenbach G. Improving the Quality of Web Surveys: The Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). *J Med Internet Res*. 2004;6(3):e34. <https://doi.org/10.2196%2Fjmir.6.3.e34>
 21. Sato TO, Faria BSF, Albuquerque BB, Silva FL, Rohwedder LS, Azevedo RT, et al. Poor health conditions among Brazilian healthcare workers: the study design and baseline characteristics of the HEROES cohort. *Healthcare*. 2022;10(10):2096. <https://doi.org/10.3390/healthcare10102096>
 22. Gonçalves JS, Moriguchi CS, Chaves TC, Sato TO. Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the short version of COPSOQ II-Brazil. *Rev Saude Publica*. 2021;55:69. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003123>
 23. Kristensen TS, Hannerz H, Høgh A, Borg V. The Copenhagen Psychosocial Questionnaire: a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scand J Work Environ Health*. 2005;31(6):438-49. <https://doi.org/10.5271/sjweh.948>

24. Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Lotufo F Neto, Andrade LH, Wand YP. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012;34(4):389-94. <https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.03.005>
25. Harthi M, Olayan M, Abugad H, Wahab MA. Workplace violence among health-care workers in emergency departments of public hospitals in Dammam, Saudi Arabia. *East Mediterr Health J.* 2020;26(12):1473-81. <https://doi.org/10.26719/emhj.20.069>
26. Rahm G, Rystedt I, Wilde-Larsson B, Nordstrom G, Strandmark M. Workplace bullying among healthcare professionals in Sweden: a descriptive study. *Scand J Caring Sci.* 2019;33(3):582-91. <https://doi.org/10.1111/scs.12633>
27. Lever I, Dyball D, Greenberg N, Stevelink SAM. Health consequences of bullying in the healthcare workplace: a systematic review. *J Adv Nurs.* 2019;75(12):3195-209. <https://doi.org/10.1111/jan.13986>
28. Adams EA, Darj E, Wijewardene K, Infanti JJ. Perceptions on the sexual harassment of female nurses in a state hospital in Sri Lanka: a qualitative study. *Glob Health Action.* 2019;12(1):1560587. <https://doi.org/10.1080/16549716.2018.1560587>
29. Queiroz AAO, Barreto FA. Violence against nursing workers in hospital settings: theoretical considerations. *Rev Enferm UFPE On Line.* 2021;15(1):1-12. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.246472>
30. Honarvar B, Ghazanfari N, Shahraki HR, Rostami S, Lankarani KB. Violence against nurses: a neglected and healththreatening epidemic in the university affiliated public hospitals in Shiraz, Iran. *Int J Occup Environ Med.* 2019;10(3):111-23. <https://doi.org/10.15171/ijoem.2019.1556>
31. Busnello GF, Trindade LL, Dal Pai D, Brancalione D, Calderan MM, Bauermann KB. Facing violence in nursing work hospital context and primary health care. *Enferm Glob.* 2021;20(62):216-53. <https://doi.org/10.6018/eglobal.425181>
32. Yagil D, Dayan H. Justification of aggression against nurses: the effect of aggressor distress and nurse communication quality. *J Adv Nurs.* 2019;76(2):611-20. <https://doi.org/10.1111/jan.14269>
33. Scaramal DA Haddad MCFL, Garanhani ML, Galdino MJQ, Pissinati PSC. The meaning of physical violence at the workplace for nursing workers within family and social dynamics. *Cienc Cuid Saúde.* 2017;16(2). <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v16i2.34532>
34. Amorim MC, Sillero LS, Pires AS, Gomes HF, Paula GS, Sampaio CEP, et al. Violence at work from the perspective of nursing professionals. *Rev Enferm Atual In Derme.* 2021;95(34):e-021067. <https://doi.org/10.31011/reaid2021-v.95-n.34-art.1068>

35. Kumari A, Kaur T, Chopra S, Sarkar S, Baitha U. Workplace violence against doctors: characteristics, risk factors, and mitigation strategies. *J Postgrad Med.* 2020;66(3):149. https://doi.org/10.4103/jpgm.JPGM_96_20
36. Babiarczyk B, Turbiarz A, Tomagová M, Zeleníková R, Önler E, Sancho Cantus D. Reporting of workplace violence towards nurses in 5 European countries: a cross-sectional study. *Int J Occup Environ Med.* 2020;33(3):325-38. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01475>
37. Yao X, Shao J, Wang L, Zhang J, Zhang C, Lin Y. Does workplace violence, empathy, and communication influence occupational stress among mental health nurses? *Int J Ment Health Nurs.* 2021;30(1):177-88. <https://doi.org/10.1111/inm.12770>
38. Rudkjoebing LA, Bungum AB, Flachs EM, Eller NH, Borritz M, Aust B, et al. Work-related exposure to violence or threats and risk of mental disorders and symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Scand J Work Environ Health.* 2020;46(4):339-49. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3877>
39. Borges FES, Aragão DFB, Borges FES, Borges FES, Sousa ASJ, Machado ALG. Burnout-related factors in health professionals during the Covid-19 pandemic: an integrative review. *Rev Enferm Atual In Derme.* 2021;95(33). <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.94-n.32-art.835>