

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

CIBELE DOS SANTOS

**VIOLÊNCIA NO TRABALHO DA ENFERMAGEM E A PERCEPÇÃO DE
CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: um estudo multicêntrico de
métodos mistos**

Porto Alegre

2019

CIBELE DOS SANTOS

**VIOLÊNCIA NO TRABALHO DA ENFERMAGEM E A PERCEPÇÃO DE
CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: um estudo multicêntrico de
métodos mistos**

Dissertação Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Escola de Enfermagem
da Universidade Federal do Rio Grande
do Sul

Área de Concentração: Políticas e
Práticas em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Gestão em saúde e
enfermagem e organização do trabalho.

Eixo Temático: Gestão/Gerenciamento
de Serviços de Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Daiane Dal Pai

Porto Alegre

2019

CIP - Catalogação na Publicação

dos Santos, Cibele

VIOLÊNCIA NO TRABALHO DA ENFERMAGEM E A PERCEPÇÃO
DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: um estudo
multicêntrico de métodos mistos / Cibele dos Santos.

-- 2019.

115 f.

Orientador: Daiane Dal Pai.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS,
2019.

1. Enfermagem. 2. Violência. 3. Saúde do
Trabalhador. 4. Cultura de Segurança do Paciente. I.
Dal Pai, Daiane, orient. II. Título.

CIBELE DOS SANTOS

VIOLÊNCIA NO TRABALHO DA ENFERMAGEM E A PERCEPÇÃO DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: UM ESTUDO MULTICÊNTRICO DE MÉTODOS MISTOS

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 29 novembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Daiane Dal Pai

Presidente da Banca – Orientadora

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Juliana Petri Tavares

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Letícia de Lima Trindade

Membro da banca

UDESC



Profa. Dra. Cassiana Gil Prates

Membro da banca

Hospital Ernesto Dornelles

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me guiar sempre no melhor caminho, no caminho do bem, me fazendo ser luz, mesmo em dias nublados.

Agradeço minha principal incentivadora neste processo, a minha inspiração diária, a minha mestre e orientadora Daiane Dal Pai, se eu não tivesse você como minha parceira nesta jornada, nada seria possível. Obrigada pela compreensão, pela parceria, pelos puxões de orelha, pelos conselhos e pelos infinitos aprendizados. Obrigada é pouco por tanto que tenho a te agradecer! Agradeço especialmente, ao meu amor, Cyro Cunha, meu parceiro de vida há oito anos e dez meses. Obrigada por ser meu equilíbrio, meu companheiro, meu amigo, o meu abrigo! Te amo para todo o sempre! Já podemos marcar a data do casório!

Agradeço a minha família pelo incentivo, ao meu pai que sempre acreditou em mim e me dizia desde pequena que eu tenho “uma veia poética”, que eu escrevo bem, e que meu destino é ser professora. A minha amada mãe por todo auxílio prestado diariamente a mim. Meus irmãos, meus exemplos, sem vocês eu com certeza nem teria começado a graduação, vocês são meu espelhos. Tem forma melhor de ser influente assim na vida de alguém?

Às minhas queridas cunhadas e meus amados sobrinhos, que me proporcionam alegria diária. Meu coração chega a bater mais forte só de pensar nestas ricas carinhas!

À UFRGS por todos esses anos de ensino público de qualidade.

Aos meus amigos que não desistiram de mim, por eu estar sempre indisponível, em meio à turbulência de se ter uma amiga que trabalha e faz mestrado.

A todos os trabalhadores de enfermagem, principalmente à aqueles que participam do estudo, contribuindo para evolução da ciência brasileira, para melhores condições do trabalho no setor saúde e qualificação da assistência. Agradeço também aos trabalhadores que tive e tenho a honra de compartilhar minhas jornadas de trabalho, vocês são demais!

Muito obrigada!

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar a relação entre violência no trabalho da enfermagem e a cultura de segurança do paciente em hospitais da região sul do país. Desenvolveu-se um estudo de método misto, do tipo sequencial explanatório. Na primeira etapa (quantitativa) da investigação foram mensuradas as características demográficas e laborais dos trabalhadores, a ocorrência da violência nos últimos 12 meses por meio do *Hospital Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector* e a percepção da cultura de segurança do paciente, por meio do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. A seleção dos trabalhadores (n=389) foi realizada por meio de sorteio aleatório proporcional ao estrato das categorias profissionais. Na segunda etapa (qualitativa) do estudo foram entrevistados 33 sujeitos vítimas de violência, selecionados intencionalmente para responder à entrevista semiestruturada e definidos por saturação dos dados. Utilizou-se estatística descritiva e analítica para os dados quantitativos, considerando estatisticamente significativo $p \leq 0,05$. Os dados qualitativos foram submetidos a análise temática, e sequencialmente, foram articulados e confrontados aos dados quantitativos. Aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (nº 713.728). Prevaleram mulheres (83,3%), com idade média de 44 anos ($\pm 9,5$), experiência de 15 anos ($\pm 9,2$) no setor saúde e auxiliares e técnicos de enfermagem representaram 74,5% dos trabalhadores. A violência no trabalho foi referida por 51,8% dos participantes. A agressão verbal foi o tipo de violência mais prevalente (40,8%), seguido de assédio moral (21,1%), discriminação racial (2,9%) e assédio sexual (2,7%). Pacientes e acompanhantes somam os maiores percentuais como praticantes da violência no trabalho, exceto para o assédio moral, o qual foi perpetrado principalmente de chefia e colegas. A violência a trabalhadores de enfermagem se manifesta por meio de opressões, xingamentos, ameaças, empurrões, tapas, socos e até mesmo arremessos de objetos. As pessoas agredidas se sentiram humilhadas, menosprezadas, inseguras, desconfortáveis e envergonhadas diante dos episódios de violência. Na avaliação da percepção da cultura de segurança do paciente, a dimensão “aprendizagem organizacional e melhoria contínua” foi considerada como “área forte” para a segurança do paciente (>75% de respostas positivas). Os

trabalhadores que sofreram violência avaliam pior a percepção da cultura de segurança do paciente em 11 dimensões ($p \leq 0,05$). Na análise de regressão múltipla das 12 dimensões a avaliadas, dez obtiveram influência direta da variável sobre a experiência da violência no local de trabalho e duas obtiveram influência com os escores que avaliaram o nível de preocupação da violência no trabalho. Os participantes relataram que sofrer violência no local de trabalho interfere na comunicação, nas relações interpessoais, na continuidade e na qualidade do cuidado. Diante dos resultados consideram-se urgentes ações de prevenção da violência no espaço laboral, fornecer treinamento à equipe para melhorar as habilidades de comunicação e adotar estratégias de resolução de conflitos, acompanhados de esforços para implementação de um ambiente de prática segura e livre de danos.

Descritores: Violência. Saúde do Trabalhador. Enfermagem. Violência Laboral. Gestão de Segurança. Segurança do Paciente. Cultura.

Título: Violência no trabalho da enfermagem e a percepção de cultura de segurança do paciente: um estudo multicêntrico de métodos mistos.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the relationship between violence in nursing work and the culture of patient safety in hospitals in the southern region of the country. A mixed method study, of the explanatory sequential type, was developed. In the first (quantitative) stage of the investigation, the demographic and labor characteristics of the workers were measured, the occurrence of violence in the last 12 months through the Hospital Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector and the perception of the patient's safety culture, through the Hospital Survey on Patient Safety Culture instrument. The selection of workers (n=389) was carried out by random drawing proportional to the stratum of professional categories. In the second (qualitative) stage of the study, 33 subjects who were victims of violence were interviewed, intentionally selected to respond to the semi-structured interview and defined by data saturation. Descriptive and analytical statistics were used for the quantitative data, considering statistically significant $p < 0.05$. Qualitative data were subjected to thematic analysis, and sequentially, they were articulated and compared to quantitative data. Approved by the Ethics and Research Committee (nº 713,728). Women (83.3%) prevailed, with an average age of 44 years (+9.5), experience of 15 years (+9.2) in the health sector and nursing assistants and technicians represented 74.5% of workers. Workplace violence was reported by 51.8% of participants. Verbal aggression was the most prevalent type of violence (40.8%), followed by moral harassment (21.1%), racial discrimination (2.9%) and sexual harassment (2.7%). Patients and companions account for the highest percentages as practitioners of violence at work, except for bullying, which was mainly perpetrated by bosses and colleagues. Violence against nursing workers manifests itself through oppression, cursing, threats, shoving, slapping, punching and even throwing objects. The battered people felt humiliated, despised, insecure, uncomfortable and ashamed in the face of episodes of violence. In assessing the perception of the patient safety culture, the dimension "organizational learning and continuous improvement" was considered as a "strong area" for patient safety (> 75% of positive responses). Workers who suffered violence rated the perception of the patient safety culture worse in 11

dimensions ($p < 0.05$). In the multiple regression analysis of the 12 dimensions to be evaluated, ten obtained influence of the variable on the experience of violence in the workplace and two obtained influence with the scores that assessed the level of concern about violence at work. Participants reported that suffering violence in the workplace interferes with communication, interpersonal relationships, continuity and quality of care. In view of the results, urgent actions to prevent violence in the workplace are considered urgent, provide training to the team to improve communication skills and adopt conflict resolution strategies, accompanied by efforts to implement a safe and harm-free practice environment.

Descriptors: Violence. Occupational Health. Nursing. Workplace Violence. Safety Culture. Patient Safety. Culture.

Title: Nursing work violence and the perception of patient safety culture: a multicenter mixed methods study.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 – Categorias formadas a partir do agrupamento dos principais temas encontrados na análise das entrevistas.....	38
FIGURA 1 – Distribuição de trabalhadores expostos e não expostos à violência em hospitais da região sul do país. Porto Alegre/RS, 2019.....	45
FIGURA 2 - Distribuição da violência sofrida pelos trabalhadores de enfermagem, segundo seus subtipos, em hospitais do sul do país. Porto Alegre/RS, 2019.....	46
FIGURA 3 - Distribuição dos perpetradores de violência física a trabalhadores de enfermagem, em hospitais do sul do sul do país. Porto Alegre/RS, 2019.....	48
FIGURA 4 – Distribuição dos perpetradores de violência verbal a trabalhadores de enfermagem, em hospitais do sul do país. Porto Alegre/RS, 2019.....	49
FIGURA 5 - Distribuição dos perpetradores de assédio moral a trabalhadores de enfermagem, em hospitais do sul do país. Porto Alegre/RS, 2019.....	51
FIGURA 6 – Distribuição dos perpetradores de assédio sexual a trabalhadores de enfermagem, em hospitais do sul do país. Porto Alegre/RS, 2019.....	52
FIGURA 7 – Distribuição dos perpetradores de discriminação racial a trabalhadores de enfermagem, em hospitais do sul do país. Porto Alegre/RS, 2019.....	53
FIGURA 8 – Percentual médio de respostas positivas sobre doze dimensões sobre a percepção de cultura de segurança do paciente em hospitais do sul do país. Porto Alegre/RS, 2019.....	55

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Distribuição dos participantes do estudo segundo características demográficas e laborais. Porto Alegre/RS, 2019.....	42
TABELA 2 – Distribuição dos participantes da entrevista segundo sexo e categoria profissional. Porto Alegre/RS, 2019.....	44
TABELA 3 - Distribuição dos trabalhadores expostos e não expostos a violência no trabalho, segundo as dimensões avaliadas para cultura de segurança do paciente, em hospitais do sul do país. Porto Alegre/RS, 2019.....	57
TABELA 4 – Modelo de regressão linear múltipla para dimensão 1 – Trabalho em equipe. Porto Alegre/RS, 2019.....	61
TABELA 5 - Modelo de regressão linear múltipla para dimensão 2 - Expectativa sobre o líder. Porto Alegre/RS, 2019.....	61
TABELA 6 – Modelo de regressão linear múltipla para dimensão 3 – Aprendizado organizacional . Porto Alegre/RS, 2019.....	62
TABELA 7 - Modelo de regressão linear múltipla para dimensão 4 – Apoio da gestão. Porto Alegre/RS, 2019.....	63
TABELA 8 - Modelo de regressão linear múltipla para dimensão 5 – Percepção geral para segurança do paciente. Porto Alegre/RS, 2019.....	63
TABELA 9 - Modelo de regressão linear múltipla para dimensão 6 – Retorno da informação. Porto Alegre/RS, 2019.....	64
TABELA 10 - Modelo de regressão linear múltipla para dimensão 7 – Domínio da comunicação. Porto Alegre/RS, 2019.....	65
TABELA 11 - Modelo de regressão linear múltipla para dimensão 8 – Frequência de relato de eventos. Porto Alegre/RS, 2019.....	65
TABELA 12 - Modelo de regressão linear múltipla para dimensão 9 – Trabalho em equipe entre as unidades do hospital. Porto Alegre/RS, 2019.....	66
TABELA 13 - Modelo de regressão linear múltipla para dimensão 10 – Adequação de profissionais. Porto Alegre/RS, 2019.....	67
TABELA 14 - Modelo de regressão linear múltipla para dimensão 11 – Passagem de plantão. Porto Alegre/RS, 2019.....	67
TABELA 15 - Modelo de regressão linear múltipla para dimensão 12 – Respostas não punitivas aos erros. Porto Alegre/RS, 2019.....	68

TABELA A - Distribuição do percentual médio de respostas positivas das dimensões e itens componentes da cultura de segurança do paciente em hospitais do sul do país. Porto Alegre/RS, 2019.....	108
---	-----

LISTA DE ABREVEATURAS

ANA – *American Nurses Association*

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

COMPESQ – Comissão de Pesquisa

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

DP – Desvio Padrão

EUA – Estados Unidos da America

FAPERGS – Fundo de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul

GISO – Grupo Interdisciplinar de Saúde Ocupacional

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

HSPSC – *Hospital Survey on Patient Safety Culture*

ICN – *International Council of Nurses*

IIQ – Intervalos Interquartílicos

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OSHA – *Occupational Safety and Health Administration*

PNSP – Programa Nacional da Segurança do Paciente

PSI – *Public Services International*

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

TCLE – Termo de consentimento Livre e Esclarecido

UDESC – Universidade do Estado de Santa Catarina

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 OBJETIVOS.....	23
2.1 Objetivo Geral.....	23
2.2 Objetivos Específicos.....	23
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	24
3.1 Trabalho da Enfermagem no Contexto Hospitalar.....	24
3.2 Violência no Trabalho em Saúde.....	26
3.3 Segurança do Paciente.....	28
4 MÉTODO.....	32
4.1 Tipo de Estudo.....	32
4.2 Campo do Estudo.....	32
4.3 População e Amostra.....	33
4.4 Coleta de Dados.....	34
4.5 Análise dos Dados.....	36
4.6 Aspectos Éticos.....	39
5 RESULTADOS.....	41
5.1 Caracterização dos Trabalhadores participantes do Estudo.....	41
5.2 Violência Perpetrada a Trabalhadores de Enfermagem em Instituições de saúde do Sul do País.....	44
5.3 Avaliação da Percepção da Cultura de Segurança do Paciente e as Implicações da Violência no Trabalho da Enfermagem.....	54
6 DISCUSSÃO.....	69
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
REFERÊNCIAS.....	83
ANEXO A.....	93
ANEXO B.....	100
ANEXO C.....	103
ANEXO D.....	104
ANEXO E.....	105
APÊNDICE A.....	106
APÊNDICE B.....	107
APÊNDICE C.....	108

ANEXO F112

1 INTRODUÇÃO

O hospital é uma complexa organização humana que requer intensa interação social. Em um mesmo ambiente reúne uma gama de profissionais das mais variadas áreas, com diversos tipos de vínculos, tratando de assuntos ligados à manutenção da vida e da saúde. Sua especificidade em relação a outros campos de produção é ser compreendido como aquele no qual se processa o cuidado profissional aos seres humanos, onde um mínimo de descuido pode gerar um grave dano para a pessoa que está sendo cuidada. Sendo assim, desenvolver o trabalho no setor saúde representa um grande desafio diário para todos os seus trabalhadores (PINHEIRO; JUNIOR, 2017; LEAL; MELO, 2018, OLIVEIRA et al, 2016).

O trabalho em saúde tem a característica de ser desenvolvido no coletivo, executado por diferentes trabalhadores e articulado por meio de hierarquia. Os profissionais que atuam nesse campo devem cooperar para executar a prestação de serviços de saúde por meio de atividades especializadas, demarcadas pela divisão técnica e social do trabalho (LEAL; MELO, 2018).

Embora o cuidado em saúde não se caracterize em uma especificidade do trabalho da enfermagem, este se distingue em relação ao trabalho dos demais profissionais da saúde (LEAL; MELO, 2018). O trabalhador de enfermagem é diretamente produtor das ações assistenciais, ações estas que devem buscar máxima qualidade, incluindo a competência técnico-científica, comunicativa e ética. Porém, a tensão nas relações profissionais, pode comprometer a qualidade da assistência de enfermagem.

Dentre os fatores estressantes no trabalho em saúde, a falta de comunicação e compreensão, relacionamento com os familiares e o ambiente físico das unidades, são os fatores que mais frequentemente são citados como estressantes, como mostrou estudo realizado com enfermeiros no oriente médio (ALBASHTAWY; ALJEZAWI, 2016).

Portanto, pode-se dizer que os trabalhadores da saúde atuam em ambientes estressantes, como no atendimento aos indivíduos em instabilidade fisiológica ou psicológica que eleva potencialmente esses espaços para a ocorrência de agressões físicas e psicológicas aos trabalhadores (SPELTEN et al., 2017). Além das situações conflituosas que repercutem em violência por parte

de pacientes e acompanhantes/familiares, ainda há agressões e humilhações nas relações interpessoais.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), violência é definida como “*o uso intencional da força, real ou em forma de ameaça, contra outra pessoa ou contra um grupo, que resulta ou possa resultar em lesão, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação*”. É subdividida em violência física e psicológica, sendo que esta abrange agressão verbal, assédio moral, discriminação e assédio sexual (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

A OMS caracteriza violência no trabalho como resultado da interação complexa de diversos fatores, em que se destacam as condições e a organização do trabalho, bem como a interação trabalhador/agressor (CONCHA-EASTMAN, 2002).

A temática da violência no local de trabalho vem ganhando grande importância e destaque, por se tratar de uma preocupação mundial. Afeta a dignidade de milhões de pessoas em todo o mundo, sendo uma importante fonte de desigualdade, discriminação e conflito no trabalho. Diante disso, as organizações internacionais, como a Organização Internacional do Trabalho (OIT), o Conselho Internacional de Enfermeiros (International Council of Nurses - ICN), a OMS e a Public Services International (PSI), vêm publicando diretrizes específicas sobre esse assunto (RAMACCIATI et al., 2015).

Os profissionais de enfermagem são apontados como a categoria na área da saúde que mais sofre com a violência no trabalho (EDWARD; OUSEY; WARELOW, 2014). Isto ocorre devido ao maior contato direto com os usuários – demandado pelo cuidado (objeto de trabalho da enfermagem) – e pelas longas horas de permanência no setor de trabalho no regime de plantão, estando, portanto, expostos por mais tempo (DAL PAI et al., 2015; PHILLIPS, 2016).

Estudo chinês, realizado em 2018, teve como resultado três causas relacionadas com a ocorrência da violência em instituições de saúde, segundo a percepção dos enfermeiros. A primeira causa destacada pelos enfermeiros são os aspectos do paciente, nesse fator são citados, por exemplo, irritabilidade e controle reduzido de impulsos dos pacientes. A segunda causa destacada é sobre gestão hospitalar, como, falta de recursos humanos em enfermagem e sistema inadequado de gestão de agressões, entre outros problemas de gestão. E por último, fatores sociais, como, subvalorização pública de enfermeiros e

preconceito contra serviços de enfermagem (YANG et al., 2018). Essas características, por vezes, podem produzir circunstâncias indesejáveis e potencialmente capazes de afetar a saúde dos trabalhadores e a segurança dos pacientes.

Segundo dados do Departamento do Trabalho dos Estados Unidos da América a taxa de violência em local de saúde aumentou consideravelmente nos últimos anos. Em 2010, os trabalhadores de saúde foram vítimas de aproximadamente 11.370 casos, subindo 13% em relação ao ano de 2009 (OSHA, 2015). Já a American Nurses Association (ANA), em uma pesquisa sobre saúde e segurança observou que as situações de violência no trabalho tiveram aumento de 25% para 34% (ANA, 2015). Crosby (2015), infere que 76% dos enfermeiros com pelo menos 10 anos de experiência referiram ter experimentado algum tipo de violência no local de trabalho. Rice (2014), complementa que cerca de 10% das ocorrências de violência, em local de trabalho em saúde, resultam na necessidade de assistência médica.

A violência tornou-se um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo responsável por grande número de mortes, de adoecimentos e de sequelas na população (BRASIL, 2013). A violência que ocorre na área da saúde representa aproximadamente um quarto do total de acontecimentos violentos no trabalho (DI MARTINO, 2003). Investigação conduzida pelo Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo demonstrou a partir dos relatos de 8.332 respondentes, que 74% sofreram algum tipo de violência no ambiente de trabalho, 52% foram agredidos de duas vezes ou mais e 73% afirmaram que os incidentes violentos continuaram a se repetir no local em que trabalhavam (COREN-SP, 2015).

Cabe salientar que a exposição à violência no processo de trabalho da enfermagem pode ser manifestada pelo indivíduo que é cuidado, por outros trabalhadores, pela própria equipe, e ainda, pela chefia (PEDRO et al, 2017). Quanto aos perpetradores de violência, estudo nacional, realizado no estado do rio grande do sul, em 2018, constatou-se que o paciente foi o principal agressor da equipe de saúde (35,4%). Os colegas (da equipe multiprofissional de saúde) praticaram violência em 25,3% das situações, seguidos pela chefia (21,7%), acompanhantes (15,5%) e outros agentes (2,1%) (DAL PAI, et. al, 2018).

Estudos internacionais corroboram com os achados nacionais acerca dos

perpetradores da violência no trabalho em saúde, fato que é mostrado pela maioria dos estudos que abordam esta temática, citando os pacientes e os acompanhantes como os agressores mais frequentes (SPECTOR; ZHOU; CHE, 2014; ALAMEDDINE; MOURAD; DIMASSI, 2015; ABOU-ELWAFI et al., 2015). Em seis hospitais norte-americanos, constatou-se uma prevalência de 50,4% de episódios de violência perpetrada por pacientes e acompanhantes, sendo 39% nos 12 meses anteriores à pesquisa (EDWARD et al., 2014).

Estudo internacional de revisão de literatura sobre intervenções para redução do risco da violência no trabalho em saúde tem como resultado oito princípios orientadores, sendo a comunicação apresentada como princípio elementar para diminuir a ocorrência de violência (RAMACCIATI et al., 2015). Falhas no trabalho em equipe e na comunicação entre os profissionais de saúde tem sido um dos principais fatores que contribuem para os erros relacionados a assistência, eventos adversos e, conseqüentemente, diminuição da qualidade dos cuidados em saúde (MARTINS et al., 2014; ARAUJO et al., 2017; WAGNER; BEZUIDENHOUT; ROOS, 2015).

As relações interpessoais são essenciais para o desenvolvimento do trabalho em saúde seguro. Revisão sistemática da literatura, sobre dimensões da cultura de segurança do paciente, salienta que organizações com forte cultura de segurança têm característica de ter uma boa comunicação e confiança entre os membros da equipe (REIS; PAIVA; SOUSA, 2018).

Estudo internacional sobre o impacto da violência interprofissional no trabalho da saúde aponta que a violência entre os membros da equipe de saúde tem grande potencial para prejudicar a segurança dos processos de atendimento ao paciente, afetando assim, diretamente a segurança do paciente (FINK-SAMNICK, 2015). Em revisão sistemática da literatura, realizada com 46 estudos internacionais, observou-se que mais da metade dos estudos (59,3%) identificaram que medidas negativas de bem-estar, como, ansiedade, estresse no trabalho e angústia, tiveram uma correlação significativa com fraca segurança do paciente (HALL et al., 2016).

Ao encontro deste resultado, estudo australiano sobre clima organizacional, relações de trabalho e práticas seguras de medicação entre enfermeiros concluiu que o suporte e os relacionamentos no local de trabalho são potenciais causas e soluções para os erros de medicação do enfermeiro e práticas

de medicação segura (SAHAY; HUTCHINSON; EAST, 2015). Reforçando assim que um clima de companheirismo previne situações de violência e reforça a cultura de segurança do paciente em instituições de saúde.

No Brasil, a importância da comunicação efetiva como meta de segurança do paciente foi difundida após publicação de Portaria Ministerial 529/2013 (BRASIL, 2013). Um dos desafios para garantir a segurança do paciente no ambiente hospitalar é enfatizar a comunicação efetiva como meta a ser atingida pela equipe interdisciplinar, como também, proporcionar um ambiente de trabalho harmonioso com assistência livre de danos. Alguns fatores têm sido considerados cruciais para o desenvolvimento da comunicação efetiva entre os membros da equipe de assistência à saúde, tais como: contato dos olhos, escuta ativa, confirmação da compreensão da mensagem, liderança clara, envolvimento de todos os membros da equipe, discussões saudáveis de informações pertinentes, consciência situacional – esta se refere à compreensão do ambiente atual e à capacidade de antecipar com precisão problemas futuros (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015). Diante desses aspectos, pondera-se que ambientes que cultivam as interações violentas não fomentam os fatores mencionados e, assim, comprometem a comunicação efetiva.

Salientando a importância desta problemática mundialmente e em esfera multidisciplinar a Joint Commission International (JCI) identificou que comportamentos agressivos proporcionam erros assistenciais associados a cuidados em saúde (JCI, 2008). Fato que faz refletir sobre a problemática sobre violência no local de trabalho e suas implicações para a cultura de segurança do paciente vai além da da Enfermagem.

Segundo a Organização Mundial de Saúde a segurança do paciente é definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (OMS, 2009). A Agência para Pesquisa e Qualidade do Cuidado à Saúde, traz a definição da Cultura de Segurança, como o “o produto individual ou coletivo, de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamentos que determinam o compromisso, o estilo e a competência de uma organização de saúde na promoção de segurança” (SORRA; NIEVA, 2004). Porém, a cultura de segurança nos Sistemas de Saúde ainda é um fenômeno bastante complexo. Pode-se considerar essa complexidade devido às múltiplas ações que permeiam o trabalho da enfermagem, justamente por se

tratar de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e coletivos, em um ambiente repleto de tensões, fazendo que esses fatores sejam dinâmicos e mutáveis devido a qualquer mínimo descompasso no desenvolvimento da produção do produto em saúde (PINHEIRO; JUNIOR, 2017).

Diante das estatísticas dos danos causados aos pacientes, a OMS, preocupada com a questão da segurança do paciente, lançou em 2004 a *World Alliance for Patient Safety*, com o intuito de enfrentar problemas relacionados a essa temática (DONALDSON; PHILIP, 2004). No âmbito brasileiro, a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) pelo Ministério da Saúde (MS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com estratégias de um programa para promover a cultura de segurança, lança um importante plano para melhorar a segurança e reduzir a incidência de eventos adversos (BRASIL, 2013; TOMAZONI, et al., 2015).

Diante das repercussões negativas dos episódios de violência sobre a saúde dos trabalhadores, e conseqüentemente sobre a assistência prestada, justifica-se a realização do presente estudo pela importância da temática na área de estudos e práticas da saúde do trabalhador e da assistência segura. Entendendo a enfermagem como categoria que atua na linha de frente na prestação de cuidado em saúde, vislumbra-se essa categoria com destaque no estudo da violência no trabalho e suas implicações para cultura de segurança do paciente.

A partir das considerações sobre a relação entre a saúde dos trabalhadores e a assistência segura, e sobre a importância da promoção de ambientes livres de violência e seguros para a assistência de enfermagem, o presente estudo busca responder à seguinte questão de pesquisa: **A violência no trabalho da enfermagem em hospitais de ensino relaciona-se à percepção de cultura de segurança do paciente?** Diante dessa questão, esta pesquisa tem como fator em estudo a violência no trabalho e, como desfecho, a cultura de segurança do paciente.

Diante desta problemática, por sua vez, permitirá considerar aspectos relacionados à organização do trabalho, à violência no trabalho, à saúde dos trabalhadores e à cultura de segurança do paciente. Uma vez que se acredita que esses fatores estão relacionados, e ainda são pouco estudados, e são de grande

relevância. Apesar do avanço de pesquisas científicas sobre a temática da violência laboral no setor saúde, algumas especialidades como as implicações da violência no trabalho da enfermagem para a cultura de segurança do paciente, carecem de estudos que demonstrem a realidade e as especificidades dessas relações.

O presente estudo dará continuidade à minha trajetória nas investigações sobre a violência no trabalho e o sobre a saúde do trabalhador, estudos que venho realizando junto ao Grupo Interdisciplinar de Saúde Ocupacional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (GISO/UFRGS) desde agosto de 2013, grupo de pesquisa que desenvolve estudos na linha de pesquisa “Gestão em saúde e enfermagem e organização do trabalho”.

Minha experiência profissional como enfermeira assistencial de serviços de urgências e emergências hospitalares intensificou meu ativismo acerca da temática da violência no trabalho da enfermagem. Destaco, que a minha experiência profissional também me impulsionou estudar a temática da segurança do paciente pelo o desafio vivenciado na exigência cotidiana de construir uma cultura de segurança do paciente fortalecida diariamente.

O presente estudo é um recorde de um projeto maior intitulado: “*Violência no Trabalho da enfermagem e suas implicações para a Saúde Psíquica dos Trabalhadores e para a Cultura de Segurança do Paciente em hospitais universitários*” desenvolvido pelas pesquisadoras Daiane Dal Pai e Letícia De Lima Trindade e tem financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS).

2 OBJETIVOS

Para operacionalizar a investigação, foram propostos os objetivos a seguir.

2.1 Objetivo Geral:

Analisar a relação entre violência no trabalho da enfermagem e a cultura de segurança do paciente em hospitais da região sul do país.

2.2 Objetivos específicos:

- a) Identificar características sociodemográficas e laborais de trabalhadores de enfermagem de hospitais do sul do país.
- b) Avaliar ocorrência da violência e seus subtipos no trabalho da enfermagem de hospitais da região sul do país
- c) Descrever a percepção da cultura de segurança do paciente na avaliação de trabalhadores de enfermagem e sua associação entre violência no trabalho em hospitais do sul do país.
- d) Conhecer as vivências dos trabalhadores de enfermagem sobre os episódios de violência e suas repercussões sobre a cultura de segurança do paciente.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A seguir será abordada a revisão da literatura para situar o leitor acerca da temática que subsidiou o desenvolvimento do estudo.

3.1 Trabalho da Enfermagem no Contexto Hospitalar

O trabalho da enfermagem no contexto hospitalar, historicamente, é estruturado de forma rígida e hierarquizado, com predomínio do poder médico, enaltecimento de metas e, conseqüentemente, com o enfraquecimento das relações interpessoais (DIAS et al., 2019). Envolve lidar com demandas estressantes importantes, como ritmo de trabalho intenso, compartilhamento de atividades, recursos humanos ou materiais insuficientes para atender demandas, rígidas relações hierárquicas, seguir estritamente protocolos, normas e rotinas (AZEREDO; SCHRAIBER, 2017).

O ambiente da prática de enfermagem tem sido entendido como as características organizacionais de um contexto de trabalho que facilitam ou dificultam a atuação dos profissionais (AZEVEDO FILHO; RODRIGUES; CIMIOTTI, 2018). Novas tecnologias são inseridas a todo o momento, principalmente no âmbito hospitalar, que modificam o processo e a dinâmica das organizações de saúde. Os profissionais de enfermagem são cada vez mais exigidos a aprimorar seus serviços e prestar uma assistência de qualidade para assegurar o mais integral e efetivo cuidado (DIAS et al., 2017). Tratam-se de exigências que são dirigidas principalmente para o profissional enfermeiro, que está diretamente ligado a uma equipe multidisciplinar, considerado como um elo entre os vários campos existentes dentro de uma instituição, atuando tanto em funções administrativas, quanto no cuidado ao cliente e à sua família (DIAS, et al. 2017).

A equipe de enfermagem, composta por auxiliares, técnicos e enfermeiros, também assume recorrentemente incumbências assistenciais e administrativas que não, necessariamente, estão de acordo com o quantitativo de recursos humanos necessários para o volume e complexidade dos pacientes assistidos

(BOSCO; MARTINS, 2019). Estudo internacional, realizado em sete hospitais da Espanha, mostra que as características do trabalho influenciam diretamente nas atitudes dos profissionais em relação à comunicação, inteligência emocional e empatia no ambiente laboral (GIMENEZ-ESPERT; PRADO-GASCO; VALERO-MORENO, 2019).

O ambiente da prática de enfermagem exerce grande influência sobre a capacidade, desempenho e o engajamento dos profissionais de enfermagem para com a prestação dos cuidados (MAURICIO et al., 2017). Ambientes desfavoráveis para a prática de enfermagem têm sido associados a piores resultados assistenciais, tais como, aumento da mortalidade, elevação das taxas de infecção e diminuição da satisfação entre pacientes e familiares (COSTA; YANG; MANOJLOVICH, 2017). Estudos anteriores também mostram relação entre ambientes desfavoráveis e a exaustão emocional e o menor desejo de permanecer no emprego (NANTSUPAWAT et al., 2017).

O ambiente da prática de enfermagem envolve múltiplas dimensões e mantê-las favoráveis é importante para o trabalho dos profissionais de enfermagem (AZEVEDO FILHO; RODRIGUES; CIMIOTTI, 2018). A manipulação dos profissionais por meio de ameaças, alimentada pelo medo e sofrimento no ambiente de trabalho tem sido utilizada, perversa e frequentemente, como instrumento de gestão. Utilizando recursos sedutores e promessas falaciosas, instaurando patologias como a sobrecarga, aceleração, servidão voluntária e as práticas de violência (FERREIRA, 2009).

Diante o exposto, pode-se compreender que o cenário hospitalar é rico em situações conflituosas e estressantes que fragilizam os vínculos interpessoais. A complexidade existente nesse contexto exige refletir sobre esses profissionais que desempenham atividades em hospitais, estar atento às necessidades desses profissionais, a fim de proporcionar um ambiente organizacional favorável e relações interpessoais saudáveis com a promoção de uma assistência de enfermagem com excelência, sem riscos à segurança do paciente (SILVA; VELASQUE; TONINI, 2017).

3.2 Violência no Trabalho em Saúde

As ações ou comportamentos violentos crescem gradativa e silenciosamente na rotina dos trabalhadores em geral, o que causa repercussões no cotidiano do trabalho e na saúde dos trabalhadores. A OIT conceitua a violência nesses espaços como toda ação incidente ou comportamento mediante o qual uma pessoa é agredida, ofendida, prejudicada ou humilhada por outra pessoa, ou um grupo, em seu trabalho ou como consequência do mesmo (DI MARTINO, 2002).

Violência no local de trabalho refere-se a qualquer ato ou ameaça de violência física, assédio, intimidação ou outros comportamentos ameaçadores que ocorrem no local ou no seu trajeto de trabalho. Ela varia de ameaças, intimidação, discriminação racial, abuso verbal e sexual, a problemas físicos, e até mesmo homicídios (SCHRAER, 2014; OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH ADMINISTRATION, 2015; KRUG et al.,2002). A Comissão Europeia define violência no local de trabalho como “todas as situações em que um trabalhador é ofendido, ameaçado ou atacado em condições diretamente relacionadas ao seu trabalho e quando essas situações colocam em risco direta ou indiretamente sua segurança” (KOWALCZUK; KRAJEWSKA-KUŁAK, 2017).

A violência nos serviços de saúde tornou-se uma preocupação mundial, independentemente das características econômicas e culturais de cada país (FERNANDES; SALA; HORTA, 2018). Os trabalhadores da saúde atuam em ambientes altamente estressantes, nos mais diversos tipos de locais, atendendo e tendo contato direto e inevitável com pessoas em dificuldades o que faz com que esses trabalhadores tenham alto risco de exposição à violência em seus locais de trabalho (NOWROUZI; HUYNH, 2016).

No entanto, a violência institucional não é apenas para os profissionais, mas também direcionada aos usuários de forma explícita ou silenciosa, e quase sempre aos mais vulneráveis. Ritos, processos burocráticos, dificuldades no acesso a serviços ou tratamentos podem ser formas prejudiciais aos assistidos. Assim, a violência institucional pode recair sobre quem cuida e quem é cuidado, ainda que de formas diferentes (AZEREDO; SCHRAIBER, 2017; OLIVEIRA, et al., 2016).

Estima-se que os enfermeiros têm três vezes mais probabilidade de experimentar a violência no local de trabalho do que os outros grupos ocupacionais (DI MARTINO, 2002). A enfermagem é considerada a segunda profissão com maior risco de violência, atrás apenas dos policiais. Em países como Canada e Estados Unidos da América, enfermeiros e enfermeiras são frequentemente vítimas de formas de violência física, moral, psíquica e até mesmo sexual durante o exercício de sua profissão, tendo como pacientes, familiares, chefes e colegas de trabalho. A enfermagem é apontada como a segunda profissão com maior risco de sofrer violência, atrás apenas de oficiais de polícia (HOLMES; RUDGE; PERRON, 2012; FERNANDES, SALA; HORTA, 2018).

Violência laboral na enfermagem tem alta prevalência, como podemos observar em toda a literatura mundial. Raveesh (2015), em um estudo indiano, sobre violência perpetrada por paciente/visitante contra enfermeiros, o evidenciou que agressão verbal foi a ocorrência mais comum. Estudos analisados em uma revisão sistemática da literatura indicam uma grande variação na proporção de enfermeiros e enfermeiras que sofreram agressão verbal, com estimativas variando de 6,25-88,2% em homens; e de 14,3 a 89,7% em mulheres (EDWARD et al., 2016). Os malefícios da violência podem ser de difícil identificação, especialmente quando não se configuram em repercussões físicas. Acerca da violência psicológica, estudo realizado na cidade de Porto Alegre teve prevalência de 48,7% de vítimas da agressão verbal, e estas vítimas as classificaram como uma situação típica no seu local de trabalho (DAL PAI, 2018).

Pompeii e colaboradores (2015) salientam em estudo realizado em seis hospitais americanos que a experiência frequente da exposição à violência contribui para a gravidade da problemática, uma vez que trabalhadores experimentaram mais de um evento violento no ano. Estudo nacional, realizado com enfermeiros, que atuavam no setor de urgência e emergência, de um hospital na cidade de São Paulo, reforça que os trabalhadores expostos a fatores de estresse podem ter sua capacidade de produção diminuída, executar atividades com menos precisão, trabalhar tenso e cansado, podendo tornar-se ansiosos, com atenção dispersa e principalmente desmotivados (CAMPONÊS et al., 2015). O bem-estar dos funcionários é um foco crescente na literatura, já que impacta o desempenho organizacional. O impacto emocional na saúde mental do trabalhador é preocupante, especialmente a maneira como o trauma manifesto

pode influenciar fatores como absentismo a cuidados e segurança geral do paciente (FINK-SAMNICK, 2014). Somam-se a estes fatores as duplas e longas jornadas de trabalho que favorecem o desgaste físico e emocional, possíveis percussores de situações conflituosas (DAL PAI et al., 2015).

A violência no local de trabalho tem consequências drásticas e afeta diretamente a satisfação do pessoal, a rotatividade de funcionários, a saúde mental e física da equipe, a satisfação do paciente e a qualidade do atendimento (BLANDO, 2014). Os profissionais de enfermagem devem estar atentos às violências sofridas no trabalho e denunciar quando forem vítimas em qualquer situação, visto que, há repercussões na saúde mental e na qualidade de vida no trabalho desses sujeitos (SILVEIRA et al., 2016).

Estudo internacional indicou que 70% dos casos de agressão contra os trabalhadores de saúde nunca foram investigados (SCHRAER, 2014). A partir deste dado vale salientar que a violência contra o profissional de saúde muitas vezes é vista como parte do trabalho, sendo então, naturalizada, não tratada com seriedade e subnotificada (PHILLIPS, 2016). Kvas e Seljak (2014) realizaram um estudo sobre a questão da subnotificação de incidentes de violência no local de trabalho usando um método de pesquisa para obter as respostas de 692 enfermeiros que trabalham em hospitais na Eslovênia. Os resultados do estudo incluíram o medo das enfermeiras de perder seus empregos e sua crença de que relatar esses incidentes não mudaria nenhuma prática atual contra a violência no local de trabalho. O comportamento violento nos serviços de saúde não deve ser naturalizado ou ignorado. Toda forma de violência deve ser estudada e repelida (BAPTISTA, 2017; AZEREDO; SCHRAIBER, 2017).

3.3 Segurança do Paciente

Segurança do paciente consiste na redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). Altos índices de eventos adversos têm sido revelados nas últimas décadas e a importância do tema da segurança do paciente vem ganhando cada vez mais destaque. Incidentes que afetam a segurança do paciente ocorrem o ano inteiro em diversos hospitais em todo o mundo (ANDRADE et al., 2018).

Discussões sobre segurança do paciente durante a hospitalização foram impulsionadas após a publicação do relatório americano – “*To err is human: building a safer health care system*” (*Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro*), no ano 1999, apontando que, mundialmente, milhões de pessoas sofrem lesões e mortes decorrentes das práticas de saúde (KONH; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). Nos Estados Unidos, estimou-se que entre 44 mil e 98 mil pessoas morrem por ano devido a erros e eventos adversos evitáveis (KONH; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

A partir daí, a OMS, adotou a questão da segurança do paciente como tema de alta prioridade na agenda política de seus Países Membros, e em 2002, lançou a Aliança Global para a Segurança do Paciente, cujo elemento central é a formulação de Desafios Globais, visando à socialização dos conhecimentos e das soluções encontradas, lançando programas e campanhas internacionais com recomendações destinadas a garantir a segurança dos pacientes no mundo (OMS, 2013).

Em 2015, Montserrat-Capella e colaboradores, publicaram os resultados do “Estudo sobre a frequência de eventos adversos, realizado no México, Peru, Brasil e Colômbia”. A prevalência de eventos adversos foi de 5,2% e a incidência cumulativa foi de 2,4%. Considerou-se que cerca de 50% eram evitáveis.

A segurança do paciente na prestação de serviços de saúde tem se tornado um assunto imperativo, representando um grande desafio para o aperfeiçoamento da qualidade na assistência à saúde (MINUZZ, SALUM E LOCKS, 2016). Apesar das melhorias em como os cuidados são prestados e com qualidade da prestação de cuidados medidas preventivas para ocorrência destes dados devem ser investidas. Erros podem causar sérios danos aos usuários da saúde e afetar quantitativamente e qualitativamente as instituições (DUARTE et al., 2018).

Além da infinidade de riscos encontrados no ambiente hospitalar, ressaltamos os “riscos do cuidado” ou os riscos causados pela assistência à saúde que podem atingir aos pacientes assistidos, suas famílias, os profissionais envolvidos com a assistência e a sociedade como um todo, justificando todo esse movimento pela segurança do paciente (PINHEIRO; JUNIOR, 2017).

Na teoria do erro humano, também conhecida como “Modelo do Queijo Suíço”, os erros podem ser estudados sob dois aspectos: aproximação pessoal e

aproximação do sistema, em que a primeira está relacionada aos atos inseguros realizados pelas pessoas. Em contrapartida, a aproximação do sistema considera que os seres humanos falham e erros são esperados, mesmo nas melhores organizações, considerando-os mais uma consequência que uma causa, originando-se nos fatores sistêmicos (REASON, 2000).

A ideia central de sistemas de defesa, como o "Modelo do Queijo Suíço", baseia-se na aproximação pessoal e considera que quando um evento adverso acontece, o que importa não é quem cometeu o erro, mas como e porque as defesas falharam. Idealmente, cada mecanismo de defesa deve estar íntegro, porém, estes mecanismos possuem falhas inofensivas, individualmente, mas quando alinhadas levam à probabilidade de ocorrência do evento perigoso (REASON, 2000).

A cultura de segurança do paciente é considerada um importante componente estrutural dos serviços que favorece a implantação de práticas seguras e diminuição de incidentes de segurança (ANDRADE et al., 2018). Ela envolve atitudes e valores incorporados que devem encorajar e recompensar a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; promover o aprendizado organizacional a partir da ocorrência de incidentes; e proporcionar recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2013).

Avaliar a cultura de segurança é importante para medir as condições organizacionais que levam a possíveis danos ao paciente nos serviços de saúde (ANVISA, 2014). Esse tipo de avaliação tem várias utilidades: diagnosticar o nível de cultura de segurança, possíveis riscos de dano, evolução das intervenções de segurança do paciente e acompanhar evolução da cultura de segurança do paciente com o tempo, bem como a notificação de incidentes, programar um plano de ação e iniciar as mudanças (ANDRADE et al., 2018).

Além da percepção geral da segurança do paciente, a cultura de segurança está relacionada à frequência de relato de eventos, às expectativas do supervisor/chefe e ações promotoras da segurança, ao aprendizado organizacional, ao trabalho em equipe dentro das unidades, à abertura da comunicação, ao retorno da informação e comunicação sobre erro, às respostas não punitivas aos erros, à adequação de profissionais, a apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente, ao trabalho em equipe entre as unidades

e à passagem de plantão/turno e transferências. Como resultado obtido no estudo, as dimensões que se mostraram mais fortes foram “Trabalho em equipe dentro de unidades” e “Aprendizado organizacional – melhoria contínua”. As dimensões particularmente fracas foram “Resposta não punitiva aos erros”, “contingentes de pessoal”, “Transferências e transições do cuidado” e “Trabalho em equipe entre diferentes unidades” (SORRA; NIEVA, 2004).

As instituições devem estimular os profissionais a notificar erros e eventos adversos, aumentando a conscientização sobre as ocorrências. No entanto, devido à cultura punitiva, as ocorrências são, na maioria das vezes, subnotificadas, o que dificulta o conhecimento de sua extensão e a adoção de medidas proativas (DUARTE et al., 2015).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

O delineamento metodológico escolhido para abordar a relação entre a violência no trabalho e a percepção da cultura de segurança do paciente na assistência de enfermagem em hospitais de ensino, por se tratar de um assunto de alta complexidade, parte da compreensão de que a interface dessas temáticas requer considerar dimensões quantitativas e qualitativas, proporcionando mais *insights* com a combinação destes diferentes delineamentos, do que com cada uma das formas isoladamente. Seu uso combinado proporciona uma maior compreensão dos problemas de pesquisa (CRESWELL, 2013).

Sendo assim, a investigação aqui proposta possui delineamento misto, do tipo Estratégia Explanatória Sequencial. Esse tipo de estratégia é popular para projeto de método mistos, sendo caracterizada pela coleta e pela análise de dados quantitativos em uma primeira fase da pesquisa, seguidas de coleta e análise de dados qualitativos em uma segunda fase que é desenvolvida sobre os resultados quantitativos iniciais. A combinação dos dados ocorre quando os resultados quantitativos iniciais conduzem a coleta de dados qualitativos secundária (CRESWELL, 2013).

A primeira parte do estudo fez-se uma pesquisa de abordagem quantitativa transversal (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004) e a segunda fase do estudo, parte qualitativa, foi planejada e definida após a análise preliminar dos dados quantitativos. Na fase qualitativa, baseando-se em Gil (2002), a pesquisa é classificada como exploratória e descritiva.

4.2 Campo do Estudo

O campo de estudo consistiu em dois Hospitais do Sul do país, configurando-se em um estudo multicêntrico. Caracteriza-se um estudo multicêntrico, estudo conduzido de acordo com um único protocolo,

concomitantemente em mais de um centro de pesquisa (BRASIL, 2005). O Hospital A é considerado um hospital geral, integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação e vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). É uma instituição pública, que presta serviços hospitalares para Porto Alegre e estado do Rio Grande do Sul, sendo centro de referência em assistência, na formação de profissionais e na geração de conhecimentos, com capacidade operacional de 845 leitos.

O Hospital B fica localizado em Chapecó, no oeste de Santa Catarina, trata-se de uma instituição pública que atualmente é administrada pela Associação Hospitalar Leonir Vargas Ferreira. Este hospital disponibiliza atualmente de 319 leitos, sendo referência na região norte do Rio Grande do Sul e Sudoeste do Paraná, bem como é o principal cenário de práticas no processo de formação dos estudantes de saúde das universidades do município, entre elas a Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

4.3 População e Amostra

Os participantes da pesquisa foram os trabalhadores de enfermagem, sendo incluídos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Foram excluídos do estudo trabalhadores com menos de um ano de atividade nos serviços investigados, afastados por licença ou em férias no período da coleta dos dados.

Considerando 95% de confiança e erro de 5% a amostra calculada para os hospitais assumiu a prevalência de 50%, calculada com auxílio do WINPEPI versão 11.32. Dessa forma, amostra foi composta de 391 participantes de 2.092 trabalhadores de enfermagem do Hospital A e 198 participantes dos 532 trabalhadores do Hospital B.

Esses participantes foram selecionados por sorteio, de forma aleatória, estratificado por setores e pelas categorias profissionais, com base na listagem de trabalhadores ativos no período da coleta de dados, buscando contemplar proporcionalmente os trabalhadores das diversas áreas dos dois hospitais.

Os participantes da etapa qualitativa (segunda etapa) foram trabalhadores expostos à violência (conforme resultados da primeira etapa), selecionados

intencionalmente a partir da aplicação do questionário sobre a ocorrência de violência laboral, a partir da motivação e disponibilidade para discorrer sobre o fator em estudo, com o relato das experiências vividas. Para esta etapa do estudo o total de participantes foi definido por saturação das informações (MINAYO, 2010), 18 participantes do hospital A e 15 participantes do hospital B, totalizando 33 participantes da etapa qualitativa.

A escolha intencional se baseou no pressuposto de que o conhecimento do investigador sobre a população pode ser utilizado para selecionar os melhores informantes acerca do objeto de investigação. A escolha dos participantes a partir das impressões originadas pela interação feita na coleta de dados da primeira etapa do estudo se justificou pela necessidade de dar a voz aos trabalhadores e entender como a violência repercute na segurança do paciente.

4.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada a partir de banco de dados da pesquisamãe, a qual teve dados obtidos em campo de 2015 a 2017, por meio do *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector* (ANEXO A), proposto pela Organização Mundial da Saúde, Organização Internacional do Trabalho e de Serviços Públicos e Conselho Internacional de Enfermagem (DI MARTINO, 2002), traduzido e adaptado, para a língua portuguesa por *Palacios et al* (2008). Esse questionário possui 29 perguntas, aborda dados gerais, dados sociodemográficos, dados laborais, ocorrência da violência física e psicológica (agressão verbal, assédio moral, assédio sexual e discriminação racial) nos últimos 12 meses, contemplando características da agressão, do perpetrado e da vítima.

A cultura de segurança foi avaliada por meio do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (ANEXO B) desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality*, dos Estados Unidos da América (EUA), em 2004 e validado no Brasil por *Reis*, em 2013. O HSOPSC é um instrumento que possibilita medir a percepção individual e por unidade/setor hospitalar dos profissionais que têm contato direto ou indireto com os pacientes, questionando-os sobre pontos-chave relacionados à segurança do paciente – valores, crenças, normas da organização, relatos de eventos adversos, comunicação, liderança e gestão. Oportuniza

identificar áreas, cuja cultura, necessita de melhorias, avaliar a efetividade de ações implementadas para a melhoria da segurança ao longo do tempo, realizar comparações internas e externas, auxiliando a instituição a identificar como sua cultura de segurança do paciente difere das outras instituições, e, finalmente, priorizar esforços de fortalecimento da cultura, identificando suas fragilidades (SORRA; NIEVA, 2004). Avalia 12 dimensões da cultura de segurança do paciente, contendo 50 itens no total (44 sobre questões específicas da cultura e 6, informações pessoais). A maioria dos itens são respondidos em uma escala de cinco pontos, tipo Likert-scale, refletindo a taxa de concordância: de “discordo totalmente” (1) a “concordo totalmente” (5), com uma categoria neutra “não concordo nem discordo” (3). Alguns itens utilizam a escala de: “nunca” (1) a “sempre” (5), sendo a neutra “às vezes” (3). As categorias de respostas para a variável grau de segurança do paciente na sua unidade de trabalho no hospital são “excelente”, “muito boa”, “regular”, “ruim” e “muito ruim” e, para o item número de eventos notificados são “nenhum relatório”, “1 a 2 relatórios”, “3 a 5 relatórios”, “6 a 10 relatórios”, “11 a 20 relatórios”, “21 relatórios ou mais” (REIS, 2013; SORRA; NIEVA, 2004).

Respostas positivas referem-se às respostas em que foram assinaladas a opção 4 ou 5 (concordo/concordo totalmente ou quase sempre/sempre) para as sentenças formuladas de forma positiva ou 1 ou 2 (discordo/discordo totalmente ou nunca/raramente) nas perguntas formuladas negativamente. Respostas neutras referem-se às respostas em que foram assinaladas a opção 3 (nem discordo nem concordo ou às vezes). Respostas negativas referem-se às respostas que foram assinaladas as opções 1 ou 2 (discordo/discordo totalmente ou nunca/raramente) ou 4 ou 5 (concordo/concordo totalmente ou quase sempre/sempre) nas sentenças formuladas negativamente (ROCKVILLE et al., 2016).

O percentual de respostas positivas representa uma reação positiva em relação à cultura de segurança do paciente e permite identificar áreas fortes e frágeis para segurança do paciente. São consideradas “áreas fortes da segurança do paciente” aquelas cujos itens escritos positivamente obtiverem 75% de respostas positivas ou aquelas cujos itens escritos negativamente obtiverem 75% das respostas negativas. De modo semelhante, “áreas frágeis da segurança do paciente” e que necessitam melhoria são consideradas aquelas, cujos itens

obtiverem 50% ou menos de respostas positivas (REIS, 2013). Das dimensões, três são relacionadas ao hospital, sete à unidade de trabalho dentro do hospital e duas, medidas de resultado (REIS, 2013; SORRA; NIEVA, 2004).

Antes de dar início à coleta de dados foi realizado um teste de instrumento junto a cinco sujeitos, a fim de testar o instrumento quanto às questões técnico-operacionais envolvidas e que possam requerer eventuais ajustes. Assim, foi possível avaliar a adequação e a pertinência do instrumento e das estratégias e procedimentos para a coleta dos dados.

Depois da aplicação do questionário formado pelos instrumentos mencionados para a etapa quantitativa, alguns participantes que foram expostos à violência foram pré-selecionados intencionalmente. A pré-seleção deu-se pelos profissionais que se mostraram dispostos a relatar suas experiências e seus sentimentos sobre o ocorrido. Após a análise dos dados quantitativos, o roteiro de entrevista semiestruturado (ANEXO C) foi ajustado com base nas respostas obtidas dos instrumentos quantitativos.

Sendo assim, participaram desta etapa, somente profissionais que relataram algum episódio de violência na aplicação dos instrumentos, sendo este um critério de inclusão para a participação na etapa qualitativa do estudo. As respostas das entrevistas foram gravadas em áudio a fim de apreender de forma completa as informações. Os participantes foram acessados em seu local de trabalho e convidados a responder aos questionamentos em sala reservada, a fim de manter a privacidade dos mesmos.

4.5 Análise dos Dados

Após a seleção das variáveis de interesse para o presente estudo a partir do banco de dados da pesquisa-mãe, os dados foram codificados e tabulados pela própria pesquisadora com auxílio do *Microsoft Windows Excel*. A análise da etapa quantitativa empregou técnicas estatísticas assessoradas por profissional com expertise e utilizou o software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 18.0.

Para a leitura dos resultados, as variáveis categóricas (qualitativas) foram descritas por meio de frequências absolutas e relativa, ao passo que as variáveis de natureza quantitativa (contínuas e escalares) foram descritas por meio de medidas de

tendência central e dispersão: média, desvio padrão (DP), mediana e intervalos interquartílicos (IIQ).

Realizou-se o teste de normalidade para determinar a distribuição dos dados. Com os resultados das escalas foram criados grupos que permitiram verificar associações por meio do teste qui-quadrado e diferenças entre medianas por meio do teste teste de Mann-Witney. Contudo, para auxílio na interpretação dos resultados, também utilizou-se médias e desvio padrão. Realizou-se também estudo de regressão múltipla para cada uma das 12 dimensões da percepção da cultura de segurança do paciente. O estudo da regressão aplica-se àquelas situações em que há razões para supor uma relação de causa e efeito entre duas variáveis quantitativas e se deseja expressar matematicamente essa relação (CALLEGARI-JACQUES, 2003).

A percepção da cultura de segurança do paciente foi considerada como o desfecho do estudo (variável dependente) e, para realizar a análise de regressão múltipla, verificou-se a influência das variáveis independentes sobre o desfecho (Tabela 4, Tabela 5, Tabela 6, Tabela 7, Tabela 8, Tabela 9, Tabela 10, Tabela 11, Tabela 12, Tabela 13, Tabela 14 e Tabela 15). Foram incluídas nessa análise as variáveis que se associaram as dimensões da percepção da cultura de segurança do paciente. A partir dessa análise foram selecionadas as variáveis com $p < 0,05$, para compor o processo analítico.

Os resultados dessa análise estão apresentados em tabelas e sua discussão permite analisar a relação entre a percepção sobre a cultura de segurança do paciente hospitalizado em hospitais do sul do país e a violência laboral a trabalhadores de enfermagem.

As falas oriundas das questões aplicadas mediante roteiro semiestruturado foram transcritas e submetidas à análise temática com intuito de descobrir os núcleos de sentido que compõe a percepção do trabalhador sobre o incidente, sua saúde e a organização do trabalho. Na análise de dados qualitativos foram seguidos os passos sugeridos pela análise do tipo temática, os quais constam da pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e as interpretações (MINAYO, 2010).

Na operacionalização dessa técnica, fez-se, primeiramente, a pré-análise, por meio da leitura flutuante do material, com contato direto e intenso com o conjunto das comunicações, a fim de permitir a impregnação do conteúdo faz falas. Nessa fase da análise, o material foi explorado a ponto de confirmar ou refutar as hipóteses da

pesquisa, além de assegurar que o material coletado apresentava validade qualitativa pelos critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. A pré-análise foi finalizada com a determinação de palavras-chaves, os recortes, a codificação e os conceitos teóricos que orientam a análise (MINAYO, 2010).

Na fase de exploração do material, as unidades temáticas foram classificadas a fim de alcançar o núcleo de compreensão do texto. Dessa forma, identificaram-se as categorias a partir das quais as falas foram organizadas (MINAYO, 2010).

Por fim, realizaram-se o tratamento dos resultados e as interpretações, inter-relacionando as categorias encontradas com o aporte teórico dos dados quantitativos (MINAYO, 2010).

O Quadro 1 apresenta as categorias encontradas na análise temática e suas respectivas subcategorias e unidades temáticas.

Quadro 1 – categorias formadas a partir do agrupamento dos principais temas encontrados na análise das entrevistas.

Categorias	Subcategorias	Unidades Temáticas
Violência no trabalho	Tipos de Violência Circunstancias de violência	- Situações violência física - Situações agressão verbal - Situações assédio moral - Situações assédio sexual - Situações discriminação racial
Implicações da Violência para o Cuidado	Repercussões da violência para o cuidado	- Medo, insegurança e desconforto - Dificuldade de comunicação - Modificações negativas no ambiente de trabalho - Banalização do cuidado

As etapas de coletas das informações foram sequenciais e inter-relacionadas. Após as análises quantitativas e qualitativas, confrontaram-se os resultados dessas abordagens, de modo que a força geral do estudo seja maior do que a pesquisa qualitativa ou quantitativa isoladamente. Assim, as duas formas de dados foram separadas, porém conectadas (CRESWELL, 2013).

4.6 Aspectos Éticos

O estudo desenvolvido atendeu às prerrogativas éticas da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Lei 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Antes de iniciar a execução do estudo, o estudo prévio intitulado “*Violência no Trabalho da enfermagem e suas implicações para a Saúde Psíquica dos Trabalhadores e para a Cultura de Segurança do Paciente em hospital universitário*” foi aprovado pela Comissão Científica e Comitê de Ética e Pesquisa em Saúde (CEP) do HCPA - parecer de aprovação 713.728 (ANEXO D). Posteriormente procedeu-se a inclusão de emenda que envolve o outro local de estudo, a fim de resguardar todos os preceitos éticos em ambos os centros. O projeto foi certificado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (ANEXO E).

Antes do acesso ao banco de dados da pesquisa-mãe, foi assinado um termo de responsabilidade para uso de dados de pesquisa (APÊNCIDE A), bem como foi solicitada autorização das pesquisadoras Daiane Dal Pai e Letícia De Lima Trindade (APÊNCIDE B). O presente estudo também foi submetido à COMPESQ/ENF da UFRGS para dar seguimento a presente pesquisa. Todas as informações que resguardam os direitos dos sujeitos da pesquisa foram explicadas verbalmente aos participantes do estudo, assim como os objetivos da pesquisa e o compromisso assumido pela pesquisadora em contribuir com a construção do conhecimento no campo de estudos e práticas da saúde do trabalhador e da segurança do paciente. Essas informações também constaram no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO F) assinado em duas vias, pelo participante e pelo pesquisador, ficando uma das vias em posse do trabalhador e a outra do pesquisador.

Foi dada ciência ao trabalhador de que não seriam geradas punições e culpas relacionadas a qualquer informação relacionada às temáticas da violência no trabalho e cultura de segurança do paciente. Entende-se, dessa forma, que a pesquisa foi uma oportunidade de acolher o trabalhador ouvindo as suas impressões e necessidades, reforçando assim a cultura da segurança do paciente e da assistência ao trabalhador, o que poderá ainda servir de incentivo à revelação de eventos que, muitas vezes, são subnotificados.

Foi garantido o anonimato do participante diante as informações colhidas pela investigação. Os participantes do estudo não tiveram sua função e setor

divulgados na redação dos resultados e na discussão da dissertação. A utilização de trechos das falas gravadas e transcritas sem identificação dos setores ou categorias, nem das pessoas que responderam ao roteiro de entrevista, utilizando-se somente como código a letra E (simbolizando a palavra “entrevista”) seguida por um número que indica a ordenação da coleta dos dados. Exemplo: E1, E2, etc...

A colaboração dos sujeitos foi voluntária e passível de desistência a qualquer momento. Ainda, foi sinalizado ao participante, que a sua participação não envolvia riscos conhecidos e tampouco ônus ou recompensa financeira, mas que o seu benefício seria contribuir para a construção do conhecimento sobre a relação entre violência no trabalho da enfermagem e a cultura de segurança do paciente em hospitais da região sul do país.

5 RESULTADOS

Os resultados apresentados nesta sessão se originaram da busca pela análise da violência e sua relação com a percepção de cultura de segurança do paciente.

A seguir estão apresentados os resultados obtidos por meio da análise conjunta dos dados, os quais se dividiram em: Caracterização sociodemográfica e laboral dos participantes do estudo; Violência no trabalho hospitalar do sul do país e seus subtipos e Violência e percepção da cultura de segurança do paciente em hospitais do sul do país.

5.1 Caracterização dos Trabalhadores participantes do Estudo

Participaram da presente pesquisa 589 trabalhadores de enfermagem, abordados nos seus locais de trabalho. O perfil demográfico e laboral dessa amostra encontra-se descrito na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos participantes do estudo segundo características demográficas e laborais. Porto Alegre/RS, 2019.

Variáveis	Total
Sexo*	
Feminino	488 (83,3%)
Masculino	98 (16,7%)
Idade [†]	44 (\pm 9,5)
Situação Conjugal*	
Com Companheiro	393 (67,1%)
Sem Companheiro	193 (32,9%)
Raça/Etnia*	
Branca	464 (79%)
Negra e Parda	123 (21%)
Tabagismo*	
Sim	40 (6,8%)
Não	545 (93,2%)
Álcool*	
Sim	201 (34,1%)
Não	388 (65,9%)
Uso de Medicação*	
Sim	259 (44,1%)
Não	328 (55,9%)
Doenças Crônicas*	
Sim	176 (30,8%)
Não	396 (69,2%)
Horas de Sono [†]	6,8 (\pm 1,4)
Categoria Profissional*	
Enfermeiro	150 (25,5%)
Técnicos e auxiliares de enfermagem	439 (74,5%)
Anos de Experiência [†]	15 (\pm 9,2)
Turno*	
Dia	354 (65,1%)
Noite	190 (34,9%)
Carga Horária Semanal [‡]	36 (36 – 42)
Chefia*	
Sim	53 (9%)
Não	534 (91%)
Quantidade de Profissionais [‡]	8 (4 – 12)
Contato Físico*	
Sim	531 (91,2%)
Não	51 (8,8%)
Trabalha em outra Instituição*	
Sim	531 (91,2%)
Não	51 (8,8%)

(Continua)

Tabela 1 – Distribuição dos participantes do estudo segundo características demográficas e laborais. Porto Alegre/RS, 2019

(Conclusão)

Variáveis	Total
Acidente de Trabalho*	
Sim	310 (52,6%)
Não	279 (47,4%)
Dias Ausentes*	
Sim	254 (43,1%)
Não	335 (56,9%)

Fonte: pesquisa documental em banco de dados. SANTOS, Cibele dos. Porto Alegre, 2019. Notas: *n (%); ‡ Mediana (intervalos interquartílicos); † Média (desvio padrão).

A Tabela 1 apresenta uma amostra formada em sua maioria por mulheres (83,3%), com média de idade de 44 anos ($\pm 9,5$), com companheiro (67,1%), de etnia branca (79%), não fumantes (93,2%) e que não fazem uso de bebida alcoólica nenhum dia da semana (65,9%).

A tabela ainda descreve que a maioria da amostra não faz uso de medicação de uso contínuo (55,9%), não possuem algum tipo de doença crônica (69,2%) e têm uma média de 6 horas de sono por dia ($\pm 1,4$).

A distribuição dos profissionais quanto à categoria profissional, obedece à estratégia de amostragem, sendo a maioria por técnicos e auxiliares de enfermagem (74,5%), com experiência profissional média de 15 anos ($\pm 9,2$), que trabalham no diurno (65,1%), com mediana de 36 horas de carga horária semanal (IIQ: 36 – 42), que não possui cargo de chefia (91%), que trabalha com uma mediana de 8 profissionais em seu setor/unidade (IIQ: 4 – 12), que tem contato físico frequente com seus pacientes (91,2%) e que não trabalha em outra instituição de saúde (86,9%). Ainda sobre o trabalho, a maioria (52,6%) referiu ter sofrido algum tipo de acidente laboral e ter se ausentado pelo menos um dia (56,9%) das suas atividades laborais no último ano.

Ainda sobre as características dos participantes da pesquisa, uma subamostra contribuiu com a abordagem qualitativa do estudo. Os 33 trabalhadores que responderam à entrevista semiestruturada têm suas

características apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos participantes da entrevista segundo sexo e categoria profissional. Porto Alegre/RS, 2019

Variáveis	(n = 33)
Sexo*	
Feminino	28 (84,8%)
Masculino	5 (15,2%)
Categoria Profissional*	
Enfermeiro	15 (45,5%)
Técnicos e auxiliares de enfermagem	18 (55,5%)

Fonte: pesquisa documental em banco de dados. SANTOS, Cibele dos. Porto Alegre, 2019. Notas: *n (%).

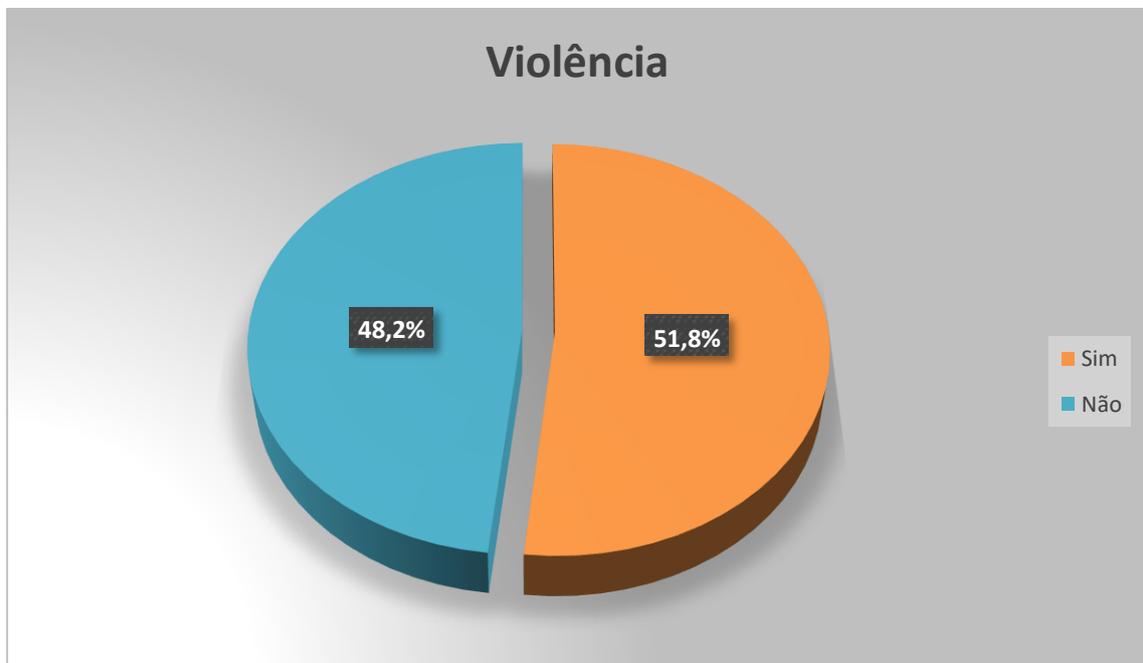
Situada a amostra e a subamostra do estudo, na sequencia são apresentados os resultados acerca da exposição destes profissionais à violência no trabalho.

5.2 Violência Perpetrada a Trabalhadores de Enfermagem em instituições de Saúde do Sul País

Nesta sessão serão apresentados os resultados dos dados do percentual geral de violência e do percentual de violência e seus subtipos.

A prevalência da violência sofrida por trabalhadores de enfermagem em hospitais da região sul do país encontra-se na Figura 1.

Figura 1 - Distribuição de trabalhadores expostos e não expostos à violência em hospitais da região sul do país. Porto Alegre/RS, 2019. (n=589).

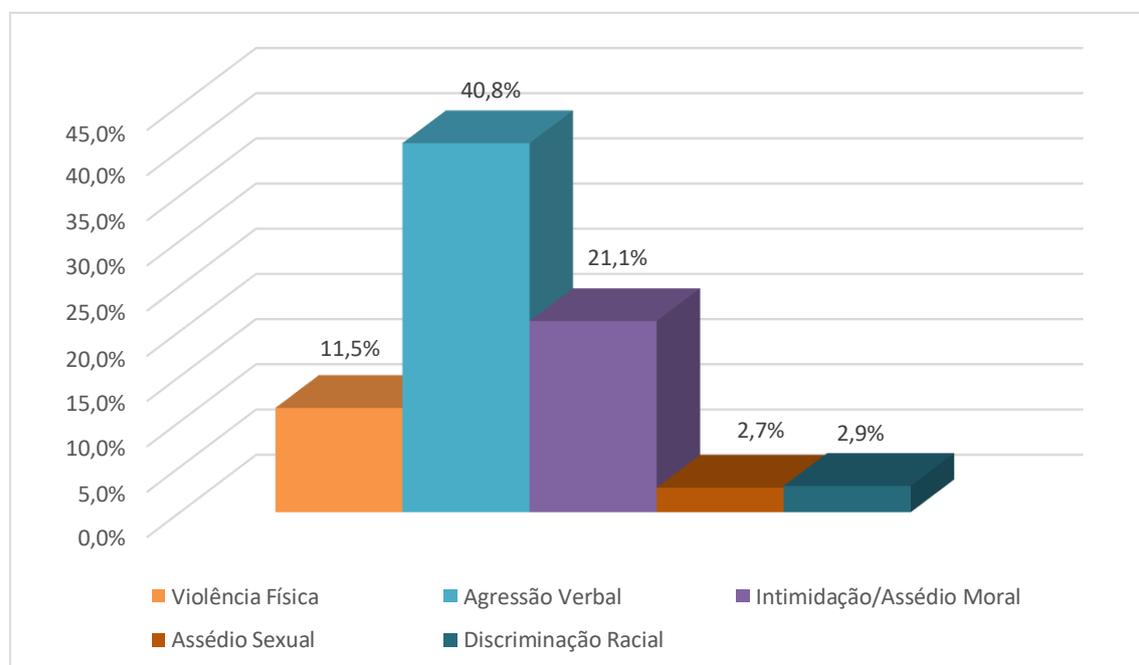


Fonte: pesquisa documental em banco de dados. SANTOS, Cibele dos. Porto Alegre, 2019.

Encontrou-se que 51,8% (n=305) dos trabalhadores de enfermagem sofreram algum tipo de violência nos últimos 12 meses.

O gráfico a seguir apresenta os tipos de violência praticados contra a equipe de enfermagem.

Figura 2 – Distribuição da violência sofrida pelos trabalhadores de enfermagem, segundo seus subtipos, em hospitais do sul do país. Porto Alegre/RS, 2019. (n=589).



Fonte: pesquisa documental em banco de dados. SANTOS, Cibele dos. Porto Alegre, 2019.

Foi verificada prevalência de 11,5% (n=68) de violência física. No que tange a violência psicológica, 40,8% (n=240) de violência verbal, 21,1% (n=124) de assédio moral, 2,7% (n=16) de assédio sexual e 2,9% (n=17) de discriminação racial a trabalhadores de enfermagem.

Diante dos achados quantitativos apresentados na Figura 2, é possível articular a subcategoria “circunstancias de violência” a fim de ampliar a compreensão dos achados. Assim como na aplicação do questionário, nas entrevistas ficaram evidentes que os casos mais frequentes de violência laboral nos hospitais do sul do país se tratam de agressões verbais, conforme ilustrado pelas falas a seguir:

“[...] Já aconteceu de chamar assim “ah tu está aí pra isso”, “tu só serve pra isso”, sabe as pessoas te tratam assim as vezes. Tem paciente e paciente, tem paciente maravilhoso, mas tem paciente que te trata assim feito lixo...”

E3

“[...] Eles falam um horror, mas isso aí a gente já tem um filtro que não abala mais...” E9

“[...] Ele meio que surtou, começou a ser agressivo e falou até palavrão...”
E8

“[...] Aí quando tu chega aqui para trabalhar tu vê que não existe esse respeito...” E18

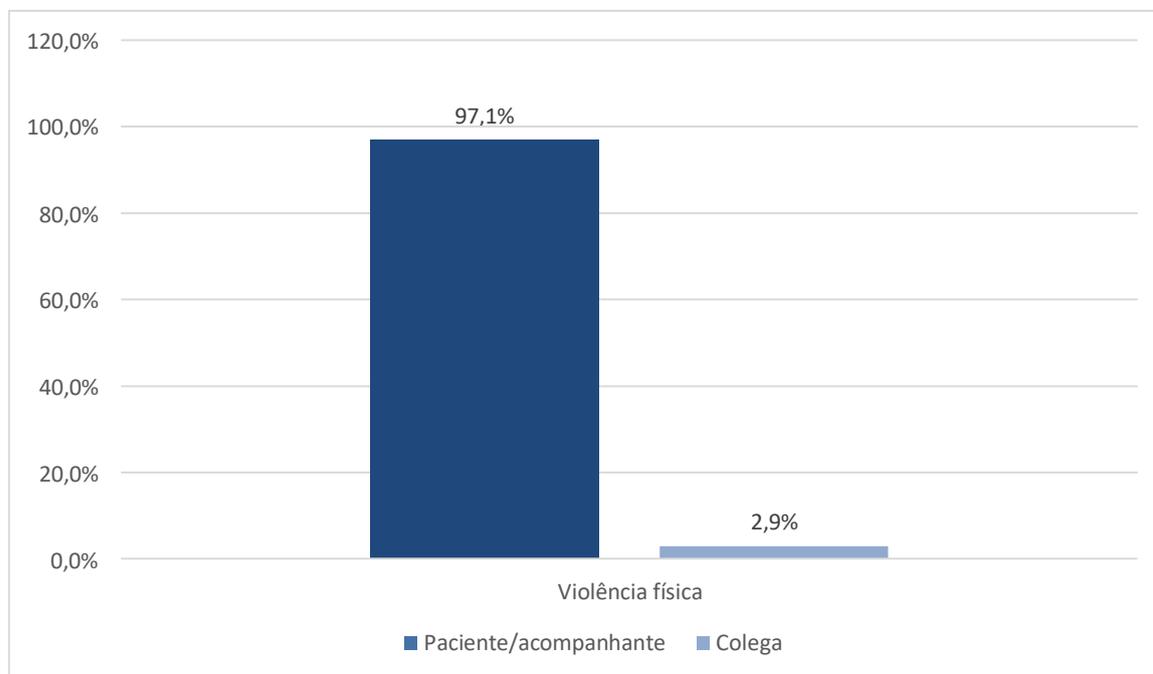
“[...] um médico que vivia brigando me pediu uma pinça que estava faltando, fui atrás do que ele me pediu, mas eu demorei até conseguir, quando voltei, ele me desacatou na frente de toda equipe, de residentes, de todos sabe... Eu fiquei em choque, mas rebati eu disse que eu tinha demorado porque tinha ido atrás do que ele mandou, aí ele disse que não interessava que eu era uma desgraçada que não fazia nada direito que eu como profissional era uma vergonha, eu fiquei na hora sem chão sabe... mas eu respondi disse para ele ter mais respeito, porque ele não era nada mais do que eu, então ele simplesmente jogou em mim, um instrumento não me lembro o que era ao certo acho que era um afastador...” E19

“[...] Já presenciei colegas sendo chamadas de nomes tipo “burros, trouxas, entre outros...” isso afeta muito o psicológico da gente né...”
E29

Foi possível evidenciar que mesmo destacando as falas sobre agressão verbal, por ser o tipo de agressão mais prevalente, pode-se também observar que outros tipos de violências estão interligados no mesmo tipo de situação. Isso faz refletir a naturalização dos participantes diante estes episódios e que um mesmo sujeito pode sofrer vários tipos de violência em um único episódio agressão. Vale destacar também, que com as falas pode-se observar que o agressor não tem um perfil estabelecido, podendo ser até mesmo um colega de trabalho, um superior, pacientes e familiares, e que causa danos até para quem apenas presenciou a situação.

Os gráficos a seguir apresenta os perpetradores da violência praticado conta a equipe de enfermagem.

Figura 3 – Distribuição dos perpetradores de violência física a trabalhadores de enfermagem em hospitais do sul do país. Porto Alegre/RS, 2019. (n=68).



Fonte: pesquisa documental em banco de dados. SANTOS, Cibele dos. Porto Alegre, 2019.

Foi verificada 97,1% de violência física perpetrada por pacientes/acompanhantes e 2,9% por colegas de trabalho.

Diante dos achados quantitativos, as falas sobre violência física destacam-se pelo fato da naturalização da falas dos agredidos diante dos episódios de agressão física.

“[...] acontece às vezes os pacientes mais confusos, que a gente vai lidar com paciente que tá meio confuso, tá meio estressado, às vezes eles nos apertam o braço, arranham, tentam morder...” E1

“[...] um adolescente da psiquiatria me deu um tapa no meu rosto...”

E1 “[...] Eles pegam a gente pelo braço, fazem miséria. Chutam a gente...” E9

“[...] Eu fui lá sentei calma com esse meu jeitinho assim “oi, seu fulano”, aí pá, deu um soco na minha cara. Cortou aqui ó...” E10

“[...] aí quando eu chamei ela (paciente) pra medicar, ela me deu um soco.” E17

“[...] um paciente que não gostou da conduta que o médico acabou fazendo, ele resolveu ir embora e ela (colega) no desespero foi atrás dele, e ele pegou o suporte de soro e bateu nela...” E24

“[...] o colega me pegou pelo braço e me disse, se você está querendo me tirar do sério está conseguindo, podemos resolver isso agora, sei que você me quer, eu reagi, disse que não e que iria denunciar ele, e ele simplesmente começou a rir...” E30

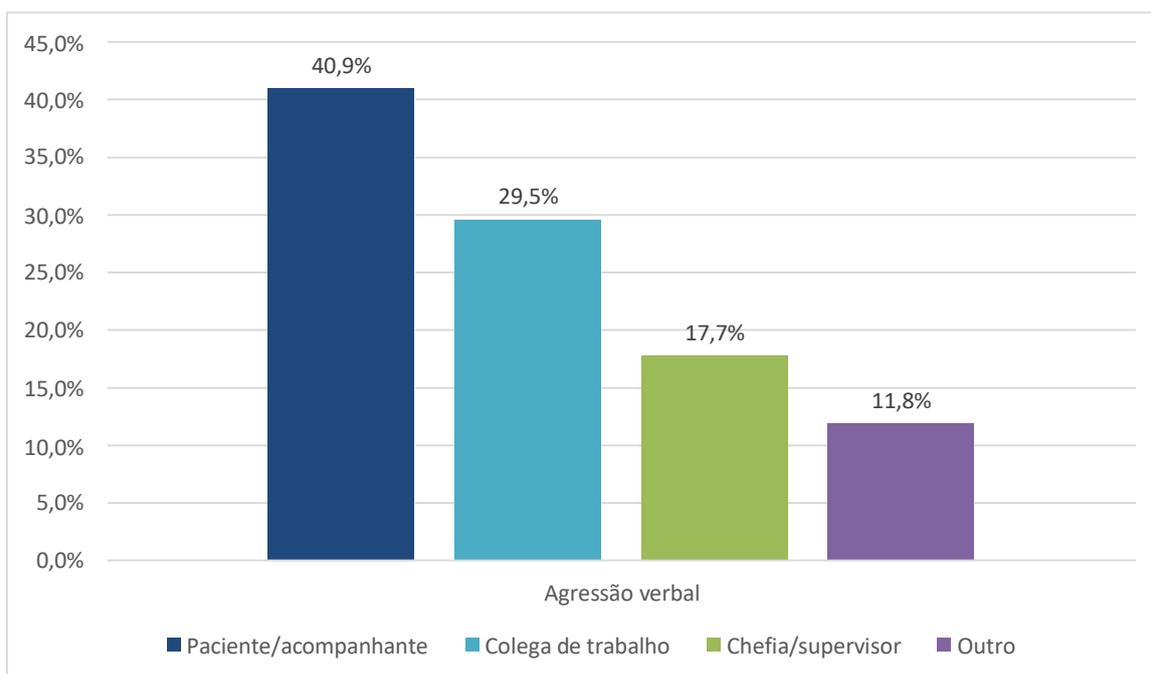
Nas falas também pode-se ser observado os entrevistados referindo-se a violência psicológica como algo que implica em maiores danos para sua saúde.

“[...] a violência psicológica é pior né, marca mais...” E4

“[...] mas eu acho que é a pior (psicológica), que é aquela que tu faz, tu diz e é muito pior que a física. Violência física é demissão! Mas a violência psicológica é a pior porque ela fica repercutindo a ponto de tu achar que tu tá errada realmente.” E5

Nos gráficos a seguir serão apresentados os resultados dos perpetradores da violência psicológica a trabalhadores de enfermagem.

Figura 4 – Distribuição dos perpetradores de violência verbal a trabalhadores de enfermagem em hospitais do sul do país. Porto Alegre/RS, 2019. (n=237)



Fonte: pesquisa documental em banco de dados. SANTOS, Cibele dos. Porto Alegre, 2019.

Foi verificada prevalência de 40,9% de agressão verbal perpetrada por pacientes/acompanhantes, 29,5% de agressão verbal perpetrada por colegas, e 17,7% de agressão verbal perpetrada por chefias.

Quando se trata de violência verbal, destaca-se o profissional médico, que é a categoria profissional citada nas falas dos entrevistados como principal

perpetrador da violência verbal na equipe de saúde.

“[...] Ele (colega) meio que surtou, começou a ficar agressivo e falou até palavrão.” E8

“[...] Então às vezes a gente fica cansado, às vezes a gente ouve bobagem, as violências verbais, né, questionando nosso trabalho. Isso são coisas que vão chateando, né, mas como eu te disse tem dias que tu tá bem e nem dá bola então eu acho que impacta sim, com certeza. Com certeza impacta no teu serviço.” E9

“[...] a gente pede para o familiar sair do leito da paciente que não pode deitar eles ficam agressivos, ou não querem que toquem no bebe naquele momento, eles querem escolher a hora que tu vai fazer o teu trabalho. Ficam xingando e ofendendo, é chato.” E18

“[...] o profissional (médico) chegou de manhã cedo e tinha outro paciente que teve uma emergência e a gente precisou usar a sala. São sete salas, e a gente precisou usar uma sala, mais adequada para emergência né... daí tinha um paciente na sala dele, daí ele ficou muito muito furioso, e dizia que era algo pessoal, que se tinha sete salas, por que usar justamente a sala dele? Se tinha mais seis sala pra usar. E daí usou palavras, palavras que não dá pra repetir. Chamou de nome de bicho, ameaça de agressão física, nome de bicho, e essas coisas...” E20

“[...] aqui no nosso setor acontece mais do familiar se alterar, e daí sim, vem a violência verbal e agressões verbais, pela demora de atendimento...” E22

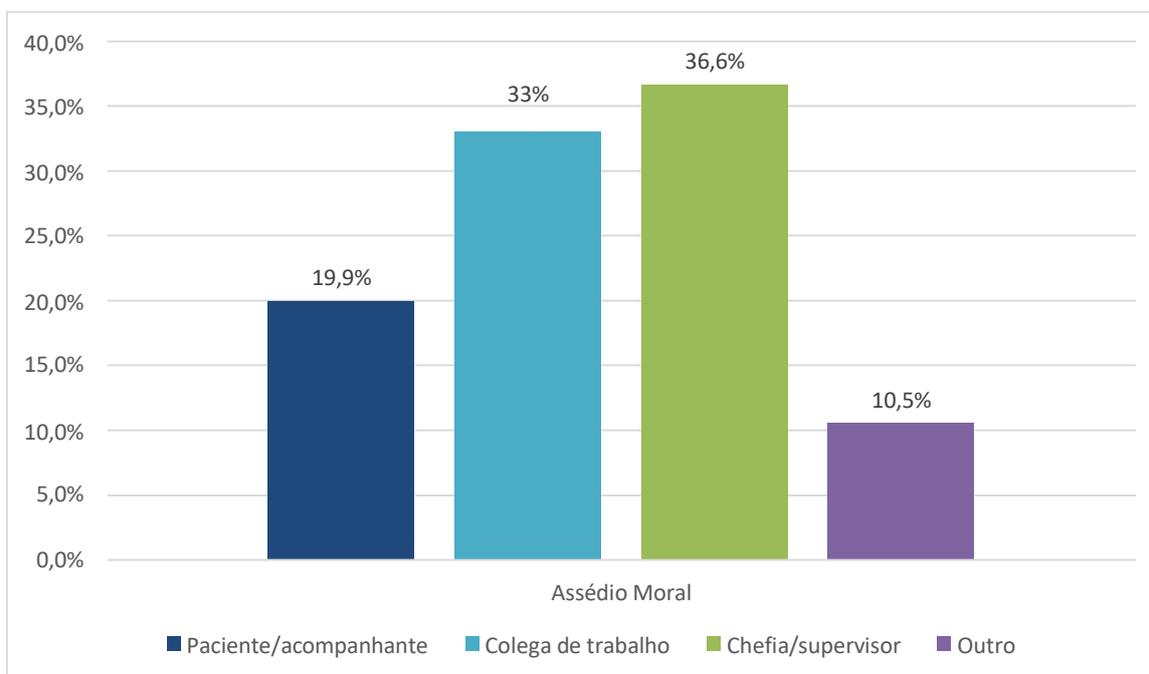
“[...] ele (familiar) começou a me xingar, começou a dizer que a gente não tem consideração com as pessoas que estão lá fora, que a gente não consegue ver que eles estão apreensivos...” E22

“[...] ele (paciente) foi extremamente agressivo com a gente... ele estava em plena consciência, tanto que tinha todo um histórico de agressividade e impactou na equipe.” E25

“[...] eu tentei ir falar com a colega mas ela veio com as pedras na mão de novo, dizendo mais um monte, aí eu pedi o porquê de tudo isso que eu não estava entendendo ela me disse “sua falsa vá criar vergonha cara e para se ser mulherzinha vadia” na frente de toda equipe...” E27

“[...] os médicos não respeitam muitas vezes principalmente os mais velhos que estão aqui a mais tempo sabe... o médico queria uma sala, se não me engano a sete para um procedimento que levaria mais cerca de meia hora, mas falei que a três estava vaga e que era para usar a mesma, ele ficou muito bravo e disse você é uma “merda” de enfermeira acha que tá fazendo o que aqui? Que manda o que aqui, você tem que aprender o seu lugar aqui dentro, onde já se viu isso...” E30

Figura 5 – Distribuição dos perpetradores de assédio moral a trabalhadores de enfermagem em hospitais do sul do país. Porto Alegre/RS, 2019. (n=123).



Fonte: pesquisa documental em banco de dados. SANTOS, Cibele dos. Porto Alegre, 2019.

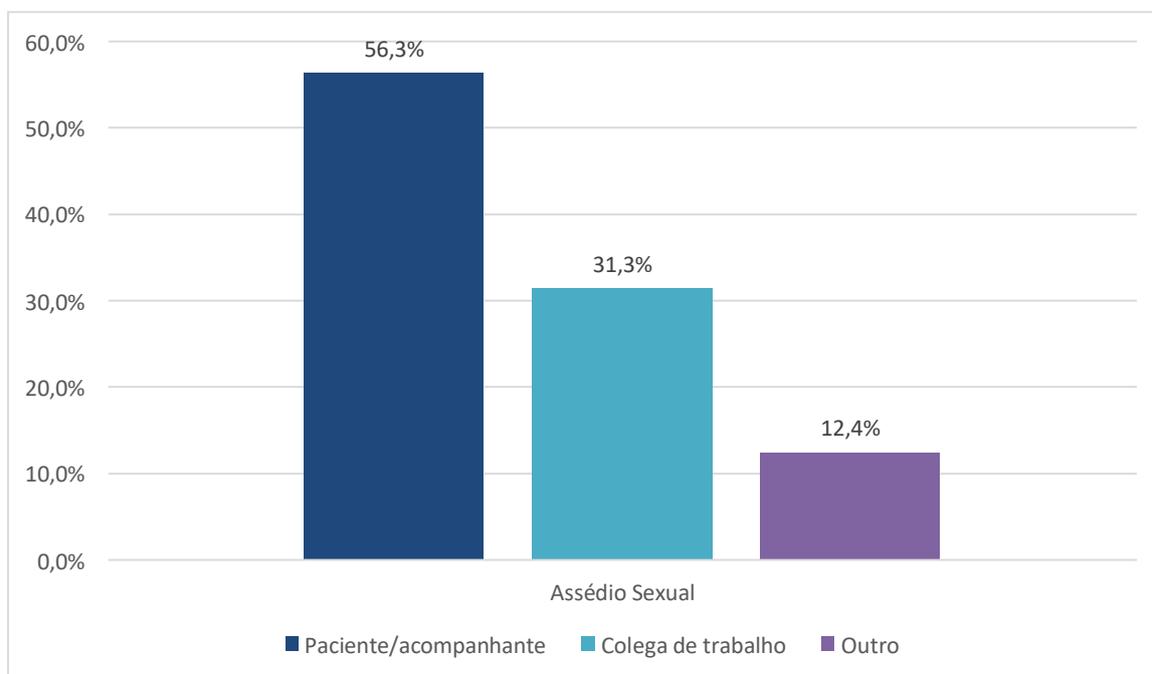
Foi verificada prevalência de 36,6% de assédio moral perpetrado por chefias, 33% de assédio moral perpetrado por colegas de trabalho e 19,9% de assédio moral perpetrado por pacientes/acompanhantes.

Também em consonância com os achados quantitativos, os conteúdos das falas dos profissionais expostos a assédio moral, também abordou a chefia como o principal perpetrador da violência.

“[...] assédio moral foi uma das minhas superiores né, que ela fazia muita pressão, ela tinha um assédio terrível contra os funcionários, principalmente contra a minha pessoa e que ela não tinha muitas papas na língua né, ela conseguia mesmo te humilha, te ofende fosse na frente de quem fosse.” E6

“[...] colegas novas que entram, as vezes a enfermeira chefe, ou a própria colega diz assim: ah, tu é burra, tu não sabe, tu tem que estudar. Sabe aquela coisa assim que te humilha?” E15

Figura 6 – Distribuição dos perpetradores de assédio sexual a trabalhadores de enfermagem em hospitais do sul do país. Porto Alegre/RS, 2019. (n=16).



Fonte: pesquisa documental em banco de dados. SANTOS, Cibele dos. Porto Alegre, 2019.

Foi verificada prevalência de 56,3% de assédio sexual perpetrado por pacientes/acompanhantes e 31,3% de assédio sexual perpetrado por colegas de trabalho.

Também em consonância com os achados quantitativos, os principais perpetradores de assédio sexual foram os pacientes e os colegas de trabalho, como pode ser observado nas falas a seguir:

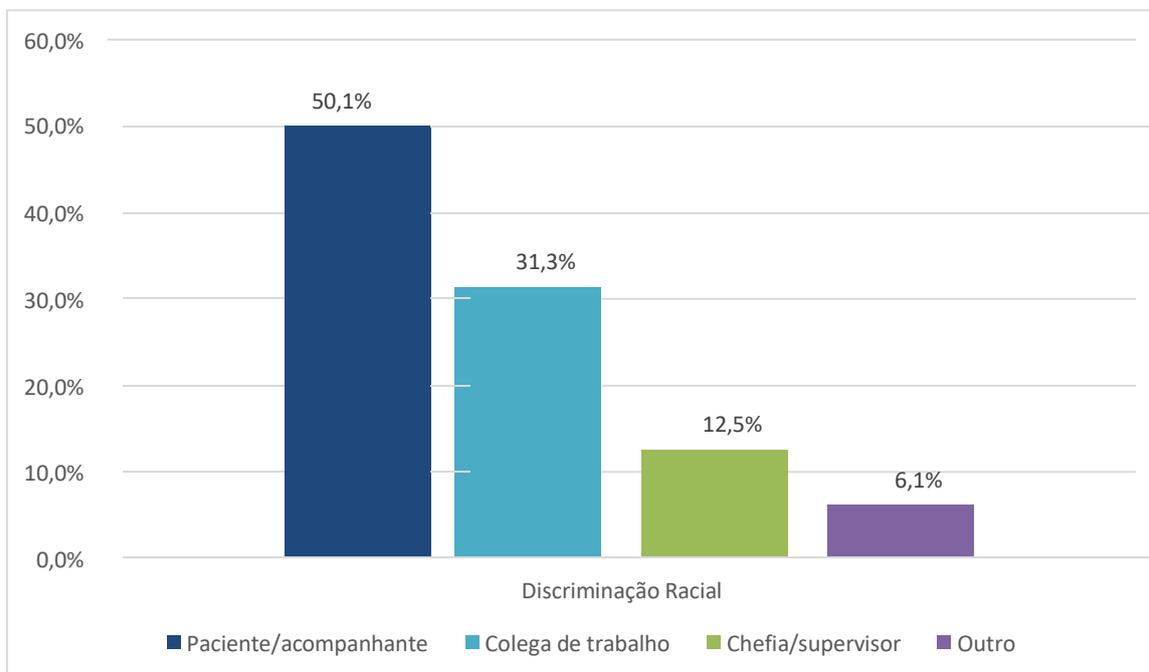
“[...] ele é assim mesmo”, “aí ele dá em cima de todo mundo”, “aí ele já fez isso com todo mundo, ele é abusado, não sei o que”. Todo mundo já tinha passado por aquilo, entendeu?! Mas parece que é normal, deixa ele mexe com uma, mexe com outra, mexe com outra...”
E3

“[...] o médico fez brincadeiras obscenas, passou a mão em lugares que não deveria... não gostei, me senti muito mal, foi em frente de pacientes foi uma situação muito difícil...” E29

“[...] eu tenho dificuldades em conversar com o médico que me assediou eu evito...” E29

“[...] Depois do ocorrido até mais fria fiquei com os pacientes, a maneira de tratar eles, principalmente os homens por medo que fizessem algo comigo”. E29

Figura 7 – Distribuição dos perpetradores de discriminação racial a trabalhadores de enfermagem em hospitais do sul do país. Porto Alegre/RS, 2019. (n=16).



Fonte: pesquisa documental em banco de dados. SANTOS, Cibele dos. Porto Alegre, 2019.

Foi verificada prevalência de 50,1% de discriminação racial perpetrada por pacientes/acompanhantes, 31,3% de discriminação racial perpetrada por colegas de trabalho e 12,5% por chefia.

Também em consonância com os dados quantitativos, os achados qualitativos reforça que o principal perpetrador de discriminação racial são os pacientes.

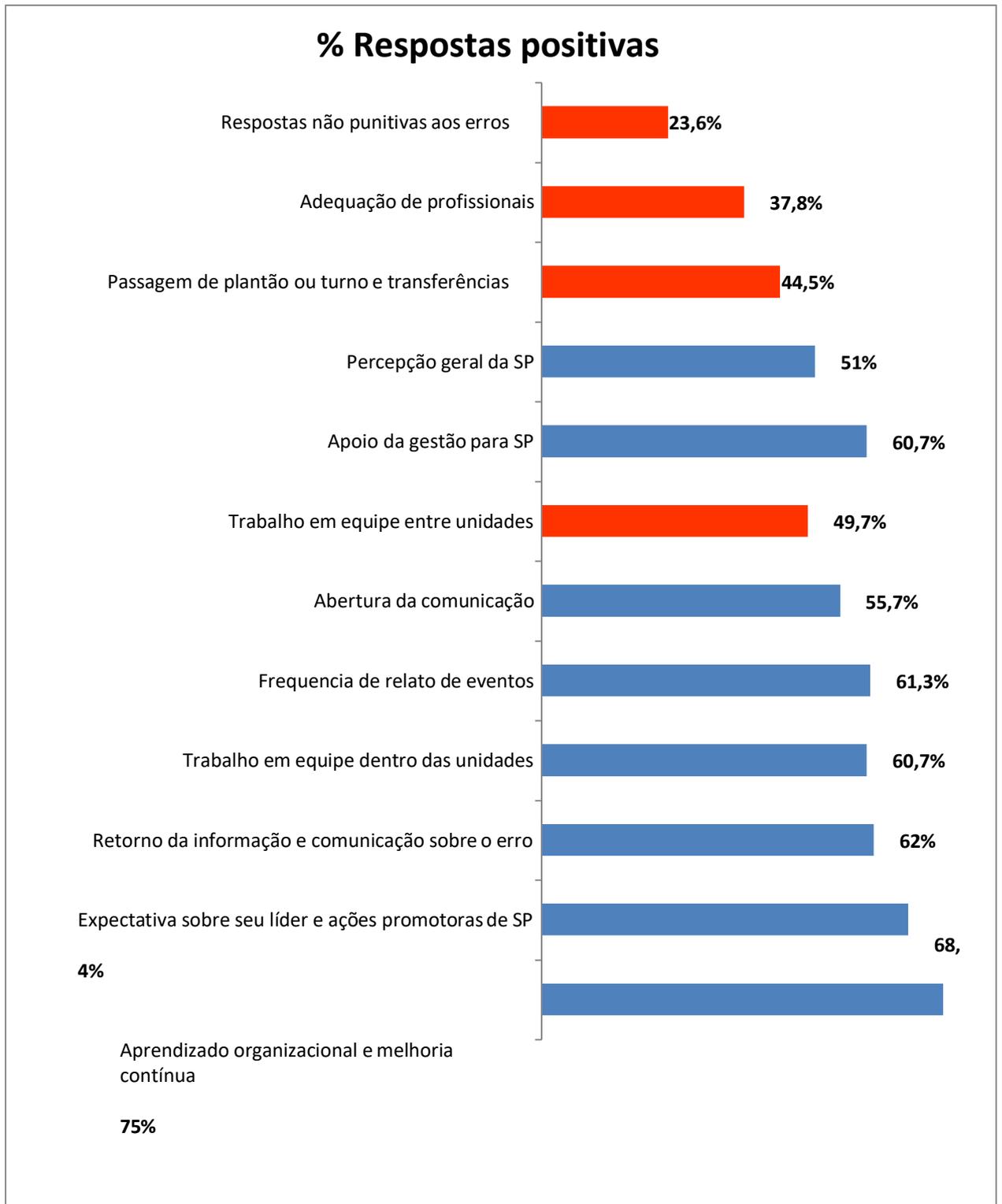
“[...] ele (paciente) falava coisas que ele não queria ser atendido por mim, que eu era preta, essas coisas assim...” E17

A seguir serão apresentados os resultados destes profissionais acerca da percepção da cultura de segurança do paciente e suas implicações no trabalho da enfermagem.

5.3 Avaliação da percepção da Cultura de Segurança do Paciente e as implicações da violência no Trabalho da Enfermagem

Nesta sessão será apresentada a percepção acerca da cultura de segurança do paciente dos 589 profissionais, dos hospitais do sul do país.

Figura 8 – Percentual médio de respostas positivas sobre as doze dimensões sobre a percepção de cultura de segurança do paciente em hospitais do sul do país. Porto Alegre/RS, 2019. (n=589).



Fonte: pesquisa documental em banco de dados. SANTOS, Cibele dos. Porto Alegre, 2019.

No presente estudo foi observado um percentual de 75% de respostas positivas na dimensão “aprendizagem organizacional e melhoria contínua”, uma dimensão que pode ser classificada como uma área forte da segurança do paciente. Os percentuais mais elevados foram observados nas dimensões: “expectativa sobre seu líder e ações promotoras de segurança do paciente” (68,4%), “retorno da informação e retorno sobre o erro” (62%), “frequência do relato de eventos” (61,3%), “trabalho em equipe dentro da unidade” (60,7%) e “apoio da gestão para segurança do paciente” (60,7%).

Quatro dimensões foram consideradas como áreas frágeis para cultura de segurança do paciente: “trabalho em equipe entre as unidades” (49,7%), “passagem de plantão ou turno e transferências” (44,5%), “adequação de profissionais” (37,8%) e “respostas não punitivas aos erros” (23,6%). Dimensões as quais com resultados inferiores a 50% de respostas positivas e que, portanto, necessitam intervenções para melhoria conforme preconizado pelas autoras do instrumento (SORRA; NIEVA, 2004). A distribuição do percentual médio de respostas positivas de todas as suas dimensões e seus itens componentes da cultura de segurança do paciente, do presente estudo será apresentado na Tabela A, do Apêndice C.

Na Tabela 3 apresenta a distribuição dos trabalhadores expostos e não expostos à violência no trabalho, segundo as 12 dimensões avaliadas para a cultura de segurança do paciente.

Tabela 3 – Distribuição dos trabalhadores expostos e não expostos à violência no trabalho, segundo as dimensões avaliadas para cultura de segurança do paciente em hospitais do sul do país. Porto Alegre/RS, 2019

Dimensões	Violência no Trabalho		P
	Sim	Não	
Trabalho em equipe	50 (25 – 75) ‡ 55,2 (±32) †	75 (50 - 100) ‡ 66,6 (±29,8) †	0,000 [¶]
Expectativa sobre o líder	75 (50 – 100) ‡ 62,2 (±33,5) †	75 (50 - 100) ‡ 75 (±30) †	0,000 [¶]
Aprendizado Organizacional	66,6 (33,3 – 100) ‡ 71,3 (±32,4) †	100 (100 – 100) ‡ 78,9 (±27) †	0,009 [¶]
Apoio da gestão	66,6 (33,3 – 100) ‡ 55,4 (±38,4) †	66,6 (33,3 – 100) ‡ 66,5 (±37,8) †	0,000 [¶]
Percepção geral da segurança	50 (25 – 75) ‡ 46 (±29,5) †	50 (25 – 75) ‡ 56,6 (±29) †	0,000 [¶]
Retorno da informação	66,6 (33,3 – 100) ‡ 57 (±37,3) †	66,6 (33,3 – 100) ‡ 67,6 (±33,7) †	0,001 [¶]
Abertura da comunicação	33 (33,3 – 100) ‡ 50,8 (±36,7) †	66,6 (33,3 – 100) ‡ 61,1 (±33,5) †	0,001 [¶]
Frequência de relato de eventos	66,6 (0 - 100) ‡ 56,6 (±43,4) †	100 (100 – 100) ‡ 66,4 (±41,2) †	0,006 [¶]
Trabalho em equipe entre unidades	50 (25 – 75) ‡ 46,4 (±33,5) †	50 (25 – 75) ‡ 53,5 (±32,2) †	0,010 [¶]
Adequação de profissionais	25 (25 – 50) ‡ 35,1 (±27,1) †	50 (25 – 50) ‡ 40,8 (±30,1) †	0,020 [¶]
Passagem de plantão	50 (50 – 50) ‡ 40 (±31,3) †	50 (25 – 75) ‡ 49,4 (±32,1) †	0,001 [¶]
Respostas não punitivas aos erros	0 (0 – 33,3) ‡ 21,6 (±27,5) †	33,3 (33,3 – 33,3) ‡ 25,9 (±29,2) †	0,067 [¶]

Fonte: pesquisa documental em banco de dados. SANTOS, Cibele dos. Porto Alegre, 2019. Notas: ‡ Mediana (intervalos interquartílicos); † Média (desvio padrão); ¶ Mann-Whitney

Pode-se constatar que quem não sofreu violência teve média de respostas positivas maior nas 12 dimensões. Pode-se observar também, que das 12 dimensões avaliadas na percepção da cultura de segurança do paciente, onze dimensões apresentaram significância estatística na associação com a violência.

As diversas situações de violência no trabalho acabam ocasionando repercussões para o cuidado. As falas a seguir apresentam questões que envolvem a violência no local de trabalho da enfermagem e as suas repercussões para a percepção de cultura de segurança do paciente, conforme os trechos que seguem:

“[...] então tu já vai assim meio se esquivando dos pacientes... eu tentei né com esse paciente ser o mais profissional possível, mas assim eu entrei o mínimo possível que eu poderia, então o mínimo sabe, e até pedi pra outra colega atender sabe, ir comigo, então acho que atrapalha um pouco né, porque tu fica meio assim né?!... E3

“[...] Não gosto de tratar com diferença, mas eu acredito assim ó que se eu ficar assim com esse paciente que aconteceu essa situação com o familiar, né, seria diferente né. Eu não ia conseguir dar o mesmo tratamento que eu dou aos meus pacientes.” E10

“[...] passei pra enfermeira que tava naquele momento, passei a situação e ela, falei pra ela “olha naquele quarto ali infelizmente, enquanto o familiar estiver ali eu não vou entrar.” E10

Nas falas pode-se perceber e a diferença no atendimento prestado, evidenciando o distanciamento dos profissionais, e conseqüentemente, menor cuidado, devido ao pouco tempo despendido no contato com o paciente, pelo medo de possíveis agressões futuras.

“[...] as pessoas dizem que não afeta, mas afeta sim. Acho que tu tem que ter a cabeça muito, tu tem que tá muito assim... focada naquilo que tu tá fazendo senão tu acaba afetando o paciente...” E5

“[...]a falta de concentração na hora de fazer a atividade, aquela vez que teve uma briga séria”. E20

“[...] Então às vezes a gente fica cansado, às vezes a gente ouve bobagem, as violências verbais, né, questionando nosso trabalho. Isso são coisas que vão chateando, né, mas como eu te disse tem dias que tu tá bem e nem dá bola então eu acho que impacta sim, com certeza.” E9

“[...] tá com uma depressão, né, por causa desses conflitos, eu acho que interfere sim, às vezes até para vir trabalhar, tua cabeça não tá com... tua cabeça não tá focada e tu até acaba deixando passar certas coisas né, que são referentes ao cuidado, interfere sim.” E16.

“[...] um estresse grande, é, às vezes até dificuldade de raciocínio lógico né, de trabalho em equipe mesmo, porque se você é a líder daquele grupo, você vai ter que gerenciar essas situações, então de que forma, psicologicamente abala bastante né, tem que encontrar medidas e soluções, muitas vezes a própria líder do grupo vai precisar ajuda extra de algum outro colega, ela não vai dar conta sozinha, ela vai precisar que algum outro colega diferente entre naquele quarto e atenda aquele paciente, porque ela não vai ter mais condição naquele momento.” E21

“[...] todo mundo perde né, quando você tem um estresse, um ato mais agressivo assim, eu acho que até o paciente perde também, porque acaba que você não consegue mais trabalhar direito, seu emocional está abalado, você está nervosa, você não consegue mais pensar e nem raciocinar direito então o risco que aconteça algo errado é maior”. E26

“[...] Eu no dia que aconteceu (agressão verbal) me vem à cabeça que eu nem queria e nem conseguia mais nem ver minhas anotações pense só, eu fiquei atordoada coisa assim que não tem como explicar...” E27

Nestas outras falas pode-se observar a falta de atenção vivenciada após os episódios de violência, fato de suma importância, pois concentração em atividades exercidas na área da saúde implicam em potenciais danos que podem gerar consequências danosas aos pacientes.

“[...] não tinha mais aquele cuidado sabe, eu não tinha mais vontade, eu não tinha mais ânimo de conversar com eles, essa que era a verdade. Eu chegava nos quartos assim e fazia a coisa meio que no piloto automático, realmente mudou muito aquele amor, aquela vontade que tu tem de fazer a diferença em alguma coisa, porque mais que tu fazia nunca estava bom né, então repercutia muito. Foi bem difícil, porque quando tu tem um ambiente de trabalho leve, com a equipe leve, que tu vê que é uma equipe, tu vê às coisas de uma outra perspectiva, agora tu pensa assim, tu faz, faz, faz e a tua chefia só te desmorona né, os teus colega só tentam meio que te puxartapetezinho né, pô daí tu olha pro pacientes num descaso, tipo assim eles não se cuidam, daí tu vai pensar “poxa se tu não faz eu também não vou fazer...” E6

“[...] Eu acho que a violência não seria só pro paciente, até pra nós, quem vai cuidar de nós? Se eu estiver abalada psicologicamente com certeza o meu trabalho não vai ser bem feito, eu vou estar fazendo o meu trabalho no automático, na pressão porque eu preciso, mas não por uma realização.” E24

“[...] você fica totalmente desmotivado... enquanto você vê essa situação, você encara uma situação de violência você faz teu básico ali né, tu fica mais profissional possível assim, faz o que tem que fazer, e deu, fica técnico, tu não vai observar o outro, você não consegue, você só consegue fazer uma assistência ali né... só pode dar aquilo que tem...” E25

Cabe salientar também a forma como os profissionais trataram os pacientes após os episódios de violência. A partir das falas conjectura-se que os

pacientes foram tratados como objetos inanimados, como coisas... Também pode-se estimar que as atividades passaram ser exercidas no modo automático, sem zelo, carinho e muito menos amor, com o próximo e até mesmo consigo mesmo.

“[...] dependendo do profissional médico a gente não vai ter tanta liberdade de chegar, se aproximar pra ele e pedir algumas coisas, então com isso vai acarretar a assistência prestada para o paciente, o que poderia ser resolvido em poucos dias as coisas vai se prolongar por essa falta de informação e dependendo se for o familiar também vai ter essa restrição, vai ser uma coisa mais afastada, isolada, fazer a sua parte e deu...” E24

Falhas na comunicação são apontadas como os principais fatores que interferem na segurança do paciente. A partir da fala acima podemos compreender melhor que após a vivência de uma agressão, a pessoa que sofreu o dano, evita falar com o agressor, mesmo que isso poderá causar danos ao paciente.

Com base nos resultados apresentados na Figura 8, cada uma das 12 dimensões da percepção da cultura de segurança do paciente foi submetida a análise de regressão múltipla e seus resultados serão apresentados a seguir.

A Tabela 4 apresenta a análise realizada com a dimensão 1 (Trabalho em equipe).

Tabela 4 – Modelo de Regressão Linear Múltipla para a Dimensão 1 - Trabalho em equipe nas unidades do hospital. Porto Alegre/RS, 2019

Variáveis	<i>B</i>	<i>P</i>	<i>r</i> ²
Hospital	6,455	0,021	0,124
Doenças crônicas	-8,253	0,003	
Sofreu algum tipo de violência	-6,498	0,012	
Reconhecimento no trabalho	4,711	0,000	
Relacionamento interpessoal no trabalho	6,827	0,000	

Legenda: *B* – Coeficiente angular de regressão; *r*² – coeficiente de determinação.

Foi possível observar na Tabela 4, que a partir do cálculo de regressão linear múltipla, que pertencer ao hospital A, não possuir doenças crônicas (como variável de maior influência inversa), não ter sofrido algum tipo de violência nos últimos doze meses, tem melhor avaliação na dimensão – Trabalho em equipe. O aumento nos escores sobre reconhecimento e no relacionamento interpessoal no trabalho também teve influência na dimensão “Trabalho em equipe”.

A Tabela 5 apresenta a análise realizada com a dimensão 2 (Expectativa sobre o líder).

Tabela 5 – Modelo de Regressão Linear Múltipla para a Dimensão 2 – Expectativa sobre o líder. Porto Alegre/RS, 2019

Variáveis	<i>B</i>	<i>P</i>	<i>r</i> ²
Turno	-6,913	0,011	0,161
Sofreu algum tipo de violência	-8,821	0,001	
Reconhecimento no trabalho	9,293	0,000	
Relacionamento no trabalho	2,909	0,084	

Legenda: *B* – Coeficiente angular de regressão; *r*² – coeficiente de determinação.

Foi possível observar na Tabela 5, que a partir do cálculo de regressão linear múltipla, que pertencer ao turno noturno, que não ter sofrido algum tipo de violência nos últimos doze meses, tem melhor avaliação na dimensão –

expectativa sobre o líder. Aumento nos escores sobre reconhecimento (como variável de maior influência) e relacionamento interpessoal no local de trabalho também tem melhor avaliação na dimensão “Expectativa sobre o líder”.

A Tabela 6 apresenta a análise realizada com a dimensão 3 (Aprendizado organizacional).

Tabela 6 – Modelo de Regressão Linear Múltipla para a Dimensão 3 – Aprendizado organizacional. Porto Alegre/RS, 2019

Variáveis	B	P	r²
Tabagismo	-10,072	0,045	0,095
Trabalha em outra instituição	9,252	0,019	
Turno	-8,563	0,002	
Sofreu algum tipo de violência	-6,535	0,013	
Reconhecimento no trabalho	4,014	0,002	
Relacionamento no trabalho	4,179	0,012	

Legenda: *B* – Coeficiente angular de regressão; *r*² – coeficiente de determinação.

Foi possível observar na Tabela 6, que a partir do cálculo de regressão linear múltipla, que não ser tabagista (como variável de maior influência inversa), trabalhar em outra instituição, pertencer ao turno noturno, não ter sofrido algum tipo de violência nos últimos doze meses, tem melhor avaliação na dimensão – Aprendizado organizacional.

O aumento nos escores sobre reconhecimento e relacionamento interpessoal no local de trabalho, também tem melhor avaliação na dimensão “Aprendizado Organizacional”.

A Tabela 7 apresenta a análise realizada com a dimensão 4 (Apoio da gestão).

Tabela 7 – Modelo de Regressão Linear Múltipla para a Dimensão 4 – Apoio da gestão. Porto Alegre/RS, 2019

Variáveis	B	P	r ²
Tabagismo	-20,407	0,001	0,159
Sofreu algum tipo de violência	-6,503	0,038	
Idade	0,520	0,002	
Carga horária semanal	-1,071	0,014	
Satisfação com o local de trabalho	9,192	0,000	
Reconhecimento no trabalho	3,910	0,021	

Legenda: B – Coeficiente angular de regressão; r² – coeficiente de determinação.

Foi possível observar na Tabela 7, que a partir do cálculo de regressão linear múltipla, que não ser tabagista - variável com maior influência inversa, em 20 pontos da diferenças das médias - não ter sofrido algum tipo de violência nos últimos doze meses e menos carga horária semanal, tem melhor avaliação na dimensão – Apoio da gestão.

O aumento em meio ponto da diferenças das médias na variável idade, aumento no escore sobre satisfação e reconhecimento no local de trabalho também tem melhor avaliação na dimensão “Apoio da gestão”.

Tabela 8 apresenta a análise realizada com a dimensão 5 (Percepção geral para segurança do paciente).

Tabela 8 – Modelo de Regressão Linear Múltipla para a Dimensão 5 – Percepção geral para segurança do paciente. Porto Alegre/RS, 2019

Variáveis	B	P	r ²
Alcool	-7,581	0,004	0,103
Função	5,221	0,074	
Turno	-6,818	0,009	
Sofreu algum tipo de violência	-7,546	0,004	
Satisfação com o local de trabalho	5,079	0,001	
Preocupação com a violência no local de trabalho	-2,207	0,014	

Legenda: B – Coeficiente angular de regressão; r² – coeficiente de determinação.

Foi possível observar na Tabela 8, que a partir do cálculo de regressão linear múltipla, que não consumir bebida alcoólica, ser enfermeiro, pertencer ao turno noturno, não ter sofrido algum tipo de violência nos últimos doze meses, tem melhor avaliação na dimensão – Percepção geral para segurança do paciente.

Aumento no escore sobre a satisfação no local de trabalho e com a variável sobre preocupação com a violência (inversa), também apresentou melhor avaliação na dimensão “Percepção geral para segurança do paciente”.

A Tabela 9 apresenta a análise realizada com a dimensão 6 (Retorno da informação).

Tabela 9 – Modelo de Regressão Linear Múltipla para a Dimensão 6 – Retorno da informação. Porto Alegre/RS, 2019

Variáveis	B	P	r²
Hospital	10,692	0,001	0,171
Etnia/raça	-9,900	0,004	
Álcool	-6,635	0,025	
Chefia	13,532	0,008	
Acidente de trabalho	-5,394	0,056	
Sofreu algum tipo de violência	-5,266	0,068	
Satisfação com o local de trabalho	6,026	0,003	
Reconhecimento no trabalho	7,508	0,000	

Legenda: *B* – Coeficiente angular de regressão; *r²* – coeficiente de determinação.

Foi possível observar na Tabela 9, que a partir do cálculo de regressão linear múltipla, pertencer ao hospital A, ter etnia/raça preta, não fazer uso de bebida alcoólica, ser chefia, não ter tido acidente de trabalho, não ter sofrido algum tipo de violência nos últimos doze meses, tem melhor avaliação na dimensão – Retorno da informação.

Maior escores sobre satisfação e reconhecimento com o local de trabalho, também apresentou melhor avaliação na dimensão “Retorno da informação”.

A Tabela 10 apresenta a análise realizada com a dimensão 7 (Domínio da comunicação).

Tabela 10 – Modelo de Regressão Linear Múltipla para a Dimensão 7 – Domínio da comunicação. Porto Alegre/RS, 2019

Variáveis	B	P	r²
Hospital	11,701	0,000	0,145
Chefia	9,650	0,062	
Acidente de trabalho	-6,466	0,022	
Satisfação com o local de trabalho	7,548	0,000	
Reconhecimento no trabalho	6,225	0,000	
Preocupação com a violência no local de trabalho	-2,068	0,038	

Legenda: *B* – Coeficiente angular de regressão; *r*² – coeficiente de determinação.

Foi possível observar na Tabela 10, que a partir do cálculo de regressão linear múltipla, que pertencer ao hospital A, ter cargo de chefia, não ter tido acidente de trabalho, tem melhor avaliação na dimensão – Domínio da comunicação.

Aumento no escore sobre satisfação, reconhecimento e preocupação com a violência (inversa), também têm melhor avaliação na dimensão “Domínio da comunicação”.

A Tabela 11 apresenta a análise realizada com a dimensão 8 (Frequência de relatos de eventos).

Tabela 11 – Modelo de Regressão Linear Múltipla para a Dimensão 8 – Frequência de relatos de eventos. Porto Alegre/RS, 2019

Variáveis	B	P	r²
Sofreu algum tipo de violência	-7,197	0,042	0,035
Satisfação com o local de trabalho	7,829	0,000	

Legenda: *B* – Coeficiente angular de regressão; *r*² – coeficiente de determinação.

Foi possível observar na Tabela 11, que a partir do cálculo de regressão linear múltipla, que não ter sofrido algum tipo de violência nos últimos doze meses e aumento no escore sobre satisfação no local de trabalho, tem melhor avaliação na dimensão – Frequência de relatos de eventos.

A Tabela 12 apresenta a análise realizada com a dimensão 8 (Trabalho em equipe entre as unidades do hospital).

Tabela 12 – Modelo de Regressão Linear Múltipla para a Dimensão 9 –Trabalho em equipe entre as unidades do hospital. Porto Alegre/RS, 2019

Variáveis	B	P	r²
Sofreu algum tipo de violência	-4,873	0,083	0,57
Horas de sono	1,760	0,073	
Reconhecimento no trabalho	4,818	0,000	
Relacionamento no trabalho	3,360	0,038	

Legenda: *B* – Coeficiente angular de regressão; *r*² – coeficiente de determinação.

Foi possível observar na Tabela 12, que a partir do cálculo de regressão linear múltipla, que não ter sofrido algum tipo de violência nos últimos doze meses, ter mais horas de sono por noite, tem melhor avaliação na dimensão – Trabalho em equipe entre as unidades do hospital.

Aumento nos escores sobre reconhecimento e relacionamento no local de trabalho também têm melhor avaliação na dimensão “Trabalho em equipe entre as unidades do hospital”.

A Tabela 13 apresenta a análise realizada com a dimensão 10 (Adequação de profissionais).

Tabela 13 – Modelo de Regressão Linear Múltipla para a Dimensão 10 – Adequação de profissionais. Porto Alegre/RS, 2019

Variáveis	B	P	r ²
Hospital	6,218	0,014	0,51
Sexo	6,129	0,054	
Satisfação com o local de trabalho	5,691	0,000	
Preocupação com a violência no local de trabalho	-1,791	0,033	

Legenda: B – Coeficiente angular de regressão; r² – coeficiente de determinação.

Foi possível observar na Tabela 13, que a partir do cálculo de regressão linear múltipla, que pertencer ao hospital A, ser do sexo masculino, tem melhor avaliação na dimensão – Adequação de profissionais.

Aumento nos escores sobre satisfação e preocupação com a violência (inversa), têm melhor avaliação na dimensão “Adequação de profissionais”.

A Tabela 14 apresenta a análise realizada com a dimensão 11 (passagem de plantão).

Tabela 14 – Modelo de Regressão Linear Múltipla para a Dimensão 11 – Passagem de plantão. Porto Alegre/RS, 2019

Variáveis	B	P	r ²
Doenças Crônicas	-5,907	0,049	0,064
Turno	-6,347	0,030	
Sofreu algum tipo de violência	-8,036	0,005	
Satisfação com o local de trabalho	5,328	0,002	

Legenda: B – Coeficiente angular de regressão; r² – coeficiente de determinação.

Foi possível observar na Tabela 14, que a partir do cálculo de regressão linear múltipla, que não ter doenças crônicas, ser do turno noturno e não ter sofrido violência nos últimos doze meses, tem melhor avaliação na dimensão – Passagem de plantão. Aumento no escores sobre satisfação no local de trabalho também teve melhor avaliação na dimensão “Passagem de plantão”.

A Tabela 15 apresenta a análise realizada com a dimensão 12 (Respostas não punitivas aos erros).

Tabela 15 – Modelo de Regressão Linear Múltipla para a Dimensão 12 – Respostas não punitivas aos erros. Porto Alegre/RS, 2019

Variáveis	B	P	r²
Sofreu algum tipo de violência	-4,669	0,051	0,025
Função	-7,530	0,005	
Reconhecimento no trabalho	1,998	0,074	

Legenda: *B* – Coeficiente angular de regressão; *r*² – coeficiente de determinação.

Foi possível observar na Tabela 15, que a partir do cálculo de regressão linear múltipla, que não ter sofrido violência nos últimos doze meses e ser técnico/auxiliar de enfermagem, tem melhor avaliação na dimensão – Respostas não punitivas aos erros.

Aumento no escore sobre reconhecimento no trabalho também obteve melhor avaliação na dimensão “Respostas não punitivas aos erros”.

6 DISCUSSÃO

A presente pesquisa abordou 589 trabalhadores de enfermagem de dois hospitais públicos do sul do país, dentre os quais, 51,8% afirmaram terem sido vítimas de algum tipo de violência nos últimos 12 meses. Uma prevalência mais baixa comparada com estudos nacionais, como pesquisa que utilizou o mesmo instrumento para avaliação da violência, realizado na atenção primária a saúde de Porto Alegre, com prevalência de violência de 69,8% nos últimos 12 meses (STURBELLE, et al., 2018) e com estudo realizado na cidade de São Paulo, que 32,8% dos participantes referiram a vivência de pelo menos um episódio de violência (SILVA, et al., 2015).

Ainda apresentou prevalência semelhante a estudos internacionais como em estudo realizado na Sérvia que evidenciou 52,6% dos participantes foram expostos a violência no trabalho (FISEKOVIC, et al., 2015) e estudo realizado com 270 profissionais de saúde na Arábia Saudita, que evidenciou que 45,6% da amostra sofreu algum tipo de violência no trabalho nos 12 meses anteriores a pesquisa (EL-GILANY; EL-WEHADY; AMR, 2010).

A violência em ambientes de cuidado de saúde tem se tornado uma preocupação mundial, independentemente das características econômicas e culturais de cada país. Por representar um problema de saúde pública, a violência ocupacional tem sido foco de estudos na comunidade científica em todo o mundo (ALMEIDA; BEZERRA-FILHO; MARQUES, 2017; FERNANDES, SALA; HORTA, 2018; LANTHIER; BIELECKY; SMITH, 2018), pois está associada à diversos impactos negativos na saúde biopsicossocial do trabalhador (LANTHIER; BIELECKY; SMITH, 2018).

A violência psicológica foi o tipo de violência com maior prevalência no presente estudo, dado que corrobora com pesquisas mundiais acerca desta temática, afirmando que as violências psicológicas são mais recorrentes nos serviços de saúde (EL-GILANY; EL-WEHADY; AMR, 2010; FISEKOVIC, 2015; SILVA, et al., 2015; LINDNER, et al., 2015; DAL PAI et al., 2018).

No que tange a violência psicológica, foi verificado prevalência de 40,8% de violência verbal, 21,1% de assédio moral, 2,7% de assédio sexual e 2,9% de

discriminação racial a trabalhadores de enfermagem. Prevalências baixas comparadas ao estudo paranaense, com 242 trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário, que utilizou metodologia semelhante com o presente estudo.

Foi possível observar prevalências de 59,1% de violência verbal, 12,8% de assédio sexual e 5,7% assédio moral (TSUKAMOTO, et al., 2019). Destaca-se a violência verbal como a violência psicológica de maior prevalência, similarmente com outros estudos nacionais e internacionais (DAL PAI, et al., 2015; FUTE, et al., 2015; RAMACCIATI, et al., 2016; HOSSEINIKIA, et al., 2018; DAL PAI et al., 2018;). Essa predominância na autoria do abuso verbal influencia na retribuição simbólica do reconhecimento da competência do trabalhador pelos colegas de trabalho, chefes e supervisores. Assim, em estudo brasileiro, o abuso verbal foi associado a falta de reconhecimento profissional (TSUKAMOTO, et al., 2019). Estudiosos no Chile em sua investigação, atribuem a alta ocorrência do abuso verbal à punição branda do agressor ou à sua ausência (CAMPO; KLIJN, 2018).

No que tange a violência física, estudo internacional, sérvio, evidenciou que 18,3% das agressões se trataram de agressões físicas (FISEKOVIC, et al., 2015), estudo nacional e porto alegre, verificou-se que dentre as vítimas, 15,2% sofreram pelo menos um episódio de violência física no último ano (DAL PAI, et al., 2018), em outra investigação, sul brasileira, em hospital universitário, teve prevalência de 20,2% de violência física (TSUKAMOTO, et al., 2019), fato que demonstra um número de ocorrências de violência física maior do que o encontrado neste estudo (11,5%). Este fato pode estar relacionado a falta de incentivo por parte dos gestores para o relato e pela ausência de medidas específicas para lidar com a violência no local de trabalho.

Porém, outras investigações também demonstraram prevalências menores que o encontrado no presente estudo. Silva et al. (2015), evidenciou que as agressões físicas abarcaram 2,3% das agressões. Na Arábia Saudita, 6,5% dos episódios de violência representaram violência física.

Estudo de abordagem qualitativa sobre assédio moral, realizado com a equipe de enfermagem, de um hospital público de João Pessoa, na Paraíba, identificou que os sentimentos expressos eram de revolta, decepção, impotência, constrangimento e tristeza nas situações de assédio moral que presenciaram. Sentimentos expressos também no presente estudo, notados por meio das falas

dos participantes. Das situações de assédio citadas pelos participantes do estudo paraibano, destacam-se a humilhação e o constrangimento, com palavras e tom de voz inadequados, em que as vítimas são privadas do direito à opinião, com o objetivo de denegrir sua imagem publicamente, o que lhes causa danos físicos e emocionais (LUCENA, et al., 2019).

A discriminação racial é entendida como tratamento diferenciado em função da raça, colocando em desvantagem grupos raciais específicos. Significa qualquer distinção, exclusão, restrição ou preferência, baseados em raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnica (CORDEIRO, FERREIRA, 2009). Estudo realizado em um hospital referência em trauma, de Porto Alegre, sobre violência, demonstrou que 8,7% das ocorrências trataram-se de discriminação racial (DAL PAI et al., 2018), mais do que o dobro de ocorrências de discriminação racial observado na presente dissertação. O racismo institucional se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial (SILVA, et al., 2009).

Menos prevalente, mas não menos importante, o assédio sexual ocorreu em 2,7% dos participantes desta pesquisa. Trata-se de um tipo de violência que ainda existe muitas barreiras para seu relato, tanto à barreiras culturais (DOUGLAS; NKPORBU, 2017), quanto à vergonha e a suposição de que reportá-lo não fará diferença, sobretudo se o agressor for um médico ou um chefe (NELSON, 2018) fazendo com que exista ainda mais falta de relatos e registros.

A violência não afeta somente as vítimas, mas também as testemunhas desses atos violentos (ARNETZ, et al., 2016). Como pode ser observado na fala da participante que referiu ficar abalada psicologicamente após presenciar xingamentos direcionados aos seus colegas de profissão. Estudo sobre fatores associados a violência ocupacional na equipe de enfermagem, demonstrou que ser testemunha de violências esteve associado significativamente ao fato do profissional experimentar a violência (TSUKAMOTO, et al., 2019).

Embora estudos comprovem a grande proporção da violência, como um fenômeno global e crescente, existe falta de registros e de relatos para melhor mensuração desses casos e dificulta a obtenção de dados fidedignos (LIMA; SOUSA, 2015). Estudo, realizado em uma emergência hospitalar do oriente médio, demonstra que apenas 16,6% dos profissionais de saúde haviam relatado a ocorrência da violência para a administração do hospital ou às autoridades. Os

profissionais citaram como um dos motivos mais frequentes para esta averbação é que a equipe estava acostumada a sofrer episódios de violência (ALBASHTAWY; ALJEZAWI, 2016; FERNANDES, SALA; HORTA, 2018) e medo de perder o emprego, de perseguição, de vergonha, bem como ao receio do desemprego (VALENTE; SIQUEIRA, 2015). Fato que comprova a naturalização dos profissionais diante as agressões e medo de represálias.

Os resultados da percepção dos profissionais da saúde acerca da das dimensões de cultura de segurança do paciente, mensuradas a partir da aplicação do HSOPSC é de uma cultura fragilizada para segurança do paciente. Na análise geral apenas uma dimensão foi considerada fortalecida denominada: “Aprendizagem organizacional e melhoria continua” e quatro dimensões foram consideradas como áreas frágeis para cultura de segurança do paciente, sendo a dimensão “ Respostas não punitivas aos erros” a mais crítica (23,6%), seguida da “Adequação de profissionais” (37,8%), “Passagem de plantão ou turno e transferências” (44,5%) e “Trabalho em equipe entre as unidades” (49,7%).

Em uma revisão sistemática da literatura, que analisou 33 estudos que utilizaram o instrumento HSOPSC em sua metodologia, demonstrou que “Trabalho em equipe dentro da unidade”, “Aprendizado organizacional e melhoria continua” - que também foi considerada como uma dimensão fortalecida no presente estudo, “abertura da comunicação” e “Expectativas e ações promotoras de segurança dos supervisores e gerente” foram as únicas dimensões que em algum destes estudos demonstraram-se fortalecidas para cultura de segurança do paciente. As demais foram identificadas como fragilizadas em algum estudo, sendo a mais crítica: “Respostas não punitivas aos erros”, em consonância com o presente estudo, a revisão revelou que os índices variaram de 3,5 a 47% de respostas positivas nesta dimensão, foi considerada uma dimensão fragilizada em 70% dos estudos (REIS; PAIVA; SOUZA, 2018), fato que faz refletir que uma cultura punitiva parece existir em todos hospitais do mundo, corroborando para a falta de relato dos incidentes pelas equipes e dificultando a análise dos casos e aprendizagem a partir dos erros (REIS; PAIVA; SOUZA, 2018).

Estudo realizado com 215 profissionais do Rio grande do Norte, analisou a percepção da cultura de segurança do paciente, em três hospitais com diferentes tipos de gestão, demonstrou que os resultados estão em consonância com os resultados encontrados nesta pesquisa, reforçam que “Respostas não punitivas

aos erros”, “Adequação de profissionais”, “Passagem de plantão ou turno e transferências” e “Trabalho em equipe entre as unidades” são áreas de destaque para ações de melhoria da cultura de segurança do paciente (ANDRADE, et al., 2018).

Ainda sobre a revisão sistemática, foi possível identificar que a dimensão “Adequação de profissionais” foi percebida como frágil para segurança do paciente em 60% dos estudos (REIS; PAIVA; SOUZA, 2018). Evidenciando que mais da metade estudados obtiveram percepção que a falta de recursos humanos impacta diretamente na segurança do paciente pela sobrecarga do trabalho.

“Passagem de plantão ou turno e transferências” foi percebida como uma dimensão frágil em 36% dos estudos (REIS; PAIVA; SOUZA, 2018). Fato preocupante, pelo alto risco, pois a continuidade do cuidado é uma característica do trabalho da enfermagem. E por fim, “Trabalho em equipe entre as unidades” foi considerado fragilizado em 30% dos estudos (REIS; PAIVA; SOUZA, 2018). Demonstrando a fragmentação da assistência.

Ao analisar estudo sobre os eventos adversos que atingem o paciente, as principais causas mencionadas são a falta de condições estruturais no ambiente de trabalho, materiais e equipamentos inadequados, dimensionamento insuficiente de pessoal, sobrecarga de trabalho, cansaço e estresse do profissional, erro de planejamento, falhas de processo, problemas na comunicação, todas elas preveníveis e evitáveis e que colocam em risco os profissionais fragilizando a assistência que precisa ser dada (DE FREITAS, et al., 2011).

Na associação da violência com a percepção de cultura de segurança do paciente, observou-se que quem não sofreu violência no último ano, obteve médias maiores na percepção da cultura de segurança do paciente em todas as 12 dimensões avaliadas.

A violência no local de trabalho afeta os profissionais na sua capacidade de tomar decisões e desempenhar suas tarefas cotidianas (AL-SHIYAB; ABABNEH, 2018; WU, et al., 2015). Também reduz o comprometimento com as boas práticas de cuidados e prejudica a confiança em suas próprias capacidades profissionais e leva a um aumento de erros (AL-SHIYAB; ABABNEH, 2018). Ainda é possível afirmar que a violência contribui para uma queda na qualidade e eficiência de todo sistema de saúde (LANCTÔT; GUAY, 2014).

Nas falas que emergiram na subcategoria “repercussões da violência para o cuidado” destaca-se distanciamento relatado dos profissionais com os seus pacientes após a vivência da violência. Estudo identificou que, trabalhadores que foram agredidos fisicamente pelo usuário do serviço de saúde, interpretam e atribuem significados à relação estabelecida com o paciente atendido e, como consequência, esses profissionais desenvolveram mecanismos de defesa como o distanciamento afetivo do labor (SCARAMAL, et al., 2017). Fato que vai ao encontro ao que foi observado nas falas dos participantes do presente estudo. O tratamento dos profissionais com os pacientes de como se fossem objetos inanimados é algo dramático que clama atenção tanto para a qualidade da assistência, para segurança do paciente, bem como, para a saúde do trabalhador.

Devido as questões de falta de atenção vivenciadas após a exposição da violência, observada nas falas dos entrevistados, pode-se refletir com estudo realizado por Saviato e Leão (2016) que demonstra que estamos presente onde está nossa atenção. Se ao cuidarmos estivermos preocupados com outras questões e ou situações não relacionadas ao outro que está a nossa frente, dificilmente conseguiremos desenvolver e demonstrar empatia. Não somente a empatia, mas também o cuidado em si e todos seus elementos que o compõe. Realmente não estamos presentes se a nossa atenção não está presente e é a partir do foco e da atenção dispensada ao outro que o cuidado se inicia e se perpetua...

Estudo sobre ações para prevenção da violência sugere que uma das estratégias para diminuir a violência laboral é investir na comunicação, de forma a construir uma assistência que privilegie o encontro entre as necessidades tanto do cliente, da família e de seu cuidador como dos profissionais (FERNANDES, SALA; HORTA, 2018). Estudo paquistanês aponta como fator que pode aumentar a violência no local de trabalho são falhas na comunicação (BAIG, et al., 2018).

Vale destacar que a comunicação é segunda meta internacional para a segurança do paciente e que deve ser efetiva entre todos os membros da equipe. A busca de um ambiente de trabalho agradável, com respeito mútuo e solidariedade, agrega potencialidade de resoluções de conflitos e minimização dos riscos de violência (FERNANDES, SALA; HORTA, 2018).

Fatores como individualismo, falta de respeito e comprometimento, levam a relacionamento interpessoal hostil (FERNANDES, et al., 2015), fatores estes,

que interferem diretamente no trabalho em equipe. Ao analisar os dados da regressão múltipla na dimensão – Trabalho em equipe, demonstrou que não sofrer violência no local de trabalho e maiores escores nas variáveis sobre reconhecimento e relacionamento no trabalho obtiveram influência nesta dimensão. O reconhecimento do trabalho é crucial para a construção e estabilidade identitária e mental das pessoas, bem como para a saúde e prazer no trabalho. A falta de reconhecimento, manifestada pela falta de respeito e abuso verbal, além de sofrimento, desencadeia os processos de despersonalização e adoecimento dos trabalhadores (SILVA; DEUSDEDIT- JÚNIOR; BATISTA, 2015). A variável de maior influência, foi não possuir doenças crônicas, fator que interfere diretamente na coesão da equipe, pois o trabalho em equipe é desenvolvido de forma colaborativa e mútua. Vale destacar outra variável que demonstrou forte influência nesta dimensão, foi trabalhar no hospital A, que é um hospital que pertence a rede de hospitais universitários, com medidas institucionais bem estabelecidas para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente e para prevenção da violência no local de trabalho.

Na análise de regressão múltipla na dimensão – Expectativa sobre o líder, demonstrou que as variáveis de maior influência foram ter maiores escores sobre reconhecimento e não ter sofrido violência no local de trabalho no último ano. Se sentir reconhecido no trabalho aumenta a expectativa sobre o líder pelo fato de que são fatores que andam em simbiose. O reconhecimento no trabalho, aumenta o vínculo com sua liderança e conseqüentemente, melhora o relacionamento no trabalho, que é outra variável de influência nesta dimensão. A circunstância de não sofrer violência, ter influência sobre a expectativa sobre o líder, pode ser explicado pelo fato de que muitos dos casos de violência laboral são perpetrado por suas lideranças/chefias, por meio de assédio moral, agressão verbal e assédio sexual. Outro fator que deve ser destacado é o fato de que se o sujeito não experimentou um episódio de agressão, não sabe qual a reação e conduta da sua liderança mediante o fato. Estudo revela que as vítimas de violência laboral esperam condutas mais rígidas aos agressores perante aos fatos, porém na maioria dos casos, as conseqüências para agressor é a impunidade (CAMPO; KLIJN, 2018), aumentando a frustração diante desses episódios e diminuindo a expectativa sobre a sua liderança.

Com base na análise de regressão múltipla na dimensão aprendizagem

organizacional, a variável de maior influência para esta dimensão foi não ser tabagista. A abordagem da aprendizagem organizacional trata das dimensões específicas do processo de oportunidade de obter novos conhecimentos, tanto pessoal quanto profissional (EASTERBY-SMITH, 1997). E nada melhor como a cessação do hábito do tabagismo como variável de influência para o aprendizado organizacional, pois atualmente, pode-se observar, que as instituições de saúde têm programas bem estabelecidos para a cessação do tabagismo para sua comunidade. Outra variável de grande influência, foi pertencer ao hospital A, que desenvolve diversos treinamentos e capacitações para aperfeiçoamento profissional e pessoal, este hospital conta também com a comissão de controle do tabagismo, com ações para prevenir o tabagismo na instituição e nas áreas próximas ao hospital.

Ao encontro dessas reflexões, na análise de regressão múltipla na dimensão – Apoio da gestão, também teve como variável de maior influência, não ser tabagista. Apoio da gestão que pode ser explicado pelo fato de que o controle do tabagismo é algo institucional e quem não é tabagista, conseqüentemente, tem maior apoio da gestão. Maiores escores sobre satisfação no trabalho, não ter sofrido violência e aumento da idade também obtiveram maior influência nesta dimensão. De acordo com estes dados, estudos afirmam que a idade da equipe de saúde interfere na experiência de violência. Os participantes mais velhos relataram sofrer menos violência psicológica do que os mais jovens. Parece que os trabalhadores de saúde mais experientes, adquirem habilidades na gestão e comunicação de pacientes e visitantes e em situações de confronto desescalantes (LAFTA; FALAH, 2019; RAMACCIATI, et al., 2016; LEPPING, et al., 2013).

Para dimensão percepção geral para segurança do paciente, teve como variáveis de maior influencia na análise de regressão múltipla, não fazer uso de bebida alcóolica, não ter sofrido violência no local de trabalho, ser do turno noturno, ser enfermeiro e ter maiores escores sobre satisfação no local de trabalho. Não fazer uso de álcool pode ser explicado pelo maior poder de discernimento em pessoas sóbrias. Não ter sofrido violência, pelo fato das conseqüências da violência para a segurança do paciente e objetivo principal desta pesquisa. Ser do turno noturno, turno o qual está concentrado o maior numero de pessoas experientes, pois na enfermagem a transferência para o turno noturno é visto como uma promoção profissional. Ser enfermeiro, pois muitas

vezes está ocupado com processos gerenciais e não consegue mensurar realmente as fragilidades nos processos assistências do trabalho em saúde, soma-se ainda a falta de relato dos profissionais linhas de frente, de nível técnico por medo de punições.

Estudos mostram que a satisfação no trabalho está negativamente relacionada ao vínculo (BERLANDA, et al., 2019). Profissionais de saúde mais satisfeitos têm pacientes mais satisfeitos (SCHEURER, et al., 2009; PEDRAZZA, et al., 2016) e baixa satisfação, está associada a maiores taxas de atrito no local de trabalho (MALHOTRA; WONG; THIND, 2018).

Na análise de regressão múltipla na dimensão retorno da informação, as variáveis que mostraram maior influência nesta dimensão, foram, ser chefia e pertencer ao hospital A. Fatores que podem explicados pela maturidade que o cargo de chefia exige e conseqüentemente, maior domínio da comunicação, e pertencer ao hospital A, que é um hospital com grande investimento em medidas institucionais para melhoria da comunicação. A variável sobre sofrer violência no local de trabalho nos últimos doze meses, teve mais de cinco pontos (negativos) nas diferenças das médias para esta dimensão, evidenciado que atritos no local de trabalho influência diretamente no retorno da informação, prejudicando conseqüentemente a segurança do paciente. Vale ressaltar também, que aumento nos escores sobre reconhecimento no local de trabalho, teve influência no retorno da informação. Estudo brasileiro sobre comunicação efetiva, mostra a importância da comunicação para o trabalho em equipe como determinante da qualidade e da segurança na prestação de cuidados. Diferenças hierárquicas, poder e conflitos no contexto do trabalho têm influências direta no modo como a comunicação se estabelece, fazendo com que as categorias profissionais atuem em paralelo, em detrimento do trabalho em equipe (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Ao encontro acerca destas reflexões, a análise de regressão múltipla na dimensão domínio da comunicação, mostrou similaridades com a dimensão anterior, as variáveis que mostraram maior influência neste domínio foram também pertencer ao hospital A, ser chefia e maior escores na variável sobre reconhecimento no trabalho. Evidenciando variáveis de suma importância para uma comunicação de efetiva. As barreiras apontadas pela literatura para o estabelecimento para uma comunicação efetiva entre os profissionais são fatores como a diversidade na formação profissional; tendência de alguma categoria

profissional em se comunicar mais uns com os outros; gradientes de hierarquia; dificuldade de os profissionais se expressarem frente aos seus colegas de trabalho; superlotação e números inadequados de profissionais e medo da punição diante do relato de um erro (FASSARELLA, et al. 2013; NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015). Barreiras na comunicação que podem ter gatilho com episódios de violência no trabalho como podemos observar a partir dos resultados do presente estudo.

Destaco também, mais duas variáveis de influência nesta dimensão, aumento nos escores sobre satisfação no trabalho e preocupação com a violência no trabalho (inversa). Fato que pode ser explicado pelo engajamento dos profissionais com trabalho e que a falta de preocupação com a violência é favorável para a comunicação, fatores que foram evidentes nas falas dos sujeitos.

Na dimensão frequência de relatos de eventos, duas variáveis tiveram influência para esta dimensão. Aumento nos escores sobre satisfação no local de trabalho e não ter sofrido violência no local de trabalho. Quando a violência e a baixa satisfação no trabalho interagem, seus efeitos negativos se acumulam rapidamente e dão origem a um ciclo vicioso (DI MARTINO, 2002). Ainda não é totalmente claro se a violência causa uma redução na satisfação no trabalho ou se a insatisfação entre os trabalhadores os torna mais propensos a ser vítimas de violência (MAGNAVITA, 2014).

Para a dimensão trabalho em equipe entre as unidades do hospital, não sofrer violência no trabalho foi a variável de maior influência para esta dimensão, seguida de, maior escores sobre reconhecimento e relacionamento no local de trabalho. Sabe-se que em seu processo de trabalho, o profissional de enfermagem relaciona-se com seus pacientes, em vista do cuidado prestado, e com os colegas, devido à continuidade do cuidado. Sendo assim, para o bom desenvolvimento do trabalho em equipe entre as unidades do hospital, é imprescindível, que o profissional não tenha sofrido violência no trabalho e que se sinta reconhecido, fatores que interferem diretamente no relacionamento interpessoal. Estudo brasileiro, sobre violência e seus fatores relacionados, o relacionamento interpessoal ruim no trabalho foi associado significativamente à violência física (TSUKAMOTO, et al., 2019).

Pesquisa realizada em emergências do Egito, identificou que ter poucos colegas e relacionamento interpessoal negativo foram preditores significativos da

violência física (ABOU-ELWAFI, et al., 2015). Na dimensão adequação de profissionais, pertencer ao hospital A, pertencer ao sexo masculino, maior escores sobre satisfação e não estar preocupado com a violência no local de trabalho obtiveram influência nesta dimensão.

Não sofrer violência no trabalho também foi a variável de maior influência na dimensão passagem de plantão, fato que pode ser explicado pelo atrito gerado após a vivência de violência, principalmente violência entre colegas, que prejudica diretamente a comunicação e a continuidade da assistência. Corroborando com esta afirmação, estudo sobre passagem de plantão, evidência que falhas de comunicação tem sérias implicações em transferências internas. Vulnerabilidades neste processo, como a qualidade das informações passadas interfere na qualidade da passagem de plantão (GONÇALVES, et al., 2016).

A subnotificação dos incidentes de segurança, tem sua raiz na cultura punitiva, infelizmente, ainda predominante nos serviços de saúde. Na dimensão respostas não punitivas aos erros, a variável de maior influência nesta dimensão foi não ter sofrido violência no local de trabalho nos últimos doze meses. Fato que pode ser explicado pelo medo de represálias, tanto pela notificação dos eventos de exposição a violência, quanto para cultura punitiva pelas falhas assistenciais.

Reason (2000), tem como premissa que humanos são falhos e sendo assim, os erros são esperados, mesmo nas melhores organizações. Erros são vistos como consequências e não causas e quando ocorrem, a questão primordial não é encontrar quem errou, mas sim como e porque as barreiras falharam.

Destaco aqui o quão importante a variável violência se mostrou presente na avaliação de percepção da cultura de segurança do paciente. Das 12 dimensões avaliadas, dez obtiveram influência direta da variável sobre a experiência da violência no local de trabalho e duas obtiveram influência com os escores que avaliaram o nível de preocupação da violência no trabalho, ou seja, todas as dimensões que avaliaram a percepção da cultura de segurança do paciente teve a influência da violência indiretamente.

A violência no trabalho da enfermagem influencia na percepção da cultura de segurança do paciente. Pode-se observar que os trabalhadores referiram medo, tensão e preocupação após a exposição da violência. Que estes sentimentos atrapalharam o desenvolvimento de suas atividades laborais e interferiram na comunicação e no relacionamento interpessoal devido ao medo

de possíveis agressões futuras. Destaca-se então o prejuízo para a assistência à saúde, visto que a equipe de enfermagem é o elo articulador de todas as profissões, e que, fissuras neste processo acarretam em danos irreparáveis para a segurança a segurança do paciente.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do presente estudo foi analisar a relação entre violência no trabalho da enfermagem e a cultura de segurança do paciente em hospitais da região sul do país. A abordagem metodológica utilizada permitiu confirmar essa relação entre violência no trabalho da enfermagem e a cultura de segurança do paciente de duas formas, tanto pela mensuração dos dados a partir da associação do fator em estudo e as variáveis de desfecho, quanto nas falas manifestadas pelos trabalhadores de enfermagem expostos à violência. As entrevistas realizadas oportunizaram o acesso às vivências e sentimentos dos indivíduos e serviram também para exemplificar e aprofundar os achados quantitativos. Os dados qualitativos serviram para refletir sobre os relatos dos trabalhadores acerca dos episódios de violência e as consequências para a percepção da cultura de segurança do paciente. Achados que se complementam devido a abordagem metodológica utilizada no estudo, a abordagem de método misto.

Os resultados também evidenciaram alta prevalência de violência laboral, que destas violências, a maioria se tratou de violência psicológica, que na associação dos expostos e não expostos a violência, quem não sofreu violência obteve melhores avaliações nas dimensões sobre a percepção da cultura de segurança do paciente. Ao falar das agressões, merece ser destacado a ambiguidade de sentimentos experimentados durante a assistência à saúde, por vezes, até mesmo sentimento de desleixo com o próprio paciente. Pacientes e acompanhantes somam os maiores percentuais como praticantes da violência no trabalho, exceto para o assédio moral, o qual foi perpetrado principalmente de chefia e colegas. Na associação das 12 dimensões avaliadas para percepção da cultura de segurança do paciente, 11 dimensões, com médias maiores de respostas positivas, associaram-se significativamente com os não expostos a violência. Na análise de regressão múltipla das 12 dimensões a avaliadas, dez obtiveram influência direta da variável sobre a experiência da violência no local de trabalho e duas obtiveram influência com os escores que avaliaram o nível de preocupação da violência no trabalho.

O desenvolvimento deste estudo teve a intenção de conhecer as vivências

sobre os episódios de violência aos trabalhadores de enfermagem e como estes casos interferem na percepção de cultura de segurança do paciente. A problemática acerca desta temática ainda é muito incipiente e encontram-se apenas poucos estudos a nível mundial. Devido a isso faz-se uma avaliação positiva das escolhas teóricas e metodológicas e salienta-se como principal contribuição desse estudo a revelação de uma problemática antes obscura, principalmente no cenário nacional e sul brasileiro, mas com danos à assistência à saúde.

Um aspecto que pode considerar como limitação do estudo foi o delineamento do estudo por se tratar de estudo transversal, não permitiu inferências de causa e efeito. Sugere-se então, a realização de estudo futuro com abordagem longitudinal para acompanhamento dos efeitos da violência para a segurança do paciente.

A violência no local de trabalho a profissionais de enfermagem é algo muito maior que danos físicos e psicológicos aos trabalhadores. Situações de violência no trabalho trazem danos à saúde dos trabalhadores e sérios riscos assistenciais. Portanto, é imperativo ações de prevenção da violência no espaço laboral, fornecer treinamento à equipe para melhorar as habilidades de comunicação e adotar estratégias de resolução de conflitos, acompanhados de esforços para implementação de um ambiente de prática segura e livre de danos, no qual a população seja a principal beneficiada, obtendo serviços de saúde mais qualificados.

Mediante ao exposto, é possível concluir que a violência no trabalho é um fenômeno capaz de desencadear diversas situações negativas ao local de trabalho, a saúde dos trabalhadores, a qualidade da assistência e na percepção da cultura de segurança do paciente. Ambientes de trabalho violentos podem resultar em uma percepção da cultura de segurança do paciente fragilizada.

REFERÊNCIAS

ABOU-ELWAFI, H. S. et al. Workplace violence against emergency versus non-emergency nurses in Mansoura University hospitals, Egypt. **J Interpers Violence**. v. 30, n. 5, p. 857-72, 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa; 2014.

ALBASHTAWY, A.; ALJEZAWI, M. Emergency nurses' perspective of workplace violence in Jordanian hospitals: A national survey. **International Emergency Nursing**, v. 24, p. 61-65, 2016.

ALAMEDDINE, M; MOURAD, Y; DIMASSI, H. A national study on nurses' exposure to occupational violence in Lebanon: prevalence, consequences and associated factors. **PLoS One**, v. 10, n. 9, 2015.

ALMEIDA, N. R; BEZERRA FILHO, J. G; MARQUES, L. A. Analysis of the scientific production on violence at work in hospital services. **Rev Bras Med Trab**. v. 15, n. 1, p. 101 – 12, 2017.

AL-SHIYAB, A. A; ABABNEH, R. I. Consequences of workplace violence behaviors in Jordanian public hospitals. **Employee Relations**. v. 40, n. 30, p.515–528, 2018.

AMERICAN NURSES ASSOCIATION. **Health and Safety Survey**. Retrieved. v.3, 2015.

ANDRADE, L.E. L. et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 23, n. 1, p.161- 172, 2018.

ARAÚJO, M. A. N. et al. Segurança do paciente na visão de enfermeiros: uma questão multiprofissional. **Enferm. Foco**, v.8, n.1, p.52-56, 2017.

ARNETZ, J. E. et al. Response to letter to the editor, "Measurement of workplace violence reporting. **Workplace Health Saf**. v. 64, n. 2. p 46-7, 2016.

AZEREDO, Y. N; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional e humanização em saúde: notas para debate. **Ciênc Saúde Colet**. v. 22, n. 9, p. 3013-22, 2017.

AZEVEDO FILHO, F. M; RODRIGUES, M. C. S; CIMIOTTI, J. P. Ambiente da

prática de enfermagem em unidades de terapia intensiva. **Acta paul. Enferm.** v. 31, n. 2, p. 217-223, 2018.

BAIG, L. A. et al. Multiple dimensions of violence against healthcare providers in Karachi: results from a multicenter study from Karachi. **Journal of the Pakistan Medical Association.** v. 68, n.8, 2018.

BAPTISTA, P. C. P. Violência no trabalho: guia de prevenção para os profissionais de enfermagem. São Paulo: **COREN-SP**. 2017.

BERLANDA, S. et al. Addressing Risks of Violence against Healthcare Staff in Emergency Departments: The Effects of Job Satisfaction and Attachment Style. **Biomed Res Int.** 2019.

BLANDO, J. Violent patients, abusive staff: A summary of unpublished study findings. Nursing in the Twenty-First Century: **A Mobile Journal**, v.3, n. 21, 2014.

BOSCO, P. S; MARTINS, M. S. Carga de trabalho da enfermagem influenciando a ocorrência e redução de lesões por pressão. **Nursing.** v. 22, n. 250. p. 2772-2774, 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012.** Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas em Seres Humanos. 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 346 de 13 de janeiro de 2005.** Regulamentação para tramitação de projetos de pesquisa multicêntricos no sistema Comitês de Ética em Pesquisa-CEPs. 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013: institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).** Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística: princípios e aplicações** / Sidia M. Callegari-Jacques. – Porto Alegre: Artemed, 2003.

CAMPO, V. R; KLIJN, T. P. Verbal abuse and mobbing in pre-hospital care services in Chile. **Rev Lat Am Enfermagem.** v. 25, 2018.

CAMPONES, D. L. et al. Exposição da equipe de enfermagem ao estresse no ambiente de trabalho na unidade de urgência e emergência. **Life Style Journal.** p. 31- 44, 2015.

CONCHA-EASTMAN, A. Relatório mundial sobre a violência e a saúde da

OMS: uma resposta ao desafio das violências. **Rev.Saúde Conselho Nac. Saúde**. Brasil, n.3, dez. 2002.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Perfil da Enfermagem em São Paulo. **Enferm Rev**. v. 11, p. 30-9, 2015.

CORDEIRO, F. C; FERREIRA, S. L. Discriminação racial e de gênero em discursos de mulheres negras com anemia falciforme. . **Esc. Anna Nery**. v. 13, n. 2, p. 352- 358, 2009.

COSTA, D. K; YANG, J. J; MANOJLOVICH, M. The critical care nurse work environment, physician staffing, and risk for ventilator-associated pneumonia. **Am J Infect Control**. v. 44, n. 10, p. 1181-3, 2017.

CRESWELL, J. W; CLARK, V. L. P. **Pesquisa de métodos mistos**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

CROSBY, R. Nurses rally against violence from patients, family members. **Tampa Bay Times**. v. 15, 2015.

DAL PAI, D. et al. Violence, burnout and minor psychiatric disorders in hospital work.**Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 3, p. 457-64, 2015.

DAL PAI, D. et al. VIOLÊNCIA FÍSICA E PSICOLÓGICA PERPETRADA NO TRABALHO EM SAÚDE. **Texto contexto - enferm**, v.27, 2018.

DE FREITAS, G. F. ET AL. Brazilian registered nurses' perceptions and attitudes towards adverse events in nursing care: a phenomenological study. **J Nurs Manag**. v. 19, n. 3, p. 331-8, 2011.

DI MARTINO, V. Workplace violence in the health sector. Country case studies. Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study. Geneva: **International Labour Office (OIT), International Council of Nurses (CNI), World Health Organization (WHO), and Public Services International (PSI)**; 2002.

DI MARTINO, V. **Relationship between work stress and workplace violence in the health sector**. Geneva; 2003.

DIAS, A. K. G. et al. A percepção dos enfermeiros em relação ao seu papel gerencial no âmbito hospitalar. **Rev enferm UFPE**. v. 11, n. 5, p. 2185 -94, 2017.

DIAS, J. S. et al. Construção e validação de instrumento para avaliar as relações interpessoais na Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**. v. 72, n. 2, p. 408-413, 2019.

DONALDSON, L; PHILIP, P. Patient safety – a global priority. **Bull World Health Organ**, v. 82, n. 12, p. 892, 2004.

DOUGLAS, K. E; NKPORBU, A. K. Prevalence and pattern of workplace violence and ethnic discrimination among workers in a tertiary institution in

Southern Nigeria. **OALib J.** v. 4, n. 3, 2017.

DUARTE, S. C. M. et al. Human error in daily intensive nursing care. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1074-1081, 2015.

DUARTE, S. C. M. et al. Patient safety: understanding human error in intensive nursing care. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 52, 2018.

EDWARD, K. L. et al. Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. **J Clin Nurs**, v. 23, n. 12, p. 653-4, 2014.

EDWARD, K. L. et al. A systematic review and meta-analysis of factors that relate to aggression perpetrated against nurses by patients/relatives or staff. **J Clin Nurs**, v. 25, n. 3-4, p. 289-99, 2016.

EL-GILANY, A.H.; EL-WEHADY, A.; AMR, M. Violence against primary health care workers in Al-Hassa, Saudi Arabia. **Journal of Interpersonal Violence**, v.25, 716- 734 p., 2010.

EASTERBY-SMITH, M. Disciplines of Organizational Learning: Contributions and Critiques. **Human Relations**, v. 50, n. 9, p. 1085-113, 1997.

FASSARELLA, C. S. et al. Comunicação no conterxo hospitalar como estratégia para a segurança do paciente: revisão integrativa. **Rev. Rede de cuidados em saude**. 2013.

FERNANDES, H. N. et al. Interpersonal relationships in work of multiprofessional team of family health unit. **J Res Fundam Care Online**. v. 7, n. 1, p.1915–26, 2015.

FERNANDES, H; SALA, D. C. P; HORTA, A. L. M. Violence in health care settings: rethinking actions. **Rev. Bras. Enferm.** v. 71, n. 5, p. 2599-2601, out, 2018.

FERREIRA, J. B. Perdi um jeito de sorrir que eu tinha: violência, assédio moral e servidão voluntária no trabalho. Rio de Janeiro: **7 Letras**, 2009.

FINK-SAMNICK, E. The New Age of Bullying and Violence in Health Care The Interprofessional Impact. **Professional Case Management** Vol. 20, N. 4, p. 165 – 174, 2015.

FINK-SAMNICK, E. The dangerous culture of silence: Ethical implications of bullying in the health care workplace. **Nursing in the Twenty-First Century: A Mobile Journal**, v. 3, n. 21, 2014.

FISEKOVIC, M. B. et al. Does workplace violence exist in primary health care? Evidence from Serbia. **European Journal of Public Health**, v. 25, n. 4, 693-98, 2015.

FUTE, M. et al. High prevalence of workplace violence among nurses

- working at public health facilities in Southern Ethiopia. **BMC Nurs.** 2015.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, p. 175, 2002.
- GIMENEZ-ESPERT, M. C; PRADO-GASCO, V. J; VALERO-MORENO, S. Impacto dos aspectos do trabalho na comunicação, inteligência emocional e empatia na enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 27, 2019.
- GONÇALVES, M. I. et al. Comunicação e segurança do paciente na passage de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. **Texto contexto - enferm.** v. 25, n.1, 2016.
- HALL, H. L. et al. Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. **journal.pone**, 2016.
- HOLMES, D; RUDGE, T; PERRON, A. **(Re) Thinking violence in health care setting: a critical approach.** New York: Routledge; 2012.
- HOSSEINIKIA, S. H. et al. A cross-sectional multicenter study of workplace violence against prehospital emergency medical technicians. **Emerg Med Int.** 2018.
- KRUG, E. G. et al. **Relatório mundial sobre violência e saúde.** Genebra, 2002.
- KONH, L.T; CORRIGAN, J. M; DONALDSON, M. S. Errors in health care: a leading cause of death and injury. In: Konh LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health care system. **Institute of Medicine**, p. 26-48, 2000.
- KOWALCZUK, K; KRAJEWSKA-KUŁAK, E. Patient aggression towards different professional groups of healthcare workers. **Annals of Agricultural and Environmental Medicine.** v. 24, n. 1, p. 113–116, 2017.
- KVAS, A; SELJAK, J. Unreported workplace violence in nursing. **International Nursing Review**, v. 61, p. 344–35, 2014.
- LAFTA; R, K; FALAH, N. Violence against health-care workers in a conflict affected city. **Medicine, Conflict and Survival.** v. 35, n. 1, p. 65–79, 2019.
- LANCTÔT, N; GUAY, S. The aftermath of workplace violence among healthcare workers: a systematic literature review of the consequences. **Aggression and Violent Behavior.** 2014.
- LANTHIER, S; BIELECKY, A; SMITH, P.M. Examining risk of workplace violence in Canada: a sex/gender-based analysis. **Ann Work Expo Health.** v. 62, n.8, p. 1012– 20, 2018.
- LEAL, J. A. L; MELO, C. M. M. Processo de trabalho da enfermeira em diferentes países: uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.** v.71, n. 2, 2018.

LEPPING, P. et al. Percentage prevalence of patient and visitor violence against staff in high-risk UK medical wards. **Clinical Medicine**. v.13, n.6, p. 543–546, 2013.

LIMA, G. H. A; SOUSA, S. M. A. Violência psicológica no trabalho da enfermagem. **Rev. bras. enferm.** v.68, n.5, p.817-23, 2015.

LINDNER, T. et al. Aggressives und herausforderndes Verhalten gegenüber dem Klinikpersonal Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung in den Notfallbereichen der Charité – Universitätsmedizin Berlin. **Notfall Rettungsmed**, v.18, p. 195–200, 2015.

LUCENA, P. L. C. et al. Testemunhas de assédio moral na Enfermagem: identificando características desse fenômeno, sentimentos e estratégias de enfrentamento. **REME – Rev Min Enferm.** 2019.

MAGNAVITA, N. Workplace violence and occupational stress in healthcare workers: a chicken-and-egg situation—results of a 6-year follow-up study. **Journal of Nursing Scholarship**. n. 46, v. 5, p.366–376, 2014.

MALHOTRA, J; WONG, E; THIND, A. Canadian family physician job satisfaction - Is it changing in an evolving practice environment? an analysis of the 2013 national physician survey database. **BMC Family Practice**. v. 19, n. 1, 2018.

MARTINS, C. C. F. et al. The nursing team's interpersonal relationships v. stress: limitations for practice. **Cogitare enferm**, v. 19, n. 2, p. 287-93, 2014.

MAURICIO, L. F. et al Professional nursing practice in critical units: assessment of work environment characteristics. **Rev Lat Am Enfermagem**. v. 25, 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 12a ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINUZZ, A. P; SALUM, N. C; LOCKS, M. O. H. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 2, 2016.

MONTSERRAT-CAPELLA, D. et al. Frequency of ambulatory care adverse events in Latin American countries: the AMBEAS/PAHO cohort study. **Int J Qual Health Care**, v. 27, n. 1, p. 52-9, 2015.

NANTSUPAWAT, A. et al. Effects of nurse work environment on job dissatisfaction, burnout, intention to leave. **Int Nurs Rev**. v. 64, n.1, p. 91-8, 2017.

NELSON, R. Sexual harassment in nursing: a long-standing, but rarely studied problem. **Am J Nurs**. v. 118, n.5, p.19-20, 2018.

NOGUEIRA J. W. S.; RODRIGUES M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, v.20, n.3, 2015.

NOWROUZ, B. HUYNH, V. Citation analysis of workplace violence: a review of the top 50 annual and lifetime cited articles. **Aggression and Violent Behavior**; v. 28, n. 1, p. 21–8, 2016.

OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH ADMINISTRATION. U.S. **Department of Labor** . OSHA - workplace violence. 2015.

OLIVERA, R. M. et al. Análise do conceito comportamento destrutivo no trabalho em saúde: revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**. v.50, n 4, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v1.1**. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009.

PALACIUS, M. et al. Violência no setor saúde: um estudo epidemiológico. In: Soboll LA, organizador. Violência psicológica no trabalho e assédio moral: pesquisas brasileiras. São Paulo: **casa do psicólogo**, p. 167 – 270, 2008.

PEDRAZZA, M. et al. Exploring physicians' dissatisfaction and work-related stress: development of the phydis scale. **Frontiers in Psychology**. 2016.

PEDRO, D. R. C. et al. Violência ocupacional na equipe de enfermagem: análise à luz do conhecimento produzido. **Rev. Saúde Debate**, v. 41, n. 113, p. 618-629, 2017.

PHILLIPS, J. P. Workplace Violence against Health Care Workers in the United States. **N Engl J Med**, v. 374, p. 1661-9, 2016.

PINHEIRO, M .P; JUNIOR, O. C. S. Avaliação da cultura de segurança do paciente na organização hospitalar de um hospital universitário. **Enfermería Global**, n. 45, 2017.

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

POMPEII, L. A. et al. Physical assault, physical threat, and verbal abuse perpetrated against hospital workers by patients or visitors in six US hospitals. **Am J Ind Med**, v. 58, n. 11, p.1194-204, 2015.

RAMACCIATI, N. et al. Interventions to reduce the risk of violence toward emergency department staff: current approaches. **Open Access Emergency Medicine**. 2015.

RAMACCIATI, N. et al. Violence towards emergency nurses. The 2016 Italian

national survey: a cross-sectional study. **Journal of Nursing Management**. 2016.

RAVEESH, B. N. et al. Patient and visitor violence towards staff on medical and psychiatric wards in India. **Asian Journal of Psychiatry**. v. 13, p. 52–55, 2015.

REASON, J. **Human error: models and management**. BJM. p. 768-70, 2000.

REIS, C. T. **A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro**. [Tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Fiocruz, 2013. **REIS, C. T; PAIVA, S. G; SOUSA, P. A cultura de segurança do paciente: uma revisão sistemática baseada nas dimensões da Pesquisa Hospitalar sobre Cultura de Segurança do Paciente**. Int J Qual Health Care, 2018.

RICE, S. States increasingly trying to protect healthcare workers from violence, **modern healthcare**. v. 19, 2014.

ROCKVILLE, W. et al. Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. **AHRQ**; 2016.

SAHAY, A; HUTCHINSON; M. EAST, L. Exploring the influence of workplace supports and relationships on safe medication practice: A pilot study of Australian graduate nurses. **Nurse Education Today**, v. 35, n. 5, p. 21–26, 2015.

SAVIETO, R. M; LEAO, E. R. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia. **Esc. Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 198-202, Mar, 2016.

SCARAMAL, D. A. et al. Occupational physical violence in urgency and emergency hospital services: perceptions of nursing workers. **Rev Min Enferm**. 2017.

SCHEURER, D. et al. U. S physician satisfaction: a systematic review. **Journal of Hospital Medicine**. v.4, n. 9, p.560–568, 2009.

SCHRAER, R. Social workers were assaulted, harassed or verbally abused in the past year, community cares: **Inspiring excellence in social case**. 2014.

SILVA, A. T. C. et al. Violence at work and depressives symptoms in primary health care teams: a cross-sectional study in Brazil. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v.50, p.1347–55, 2015.

SILVA, J. et al. A promoção a igualdade racial em 2006 e o Programa de Combate ao Racismo Institucional. In: JACCOUD, L. (Org.). A construção de uma política de promoção da igualdade racial: uma análise dos últimos vinte anos. Brasília, DF: **Ipea**, 2009.

SILVA, R. V; DEUSDEDIT-JÚNIOR, M; BATISTA, M. A. The relation between recognition, work and health from the perspective of Psychodynamic of Work

and Clinic of Activity: debates in work's psychology. **Rev Interinst Psicol.** v. 8, n. 2, p. 415-27, 2015.

SILVA, V. R; VELASQUE, L. S; TONINI, T. Satisfação profissional de uma equipe de enfermagem oncológica. **Rev. Bras. Enferm.** v. 70, n. 5, p. 988-995, 2017.

SILVEIRA, J. et al. Violência no trabalho e medidas de autoproteção: concepção de uma equipe de enfermagem. **J Nurs Health**, v. 6, n. 3, p. 436-46, 2016.

SORRA, J. S; NIEVA, V. F. Hospital Survey on Patient Safety Culture. Rockville, MD: **AHRQ**; 2004.

SPECTOR ,P. E; ZHOU, Z. Q. E; CHE, X. X. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. **Int J Nurs Stud**, v.51, n. 1, p. 72-84, 2014.

SPELTEN, E. et al. Organisational interventions for preventing and minimising aggression directed toward healthcare workers by patients and patient advocates. **Cochrane Database of Systematic Reviews.** 2017.

STURBELLE, I. C. S et al. Workplace violence in Family Health Units: a study of mixed methods. **Acta paul. enferm.** v. 32, n. 6, p.632-641, 2019.

THE JOINT COMMISSION. Sentinel event alert, issue 40: **Behaviors that undermine a culture of safety.** 2008.

TOMAZONI, A. et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 1, p. 161-9, 2015.

TSUKAMOTO, S. A. S. et al . Violência ocupacional na equipe de enfermagem: prevalência e fatores associados. **Acta paul. enferm.** v. 32, n. 4, p. 425-432, ago, 2019.

VALENTE, G. S; SEQUEIRA, C. A. The organization of the teaching work and occurrence of moral harassment in upper public education nursing. **Rev Port Enferm Saude Ment.** p.123-8, 2015.

WAGNER, J. D; BEZUIDENHOUT, M. C; ROOS, J. H. Communication satisfaction of professional nurses working in public hospitals. **J Nurs Manag**, v. 23, n. 8, p. 974-82, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Report on Violence and Health**, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety.** Final Technical Report and Technical Annexes. Geneva: WHO; 2009.

WU J. C; et al. Determinants of workplace violence against clinical physicians in hospitals. **Journal of Occupational Health**. v. 57, n. 6, p.540–547, 2015.

YANG, B. X. et al. Incidence, Type, Related Factors, and Effect of Workplace Violence on Mental Health Nurses: A Cross-sectional Survey. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 32, p. 31–38, 2018.

ANEXO A

Instrumento da coleta de dados da pesquisa “violência no trabalho da enfermagem e suas implicações para a saúde dos trabalhadores e para a cultura de segurança do paciente em hospital universitário” - *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Secto.*

A) DADOS GERAIS DO PROFISSIONAL	
A.1	Sexo: (1) masculino (2) feminino
A.2	Data de nascimento: ____ / ____ / ____
A.3	Cor da pele: (1) negra (2) parda (3) branca (4) outra
A.4	Escolaridade(em anos de estudo completos e aprovados): _____
A.5	Situação conjugal: (1) Solteiro(a), viúvo(a) ou sem companheiro(a) (2) Casado(a) ou com companheiro(a)
A.6	Número de filhos: _____
A.7	Tabagista: (1) sim (2) não
A.8	Nº médio de horas de sono nas 24 horas: _____
A.9	Quantas vezes na semana você faz uso de alguma bebida alcoólica? _____
A.10	Você faz uso de alguma medicação? (1) sim _____ (2) não Prescrição médica? (1) sim (2) não
A.11	Você convive com alguma doença (HAS, DM, Asma, Depressão, etc)? _____

A) INFORMAÇÕES LABORAIS	
B.1	Quantos anos de experiência na área da saúde (em anos)? _____
B.2	Data de admissão nesta instituição: ____ / ____ / ____
B.3	Setor de trabalho: _____
B.4	Função na Instituição: (1) Enfermeiro(a) (2) Técnico de Enfermagem (3) Auxiliar de Enfermagem
B.5	Você possui algum cargo de chefia/supervisão? (1) sim (2) não
B.6	Carga horária de trabalho semanal neste hospital: _____ horas
B.7	Trabalha em outra instituição? (1) sim, nº de h/semanal _____ (2) não
B.8	Qual seu turno de trabalho? (1) Manhã (2) Tarde (3) Noite (4) Final de semana
B.9	Você tem contato físico frequente com seus pacientes (lavando, virando, erguendo, contendo...)? (1) sim (2) não
B.10	Os pacientes com quem você trabalha mais frequentemente são: (1) Crianças/adolescentes (2) Adultos/idosos (3) Ambos
B.11	Quantos profissionais costumam estar presentes com você durante seu trabalho? _____
B.12	Você está satisfeito com o local onde trabalha? Não está nem um pouco satisfeito (1) ---- (2) ---- (3) ---- (4) ---- (5) muito satisfeito
B.13	Você se sente reconhecido pelo trabalho que realiza? Não se sente nem um pouco reconhecido (1) ---- (2) ---- (3) ---- (4) ---- (5) sente-se muito reconhecido
B.14	Como você avalia os seus relacionamentos interpessoais no seu local de trabalho? Não está nem um pouco satisfeito (1) ---- (2) ---- (3) ---- (4) ---- (5) muito satisfeito
B.15	Quantas vezes você sofreu acidente(s) no trabalho ou se deslocando para/do trabalho? ____ Tipos () Biológico () Ergonômico () Físico () Químico () Trajeto
B.16	Quantos dias você precisou se ausentar do trabalho no último ano? _____ dias
B.17	Quanto você está preocupado(a) com a violência em seu local de trabalho? Não está nem um pouco preocupado (1) ---- (2) ---- (3) ---- (4) ---- (5) muito preocupado
B.18	Existem procedimentos para o relato da violência em seu local de trabalho? (1) sim (2) não
B.19	Existe algum estímulo para o relato da violência no seu local de trabalho? (1) sim, de quem? _____ (2) não

AVALIAÇÃO DA VIOLÊNCIA FÍSICA						
VF - "Violência física refere-se ao uso de força física contra outra pessoa ou grupo, que resulta em dano físico, sexual ou psicológico. Pode incluir soco, chute, tapa, esfaqueamento, tiro, empurrão, mordida e/ou beliscão, dentre outros"						
VF. 1 Nos últimos 12 meses, você foi fisicamente agredido em seu local de trabalho? (1) sim (2) não (então passe para a questão VF 2)						
VF. 1.1 Quantas vezes você foi agredido fisicamente nos últimos 12 meses? _____ vezes						
VF. 1.1.1 Você considera esta uma situação típica em seu local de trabalho? (1) sim (2) não						
VF. 1.2 Com relação à última vez que você foi fisicamente agredido, tratou-se de: (1) violência física com arma (2) violência física sem arma						
VF. 1.3 Quem agrediu você? (1) paciente/familiares (2) colegas _____ (3) chefia/supervisor (4) Outro _____						
VF. 1.4 Onde ocorreu o incidente? (1) dentro da instituição (2) fora da instituição (no trajeto do/para o trabalho)						
VF. 1.5 Como você reagiu ao ocorrido? Assinale todas as opções pertinentes: (1) Não teve reação (2) pediu a pessoa para parar (3) tentou fingir que nada aconteceu (4) tentou defender-se fisicamente (5) contou para amigos/familiares (6) buscou aconselhamento (7) contou para um colega (8) relatou para um chefe (9) pediu transferência (10) buscou ajuda do sindicato/conselho/associação (11) registrou o evento (12) registrou pedido de indenização/abriu processo						
VF. 1.6 Você acha que o incidente poderia ter sido evitado? (1) sim (2) não						
VF. 1.7 O ocorrido resultou em ferimento? (1) sim (2) não						
VF. 1.8 Você precisou de assistência médica? (1) sim (2) não						
VF. 1.9 Indique os problemas que você vivenciou após a experiência da violência física (uma opção por questão):						
	Desde que você foi agredido, o quão incomodado você tem sido por:	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
VF.1.9.1	Ter memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
VF.1.9.2	Evitar pensar ou falar sobre a agressão ou evitar sentimentos relacionados à mesma?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
VF.1.9.3	Permanecer "super-alerta", vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso(a)?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
VF.1.9.4	Ter sentimento de que suas atividades passaram a ser mais penosas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
VF. 1.10 Você teve que se retirar do local de trabalho após a agressão? (1) sim, por quanto tempo? _____ (2) não						
VF. 1.11 Foi tomada alguma providência diante do evento? (1) sim, por quem? _____ (2) não						
VF. 1.12 Quais foram as consequências para o agressor? (1) nenhuma (2) advertência verbal (3) interrompeu o tratamento/foi transferido de setor (4) registro na polícia (5) processo ao agressor (6) não sabe (7) outro _____						
VF. 1.13 Seu empregador ou supervisor ofereceu ajuda? (1) não ofereceu (2) ofereceu aconselhamento (3) ofereceu oportunidade de falar ou relatar o ocorrido (4) outro suporte _____						
VF. 1.14 Avalie o seu grau de satisfação em relação à forma como o incidente foi tratado Totalmente insatisfeito (1) --- (2) --- (3) --- (4) --- (5) Totalmente satisfeito						
VF. 1.15 Se você não relatou ou falou sobre o incidente com outras pessoas, por que não o fez? Assinale todas as opções pertinentes: (1) Não foi importante (2) Sentiu-se envergonhado (3) Sentiu-se culpado (4) Não sabia a quem relatar (5) Ficou com medo de consequências negativas (6) Considerou que de qualquer forma não seriam tomadas providências (7) Outro _____						
VF. 2 Nos últimos 12 meses, você presenciou situações de violência física no seu local de trabalho? (1) Sim, _____ vezes (2) Não						

AVALIAÇÃO DA VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA

"Violência psicológica é definida como o uso intencional de poder, incluindo ameaça de força contra outra pessoa ou grupo, que possa resultar em dano ao desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral ou social. Violência psicológica inclui agressão verbal, intimidação/assédio moral (humilhação/desmoralização), discriminação e ameaças."

AV - AGRESSÃO VERBAL

refere-se ao comportamento que humilha, degrada ou, de outra forma, indica uma falta de respeito com a dignidade e o valor do indivíduo.

AV.1 Nos últimos 12 meses, você foi agredido verbalmente em seu local de trabalho?

(1) sim (2) não (então passe para a questão IAM)

AV.2 Quantas vezes você foi agredido verbalmente nos últimos 12 meses? _____ vezes

AV.3 Você considera esta uma situação típica em seu local de trabalho?

(1) sim (2) não

AV.4 Considerando a última vez que você sofreu uma agressão verbal, quem agrediu você?

(1) paciente (2) familiar/cuidador de paciente (3) colega de trabalho _____
(4) chefia/supervisor (5) outro _____

AV.5 Onde ocorreu o incidente? (1) dentro da instituição (2) fora da instituição (no trajeto do/para o trabalho)

AV.6 Como você reagiu ao ocorrido? (Assinale todas as opções pertinentes):

- (1) não teve reação (2) pediu a pessoa para parar
(3) tentou fingir que nada aconteceu (4) tentou defender-se fisicamente
(5) contou para amigos/familiares (6) buscou aconselhamento
(7) contou para um colega (8) relatou para um chefe
(9) pediu transferência (10) buscou ajuda do sindicato/conselho/associação
(11) registrou o evento (12) registrou pedido de indenização/abriu processo

AV.7 Você acha que o incidente poderia ter sido evitado?

(1) sim (2) não

AV.8 Indique os problemas que você vivenciou após a experiência da violência verbal (uma opção por questão):

	Desde que você foi agredido, o quão incomodado você tem sido por:	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
AV.8.1	Ter memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
AV.8.2	Evitar pensar ou falar sobre a agressão ou evitar sentimentos relacionados à mesma?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
AV.8.3	Permanecer "super-alerta", vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso(a)?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
AV.8.4	Ter sentimento de que suas atividades passaram a ser mais penosas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

AV.9 Foi tomada alguma providência diante do evento?

(1) sim, por quem? _____ (2) não

AV.10 Quais foram as consequências para o agressor?

(1) nenhuma (2) advertência verbal (3) interrompeu o tratamento/foi transferido de setor
(4) registro na polícia (5) processo ao agressor (6) não sabe (7) outro _____

AV.11 Seu empregador ou supervisor ofereceu ajuda?

(1) não ofereceu (2) ofereceu aconselhamento
(3) ofereceu oportunidade de falar ou relatar o ocorrido (4) outro suporte _____

AV.12 Avalie o seu grau de satisfação em relação à forma como o incidente foi tratado

Totalmente insatisfeito (1) ---- (2) ---- (3) ---- (4) ---- (5) Totalmente satisfeito

AV.13 Se você não relatou ou falou sobre o incidente com outras pessoas, por que não o fez?

Assinale todas as opções pertinentes: (1) Não foi importante (2) Sentiu-se envergonhado
(3) Sentiu-se culpado (4) Não sabia a quem relatar (5) Ficou com medo de consequências negativas
(6) Considerou que de qualquer forma não seriam tomadas providências (7) Outro _____

IAM - INTIMIDAÇÃO / ASSÉDIO MORAL

refere-se a comportamento ofensivo, humilhante, que desqualifica ou desmoraliza. Acontece de forma repetida e em excesso, através de ataques vingativos, cruéis e maliciosos que objetivam rebaixar um indivíduo ou grupo de trabalhadores(as).

IAM.1 Nos últimos 12 meses, você foi intimidado, humilhado, desqualificado ou desmoralizado de forma persistente em seu local de trabalho?

(1) sim (2) não (então passe para a questão AS)

IAM.2 Quantas vezes você foi intimidado, humilhado, desqualificado ou desmoralizado nos últimos 12 meses?
_____ vezes

IAM.3 Você considera esta uma situação típica em seu local de trabalho?

(1) sim (2) não

IAM.4 Considerando a última vez que você foi intimidado/agredido moralmente, quem agrediu?

(1) paciente (2) familiar/cuidador de paciente (3) Colega de trabalho _____
(4) chefia/supervisor (5) outro _____

IAM.5 Onde ocorreu o incidente? (1) dentro da instituição (2) fora da instituição (no trajeto do/para o trabalho)

IAM.6 Como você reagiu ao ocorrido? (Assinale todas as opções pertinentes):

- (1) não teve reação (2) pediu a pessoa para parar
(3) tentou fingir que nada aconteceu (4) tentou defender-se fisicamente
(5) contou para amigos/familiares (6) buscou aconselhamento
(7) contou para um colega (8) relatou para um chefe
(9) pediu transferência (10) buscou ajuda do sindicato/conselho/associação
(11) registrou o evento (12) registrou pedido de indenização/abriu processo

IAM.7 Indique os problemas que você vivenciou em detrimento da intimidação/assédio moral (uma opção por questão):

	Desde que você foi agredido, o quanto incomodado você tem sido por:	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
IAM.7.1	Ter memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
IAM.7.2	Evitar pensar ou falar sobre a agressão ou evitar sentimentos relacionados à mesma?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
IAM.7.3	Permanecer "super-alerta", vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso(a)?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
IAM.7.4	Ter sentimento de que suas atividades passaram a ser mais penosas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

IAM.8 Você acha que o incidente poderia ter sido evitado?

(1) sim (2) não

IAM.9 Foi tomada alguma providência diante do evento?

(1) sim, por quem? _____ (2) não

IAM.10 Quais foram as consequências para o agressor?

(1) nenhuma (2) advertência verbal (3) interrompeu o tratamento/foi transferido de setor
(4) registro na polícia (5) processo ao agressor (6) não sabe (7) outro _____

IAM.11 Seu empregador ou supervisor ofereceu ajuda com:

(1) não ofereceu (2) ofereceu aconselhamento
(3) ofereceu oportunidade de falar ou relatar o ocorrido (4) outro suporte _____

IAM.12 Avalie o seu grau de satisfação em relação à forma como o incidente foi tratado

Totalmente insatisfeito (1) ---- (2) ---- (3) ---- (4) ---- (5) **Totalmente satisfeito**

IAM.13 Se você não relatou ou falou sobre o incidente com outras pessoas, por que não o fez?

Assinale todas as opções pertinentes: (1) Não foi importante (2) Sentiu-se envergonhado
(3) Sentiu-se culpado (4) Não sabia a quem relatar (5) Ficou com medo de consequências negativas
(6) Considerou que de qualquer forma não seriam tomadas providências (7) Outro _____

AS - ASSÉDIO SEXUAL

refere-se a qualquer comportamento de natureza sexual que é indesejável, unilateral e não esperado. Esse comportamento é ofensivo para a pessoa envolvida e repercute em ameaça, humilhação ou incômodo/constrangimento a esta pessoa.

AS.1 Nos últimos 12 meses, você foi assediado sexualmente seu local de trabalho?

(1) sim (2) não (então passe para a questão DR)

AS.2 Quantas vezes você foi assediado sexualmente nos últimos 12 meses? _____ vezes

AS.3 Você considera esta uma situação típica em seu local de trabalho?

(1) sim (2) não

AS.4 Considerando a última vez que você foi assediado sexualmente, quem agrediu?

(1) paciente (2) familiar/cuidador de paciente (3) Colega de trabalho _____
(4) chefia/supervisor (5) outro _____

AS.5 Onde ocorreu o incidente? (1) dentro da instituição (2) fora da instituição (no trajeto do/para o trabalho)

AS.6 Como você reagiu ao ocorrido? (Assinale todas as opções pertinentes):

- (1) não teve reação (2) pediu a pessoa para parar
(3) tentou fingir que nada aconteceu (4) tentou defender-se fisicamente
(5) contou para amigos/familiares (6) buscou aconselhamento
(7) contou para um colega (8) relatou para um chefe
(9) pediu transferência (10) buscou ajuda do sindicato/conselho/associação
(11) registrou o evento (12) registrou pedido de indenização/abriu processo

AS.7 Indique os problemas que você vivenciou em detrimento do assédio sexual (uma opção por questão):

	Desde que você foi agredido, o quanto incomodado você tem sido por:	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
AS.7.1	Ter memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
AS.7.2	Evitar pensar ou falar sobre a agressão ou evitar sentimentos relacionados à mesma?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
AS.7.3	Permanecer "super-alerta", vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso(a)?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
AS.7.4	Ter sentimento de que suas atividades passaram a ser mais penosas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

AS.8 Você acha que o incidente poderia ter sido evitado?

(1) sim (2) não

AS.9 Foi tomada alguma providência diante do evento?

(1) sim, por quem? _____ (2) não

AS.10 Quais foram as consequências para o agressor?

(1) nenhuma (2) advertência verbal (3) interrompeu o tratamento/foi transferido de setor
(4) registro na polícia (5) processo ao agressor (6) não sabe (7) outro _____

AS.11 Seu empregador ou supervisor ofereceu ajuda?

(1) não ofereceu (2) ofereceu aconselhamento
(3) ofereceu oportunidade de falar ou relatar o ocorrido (4) outro suporte _____

AS.12 Avalie o seu grau de satisfação em relação à forma como o incidente foi tratado

Totalmente insatisfeito (1) ---- (2) ---- (3) ---- (4) ---- (5) Totalmente satisfeito

AS.13 Se você não relatou ou falou sobre o incidente com outras pessoas, por que não o fez?

Assinale todas as opções pertinentes: (1) Não foi importante (2) Sentiu-se envergonhado
(3) Sentiu-se culpado (4) Não sabia a quem relatar (5) Ficou com medo de consequências negativas
(6) Considerou que de qualquer forma não seriam tomadas providências (7) Outro _____

DR - DISCRIMINAÇÃO RACIAL

refere-se a qualquer conduta ameaçadora que é baseada em raça, cor, idioma, nacionalidade, religião, associação com uma minoria, nascimento ou outro status que seja unilateral ou indesejável e que afeta a dignidade de mulheres e homens no trabalho.

DR.1 Nos últimos 12 meses, você sofreu discriminação racial em seu local de trabalho?

(1) sim (2) não (então passe para a questão H)

DR.2 Quantas vezes você sofreu discriminação racial nos últimos 12 meses? _____ vezes

DR.3 Você considera esta uma situação típica em seu local de trabalho?

(1) sim (2) não

DR.4 Considerando a última vez que você foi discriminado racialmente, quem discriminou você?

(1) paciente (2) familiar/cuidador de paciente (3) Colega de trabalho _____
(4) chefia/supervisor (5) outro _____

DR.5 Onde ocorreu o incidente?(1) dentro da instituição (2) fora da instituição (no trajeto do/para o trabalho)

DR.6 Como você reagiu a essa discriminação? (Assinale todas as opções pertinentes):

(1) não teve reação (2) pediu a pessoa para parar
(3) tentou fingir que nada aconteceu (4) tentou defender-se fisicamente
(5) contou para amigos/familiares (6) buscou aconselhamento
(7) contou para um colega (8) relatou para um chefe
(9) pediu transferência (10) buscou ajuda do sindicato/conselho/associação
(11) registrou o evento (12) registrou pedido de indenização/abriu processo

DR.7 Indique os problemas que você vivenciou em detrimento da discriminação racial (uma opção por questão):

	Desde que você foi agredido, o quão incomodado você tem sido por:	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
DR.7.1	Ter memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
DR.7.2	Evitar pensar ou falar sobre a agressão ou evitar sentimentos relacionados à mesma?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
DR.7.3	Permanecer "super-alerta", vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso(a)?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
DR.7.4	Ter sentimento de que suas atividades passaram a ser mais penosas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

DR.8 Você acha que o incidente poderia ter sido evitado?

(1) sim (2) não

DR.9 Foi tomada alguma providência diante do evento?

(1) sim, por quem? _____ (2) não

DR.10 Quais foram as consequências para o agressor?

(1) nenhuma (2) advertência verbal (3) interrompeu o tratamento/foi transferido de setor
(4) registro na polícia (5) processo ao agressor (6) não sabe (7) outro _____

DR.11 Seu empregador ou supervisor ofereceu ajuda?

(1) não ofereceu (2) ofereceu aconselhamento
(3) ofereceu oportunidade de falar ou relatar o ocorrido (4) outro suporte _____

DR.12 Avalie o seu grau de satisfação em relação à forma como o incidente foi tratado

Totalmente insatisfeito (1) --- (2) --- (3) --- (4) --- (5) Totalmente satisfeito

DR.13 Se você não relatou ou falou sobre o incidente com outras pessoas, por que não o fez?

Assinale todas as opções pertinentes: (1) Não foi importante (2) Sentiu-se envergonhado
(3) Sentiu-se culpado (4) Não sabia a quem relatar (5) Ficou com medo de consequências negativas
(6) Considerou que de qualquer forma não seriam tomadas providências (7) Outro _____

HOSPITAL**H.1 O seu local de trabalho desenvolve condutas específicas para proteção à:**

		Sim	Não	Não sabe
H.1.1	Saúde e segurança	(1)	(2)	(3)
H.1.2	Violência física	(1)	(2)	(3)
H.1.3	Agressão verbal	(1)	(2)	(3)
H.1.4	Intimidação/agressão moral	(1)	(2)	(3)
H.1.5	Assédio sexual	(1)	(2)	(3)
H.1.6	Discriminação	(1)	(2)	(3)
H.1.7	Ameaça	(1)	(2)	(3)

H.2 Quais medidas para lidar com a violência no trabalho existem no local em que você trabalha?

		Sim	Não
H.2.1	Medidas de segurança (guardas, alarmes, outros)	(1)	(2)
H.2.2	Melhoras no ambiente (iluminação, ruídos, condicionamento de ar, limpeza, privacidade, acesso fácil ao refeitório e sanitários, outros)	(1)	(2)
H.2.3	Controle do acesso à instituição (checagem da portaria)	(1)	(2)
H.2.4	Registro de paciente com comportamento agressivo anterior	(1)	(2)
H.2.5	Protocolos para pacientes agressivos (procedimentos de controle, contenção, transporte, medicação, programação de atividade, acesso à informação, outros)	(1)	(2)
H.2.6	Número suficiente de funcionários	(1)	(2)
H.2.7	Uso rigoroso de uniforme e identificação de todos que circulam no ambiente	(1)	(2)
H.2.8	Troca de plantão ou escala em caso necessário	(1)	(2)
H.2.9	Restrição do trabalho solitário	(1)	(2)
H.2.10	Treinamento/capacitação (enfrentamento da violência, habilidade de comunicação, resolução de conflitos, defesa pessoal, outros)	(1)	(2)
H.2.11	Investimentos em desenvolvimento de recursos humanos (promoção, premiação, outros)	(1)	(2)
H.2.12	Nenhuma	(1)	(2)

H.3 Quanto você acha que estas medidas poderiam melhorar seu local de trabalho?

		Nada	Pouco	Moderadamente	Muito
H.3.1	Medidas de segurança	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.2	Melhoras no ambiente	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.3	Controle do acesso à instituição	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.4	Registro de paciente com comportamento agressivo anterior	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.5	Protocolos para pacientes agressivos	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.6	Número suficiente de funcionários	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.7	Uso rigoroso de uniforme e identificação	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.8	Troca de plantão ou escala em caso necessário	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.9	Restrição do trabalho solitário	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.10	Treinamento/capacitação	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.11	Investimentos em desenvolvimento de recursos humanos	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.12	Outra	(1)	(2)	(3)	(4)

ANEXO B

PESQUISA SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTES EM HOSPITAIS

Reis (2013)

Instruções

Esta parte da pesquisa solicita sua opinião sobre segurança do paciente, erros associados ao cuidado de saúde e relato de eventos em seu hospital. Para tanto, entende-se um **EVENTO** como “qualquer tipo de erro, engano, falha, incidente, acidente ou desvio, independente se resultou ou não em dano ao paciente”. **SEGURANÇA DO PACIENTE** é definida como “evitar e prevenir danos ou eventos adversos aos pacientes, resultantes dos processos de cuidados de saúde prestados”

SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho

Nesta pesquisa, pense em sua unidade como a área de trabalho, departamento ou área clínica do hospital onde você passa a maior parte do seu tempo de trabalho ou na qual presta a maior parte dos seus serviços clínicos.

1. Qual é a sua principal área ou unidade neste hospital? Selecione UMA resposta:

<input type="checkbox"/> 1.1 Diversas unidades do hospital/nenhuma unidade específica	<input type="checkbox"/> 1.6 Setor de Emergência
<input type="checkbox"/> 1.2 Clínica (não cirúrgica)	<input type="checkbox"/> 1.7 Unidade de terapia intensiva (qualquer tipo)
<input type="checkbox"/> 1.3 Cirurgia	<input type="checkbox"/> 1.8 Psiquiatria/saúde mental
<input type="checkbox"/> 1.4 Obstetrícia	<input type="checkbox"/> 1.9 Radiologia
<input type="checkbox"/> 1.5 Pediatria	<input type="checkbox"/> 2.0 Outra, especifique:

2. Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre a sua área/unidade de trabalho.

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo Nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
2.1 Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.2 Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.3 Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.4 Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.5 Nesta unidade, os profissionais (independente do vínculo empregatício) trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.6 Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.7 Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.8 Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.9 Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.10 É apenas por acaso, que erros, enganos ou falhas mais graves não acontecem por aqui.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.11 Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.12 Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.13 Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.14 Nós trabalhamos em “situação de crise” tentando fazer muito e muito rápido.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.15 A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.16 Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.17 Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.18 Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe

3. Por favor, indique a sua concordância ou discordância em relação as seguintes afirmações sobre o seu supervisor/chefe imediato ou pessoa a quem você se reporta diretamente.

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo totalmente
3.1 O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.2 O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais (independente do vínculo empregatício) para a melhoria da segurança do paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.3 Sempre que a pressão aumenta meu supervisor/chefe quer que trabalhemos mais rápido mesmo que isso signifique "pular etapas".	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.4 O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem rapidamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO C: Comunicação

4. Com que frequência as situações abaixo ocorrem na sua área/unidade de trabalho?

Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
4.1 Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4.2 Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4.3 Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4.4 Os profissionais (independente do vínculo empregatício) sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4.5 Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4.6 Os profissionais (independentemente do vínculo empregatício) têm receio de perguntar quando algo parece não estar certo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados

5. Na sua área/unidade de trabalho no hospital, quando ocorrem os erros, enganos ou falhas seguintes, com que frequência eles são relatados?

Pense na sua área/unidade no hospital	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
5.1 Quando ocorre um erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente , com que frequência ele é relatado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5.2 Quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente , com que frequência ele é relatado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5.3 Quando ocorre erro, engano ou falha que poderia causar danos ao paciente , mas não causa, com que frequência ele é relatado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO E: Nota da segurança do paciente

6. Por favor, avalie a segurança do paciente na sua área/unidade do hospital.

<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E
Excelente	Muito boa	Regular	Ruim	Muito Ruim

SEÇÃO F: O seu hospital

7. Por favor, indique a sua concordância ou discordância com as seguintes afirmações sobre seu hospital.

Pense no seu hospital...	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
7.1 A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7.2 As unidades do hospital não estão coordenadas entre si.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7.3 O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7.4 Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7.5 É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7.6 Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais (independente do vínculo empregatício) de outras unidades do hospital.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7.7 Ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7.8 As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7.9 A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7.10 As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7.11 Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SEÇÃO G: Número de eventos relatados

8. Nos últimos 12 meses, quantos relatórios de eventos você preencheu e apresentou?

- a. Nenhum relatório
- b. 1 a 2 relatórios
- c. 3 a 5 relatórios
- d. 6 a 10 relatórios
- e. 11 a 20 relatórios
- f. 21 relatórios ou mais

Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança do paciente, erro ou relato de eventos no seu hospital. (Por favor, utilize o verso).

Obrigado por você completar este questionário e participar desta pesquisa.

ANEXO C
Roteiro para coleta de dados qualitativos

Pesquisa: “Violência no Trabalho da enfermagem e suas implicações para a Saúde Psíquica dos Trabalhadores e para a Cultura de Segurança do Paciente em hospital universitário”

Roteiro de Entrevista

1. Como você caracteriza o seu local de trabalho e as atividades que executa?

2. Relate o seu último episódio de violência vivenciado ou o episódio que mais lhe marcou. **(considerando violência física e psicológica, tanto originada dos pacientes, acompanhantes, quanto das relações profissionais)**

3. Você presenciou algum episódio de violência física ou psicológica contra colegas de trabalho? Relate-o(s).

4. Essas situações de violência trazem implicações para você (seu bem-estar e sua saúde)? De que forma?

5. A violência pode modificar o seu comportamento no trabalho? De que forma?

6. O trabalho em equipe e a comunicação podem ser afetados pela ocorrência da violência? Fale sobre o assunto.

7. A violência no trabalho pode repercutir sobre o cuidado ao paciente? De que(quais) forma(s)?

8. Como as situações de violência são tratadas no seu trabalho? Isso poderia ser diferente? De que forma?

9. Você tem mais questões a acrescentar sobre as implicações da violência sobre a sua saúde e a segurança do paciente?

ANEXO D

**Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA do projeto
“violência no trabalho da enfermagem e suas implicações para a
saúde dos trabalhadores e para a cultura de segurança do paciente
em hospital universitário”**

26/9/2014

Imprimir

Assunto: WebGPPG - Informações do Projeto
De: wgppg.hcpa@gmail.com (wgppg.hcpa@gmail.com)
Para: daiadalpai@yahoo.com.br;
Data: Quinta-feira, 25 de Setembro de 2014 16:40

WebGPPG

Prezado (a) Pesquisador (a) DAIANE DAL PAI,

O projeto 14-0508 foi avaliado pela Comissão Científica e Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e encontra-se Aprovado. Os pareceres e possíveis cartas estão disponíveis no sistema WebGPPG.

Você poderá acessar o sistema em:
<https://apps2.hcpa.ufrgs.br/wgppg/>

Atenciosamente,

Coordenador do GPPG e CEP/HCPA

Esta é uma mensagem automática, por favor, não responda.
Para acessar o sistema clique em: WebGPPG

ANEXO E

Aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Cibele Dos Santos				
Dados Gerais:				
Projeto N°:	36614	Título:	VIOLENCIA NO TRABALHO DA ENFERMAGEM E A PERCEPCAO DE CULTURA DE SEGURANCA DO PACIENTE: UM ESTUDO MULTICENTRICO DE METODOS MISTOS	
Área de conhecimento:	Enfermagem	Início:	11/03/2019	Previsão de conclusão: 15/08/2020
Situação:	Projeto em Andamento			
Origem:	Escola de Enfermagem Programa de Pós-Graduação em Enfermagem	Projeto da linha de pesquisa: Gestão em saúde e enfermagem e organização do trabalho		
Local de Realização:	não informado			
Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.				
Objetivo:	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Analisar a relação entre violência no trabalho da enfermagem e a cultura de segurança do paciente em hospitais da região sul do país. </div>			
Palavras Chave:				
SAÚDE DO TRABALHADOR				
Equipe UFRGS:				
Nome: DAJANE DAL PAI Coordenador - Início: 11/03/2019 Previsão de término: 15/08/2020 Nome: CIBELE DOS SANTOS Técnico: Enfermeiro - Início: 11/03/2019 Previsão de término: 15/08/2020				
Avaliações:				
Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 08/03/2019 Clique aqui para visualizar o parecer				
Anexos:				
Projeto Completo		Data de Envio: 04/02/2019		
Outro		Data de Envio: 04/02/2019		
Documento de Aprovação		Data de Envio: 04/02/2019		
Outro		Data de Envio: 01/03/2019		
Bolsas:				
Projeto associado à bolsa PIBIC CNPq-UFRGS No Período: 01/08/2019 a 31/07/2020 Bolsista: LARISSA MARTINI JUNQUEIRA no período de 01/08/2019 a 31/07/2020				

APÊNDICE A**Termo de responsabilidade para uso de dados de pesquisa**

Eu, Cibele dos Santos, CPF nº 027.815.670-35, matrícula 00208021, me comprometo a utilizar os dados da pesquisa: *"Violência no Trabalho da enfermagem e suas implicações para a Saúde Psíquica dos Trabalhadores e para a Cultura de Segurança do Paciente em hospitais universitários"* de forma ética e sigilosa, apenas para fins acadêmicos.

Porto Alegre, janeiro de 2019.



Cibele dos Santos

APÊNDICE B

Autorização das Pesquisadoras

Autorizamos a mestranda Cibele dos Santos a utilizar dados obtidos no estudo: *"Violência no Trabalho da enfermagem e suas implicações para a Saúde Psíquica dos Trabalhadores e para a Cultura de Segurança do Paciente em hospitais universitários"* realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre e no Hospital Regional do Oeste de Santa Catarina sob o número CAEE: 32263014.5.0000.532, para a elaboração de sua dissertação de mestrado.

Porto Alegre, janeiro de 2019.



Profª Drª Daiane Dal Pai



Profª Drª Leticia de Lima Trindade

APÊNDICE C – Tabela A

Tabela A – Distribuição do percentual médio de respostas positivas das dimensões e itens componentes da cultura de segurança do paciente em hospitais do sul do país. Porto Alegre/RS, 2019. (n=589).

Dimensão e itens componentes	% Respostas positivas em hospitais do sul do país
Trabalho em equipe dentro das unidades	60,7
Nesta unidade as pessoas apoiam umas às outras	63,6
Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo	73,3
Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	68,9
Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam	36,4
Expectativas sobre o seu líder imediato e ações promotoras da segurança do paciente	68,4
O meu líder imediato elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	59,7
O meu líder imediato realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente	70,1
Sempre que a pressão aumenta, o meu líder imediato quer que trabalhe mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”	68,8
O meu líder imediato não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	75,3
Aprendizado organizacional – melhoria contínua	75
Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	86,2
Erros têm levado a mudanças positivas por aqui	66,4
Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade	72,3

(Continua)

Tabela A – Distribuição do percentual médio de respostas positivas das dimensões e itens componentes da cultura de segurança do paciente em hospitais do sul do país. Porto Alegre/RS, 2019. (n=589).

(Continuação)

Dimensão e itens componentes	% Respostas positivas em hospitais do sul do país
Apoio da gestão para a segurança do paciente	60,7
A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	66,8
As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal	64
A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	51,7
Percepção geral da segurança do paciente	51
É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui	59,6
A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	35,2
Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	48,8
Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	60,7
Retorno da informação e comunicação sobre erro	62
Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir de relatórios de eventos	61,7
Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	55,8
Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros para que eles não aconteçam novamente	68,4
Abertura da comunicação	55,7
Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	73,5
Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	44,6
Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	49,7

(Continua)

Tabela A – Distribuição do percentual médio de respostas positivas das dimensões e itens componentes da cultura de segurança do paciente em hospitais do sul do Brasil. Porto Alegre/RS, 2019. (n=589).

(Continuação)

Dimensão e itens componentes	% Respostas positivas em hospitais do sul do Brasil
Frequência de relato de eventos	61,3
Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado?	60,3
Quando ocorre um erro, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado?	55,7
Quando ocorre um erro, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado?	66,2
Trabalho em equipe entre as unidades	49,7
As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	35,7
Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	48,2
Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	55,1
As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	59,2
Adequação de profissionais	37,8
Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho	27,6
Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente	38,3
Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	58,2
Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido	27,7

(Continua)

Tabela A – Distribuição do percentual médio de respostas positivas das dimensões e itens componentes da cultura de segurança do paciente em hospitais do sul do país. Porto Alegre/RS, 2019. (n=589).

(Conclusão)

Dimensão e itens componentes	% Respostas positivas em hospitais do sul do país
Passagem de plantão ou de turno/transferências	44,5
O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	44,1
É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	44,6
Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	24,9
Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	64,2
Respostas não punitivas aos erros	23,6
Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	24,4
Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	28,9
Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	17,5

Fonte: pesquisa documental em banco de dados. SANTOS, Cibele dos. Porto Alegre, 2019.

ANEXO F

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado **“Violência no Trabalho da enfermagem e suas implicações para a Saúde Psíquica dos Trabalhadores e para a Cultura de Segurança do Paciente em hospital universitário”**. Para participar deste estudo, algumas informações devem ser esclarecidas a fim de que você possa compreender do que se trata e a partir disso decidir se aceita ou não participar.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as implicações da violência no trabalho da enfermagem para a saúde psíquica dos trabalhadores e para a cultura de segurança do paciente em hospital universitário.

Explicação dos Procedimentos:

Você foi selecionado por meio de um sorteio para participar dessa pesquisa. Aceitando o convite, você poderá contribuir com a identificação e compreensão da violência, bem como das suas implicações para a saúde do trabalhador e para a cultura de segurança do paciente no seu local de trabalho.

A sua participação na pesquisa consta em responder a um questionário com perguntas sobre a ocorrência da violência no trabalho e suas implicações para a saúde do trabalhador e para a cultura de segurança do paciente. Se for necessário, você também poderá ser convidado a participar de uma entrevista gravada em áudio, com perguntas abertas, que lhe permitirão discorrer sobre mais aspectos. A sua participação não envolve nenhum outro procedimento além do fornecimento de respostas ao questionário, talvez, à entrevista gravada.

Benefícios, possíveis riscos e desconfortos

Participando dessa pesquisa, você poderá contribuir com a construção do conhecimento sobre a violência no trabalho e as suas implicações para a saúde do trabalhador e para a cultura de segurança do paciente. A sua participação não pressupõe recompensas financeiras ou privilégios relacionados ao seu setor de trabalho, assim como não interfere no seu vínculo empregatício.

O tempo dispensado para o preenchimento do questionário (aproximadamente 30 minutos) poderá ser um inconveniente para a sua participação. Não há nenhum ônus financeiro pela sua participação e nenhum risco conhecido. Todas as informações coletadas com a sua participação e nenhum risco conhecido. Todas as informações coletadas com a sua participação serão tratadas com confidencialidade, utilizadas somente para fins desta pesquisa e serão analisadas em conjunto, preservando o seu anonimato por meio da utilização de código numérico ao invés do seu nome. O questionário contendo as suas respostas será gravado por 5 anos, juntamente com a transcrição das suas falas, caso venha a participar desta etapa. A gravação da entrevista será destruída após sua transcrição.

Participação voluntária e direito de desistência

A sua participação é voluntária, por isso você pode se recusar a contribuir com o estudo sem nenhum prejuízo ou penalidade. Além disso, você poderá encerrar a sua participação em qualquer fase do estudo, sem sofrer qualquer penalidade. Além disso, você poderá encerrar a sua participação em

qualquer fase do estudo, sem sofrer qualquer penalidade ou constrangimento como consequência desse ato.

Confidencialidade e acesso aos resultados

Somente a equipe de pesquisa, sob supervisão do pesquisador responsável, terá acesso aos dados da pesquisa. Os resultados obtidos neste estudo poderão ser publicados em periódicos e eventos com finalidade científica, contudo, sem a identificação dos participantes. Você ainda poderá ter acesso aos resultados por meio do relatório a ser entregue ao Serviço de Medicina Ocupacional (SMO) do HCPA.

Outros direitos do participante

Você tem direito a receber qualquer tipo de informação sobre a pesquisa, em qualquer momento, podendo contatar a pesquisadora responsável, Profª Daiane Dal Pai, na sala 221 da Escola de Enfermagem ou pelo telefone (51)33085324. Também poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, se segunda a sexta-feira das 8 às 17 horas, pelo telefone (51)33597640.

Consentimento do participante

Declaro ter lido e compreendido as informações acima antes de assinar este formulário. Foi-me dada ampla oportunidade de fazer perguntas, esclarecendo plenamente minhas dúvidas. Por este instrumento, tomo parte, de forma livre e esclarecida, do presente estudo. Você assinará duas vias deste termo, sendo que uma ficará com o pesquisador e outra com você.

Porto Alegre, _____ de _____ de _____.

Nome do participante: _____ Assinatura do participante:

Nome do pesquisador: _____ Assinatura do pesquisador:
