



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM

Fábio Silva da Rosa

Violência laboral no âmbito da enfermagem hospitalar: Estudo de Métodos
Mistos

Florianópolis
2026

Fábio Silva da Rosa

**Violência laboral no âmbito da enfermagem Hospitalar: Estudo de Métodos
Mistos**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina
(UFSC) como requisito parcial para obtenção do título de
Doutor em Educação e Trabalho em Saúde e
Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dra. Mara Ambrosina de Oliveira
Vargas

Coorientadora: Prof^a Dra. Elaine Cristina Novatzki Forte

Florianópolis

2026

Ficha catalográfica gerada por meio de sistema automatizado gerenciado pela BU/UFSC.
Dados inseridos pelo próprio autor.

da Rosa, Fábio Silva

Violência laboral no âmbito da enfermagem Hospitalar :
Estudo de Métodos Mistos / Fábio Silva da Rosa ;
orientadora, Mara Ambrosina de Oliveira Vargas,
coorientadora, Elaine Cristina Novatzki Forte, 2026.
364 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2026.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Educação e Trabalho em saúde e
Enfermagem. 3. Trabalho em saúde e Enfermagem. 4.
Enfermagem. I. Vargas, Mara Ambrosina de Oliveira. II.
Forte, Elaine Cristina Novatzki . III. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem. IV. Título.

Fábio Silva da Rosa

**Violência laboral no âmbito da enfermagem Hospitalar: Estudo de Métodos
Mistos**

O presente trabalho em nível de Doutorado foi avaliado e aprovado, em 16 de Dezembro de 2025 pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a), Dr.(a) Mara Ambrosina de Oliveira Vargas
Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Prof.Dr. José Luis Guedes dos Santos
Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Prof.(a) Dr.(a) Daiane Dal Pai
Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Prof.(a) Dr.(a) Laura Cavalcanti de Farias Brehmer
Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Doutor em Enfermagem, na linha de Pesquisa sobre Trabalho, Ética, Saúde e Enfermagem.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação



Documento assinado digitalmente
Jose Luis Guedes dos Santos
Data: 04/03/2026 17:15:31-0300
CPF: ***.269.940-**
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof.(a), Dr.(a) Prof^a Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas
Orientador(a)



Documento assinado digitalmente
Mara Ambrosina de Oliveira Vargas
Data: 04/03/2026 05:46:10-0300
CPF: ***.006.220-**
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Florianópolis
2026

Dedico esta tese aos profissionais de enfermagem que enfrentam,
em silêncio, a violência no trabalho e ainda assim seguem
cuidando com coragem e humanidade.

Dedico também aos meus pais, Cirlei e Huberto, pelo amor e
pelos valores que me sustentam; ao meu irmão, Huberto Junior,
pela presença afetuosa; e ao Pedro Guilherme, pela
compreensão, apoio sereno e por caminhar ao meu lado com
leveza ao longo desta jornada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que estiveram comigo nessa caminhada...

A Deus, minha gratidão primeira e infinita. Foi na fé que encontrei silêncio, força e sentido nos momentos mais desafiadores desta caminhada. Cada passo dado, cada página escrita e cada superação vivida carrega aquilo que só o sagrado pode sustentar: esperança, propósito e coragem.

À minha família, meu porto seguro em todas as etapas desta trajetória. Ao meu pai, Huberto, e à minha mãe, Cirlei, exemplos de generosidade, dignidade e amor incondicional. Vocês me ensinaram que o estudo transforma vidas e que a humildade é o que sustenta qualquer conquista. Ao meu irmão, Huberto Júnior, pela parceria silenciosa, pelo cuidado que dedica aos nossos pais e pela forma sempre discreta, mas profundamente presente, de demonstrar apoio.

Ao meu companheiro de vida e marido, Pedro Guilherme, agradeço pelo amor sereno, pela parceria incansável e pela força que me sustenta nos dias mais difíceis. A tua perseverança em seguir o teu próprio sonho na Medicina inspira profundamente a minha caminhada, lembrando-me diariamente da importância de persistir, evoluir e acreditar no possível. Ao teu lado, construímos não apenas uma vida, mas uma família — nós dois e nossos gatos, Amora e Gasparzinho. Obrigado por acolher minhas ausências, celebrar minhas conquistas e permanecer comigo nos silêncios, nos cansaços e nas esperanças. Com você, tudo ganha sentido e direção.

À minha orientadora, Prof.^a Dra. Mara de Oliveira Vargas, minha inspiração e exemplo de caminho acadêmico, humano e profissional. Obrigado por acreditar em mim antes mesmo que eu acreditasse totalmente. Sua confiança silenciosa, seu rigor generoso, sua ética inegociável e sua forma de conduzir o conhecimento com humanidade e coragem foram o alicerce desta caminhada. Você não foi apenas uma orientadora: foi porto seguro, ponto de partida e horizonte possível. Cada gesto, cada devolutiva e cada palavra de incentivo ecoaram muito além da pesquisa — alcançaram quem eu sou e quem eu desejo ser como enfermeiro, pesquisador e ser humano. Levo comigo o impacto transformador dessa orientação e a certeza de que sua presença marcou não apenas esta tese, mas minha vida.

À minha coorientadora, Prof.^a Dra. Elaine Novatzki Forte, expressei minha profunda gratidão pela precisão intelectual, pelo rigor metodológico e pela presença

sempre acolhedora. Sua alegria contagiante e leveza mesmo diante dos desafios mais complexos. Levo comigo não apenas seus ensinamentos acadêmicos, mas também seus conselhos generosos, inclusive a deliciosa recomendação de ler *Hannah Arendt* acompanhada de uma taça de vinho (ou a garrafa toda), lembrando-me de que, para pesquisar o mundo das violências, é preciso antes cuidar de nós mesmos. Obrigado por me ensinar com ciência, com sensibilidade e com humanidade.

Aos mestres que encontrei ao longo do doutorado, cuja dedicação ao ensino expandiu meus horizontes intelectuais e éticos. Cada disciplina, cada conversa e cada debate ajudaram a construir o arcabouço que sustenta esta tese.

À minha coordenação na Unisinos, especialmente Vânia Schneider, meu respeito e gratidão pelo acolhimento em um dos momentos mais delicados desta jornada. Obrigado por compreender minhas necessidades, por me apoiar e por possibilitar que eu conciliasse a vida acadêmica com minhas responsabilidades profissionais.

Aos meus amigos, que mesmo à distância permaneceram perto do coração. Obrigado por compreenderem minhas ausências, minha rotina intensa e meu silêncio em tantos momentos. A torcida de vocês foi meu combustível quando o cansaço parecia maior que a fé.

Aos meus alunos, que diariamente me desafiam, me inspiram e me lembram do motivo pelo qual escolhi ser enfermeiro e educador. Vocês me sustentam intelectualmente e me impulsionam a estudar mais, pensar mais e ser um profissional e professor melhor.

Aos 573 profissionais que participaram da etapa quantitativa e aos 45 trabalhadores que confiaram suas histórias nas entrevistas. Vocês depositaram em mim mais do que dados: entregaram vivências, dores, resistências e esperanças. A cada escuta, fui profundamente sensibilizado; senti junto, me comovi e, em muitos momentos, chorei silenciosamente diante da força e da vulnerabilidade presentes em cada relato. Sem suas vozes, esta tese não existiria, e sem suas experiências, eu não seria o profissional e o pesquisador que sou hoje.

Ao hospital onde exerço minha profissão e à beira do leito, onde vivo a realidade da enfermagem em sua forma mais humana e, muitas vezes, mais dura. Foi no cotidiano do trabalho, nos turnos longos, nos enfrentamentos silenciosos e nas situações de violência testemunhadas e vividas que este estudo começou a ganhar

forma. Cada experiência foi uma aula, cada desafio uma pergunta, cada dor um compromisso.

Aos meus colegas de trabalho, enfermeiros, técnicos de enfermagem, equipe de apoio, médicos, residentes, preceptores e à chefia da UTI, agradeço pela parceria cotidiana, pelo cuidado compartilhado e pela força que circula entre nós mesmo quando o ambiente pesa. Vocês me ensinaram, com gestos muitas vezes imperceptíveis, o valor da solidariedade no plantão, a ética do trabalho coletivo e a resistência silenciosa que sustenta a enfermagem.

A todos que, de alguma forma, caminharam comigo nesta jornada — meu sincero e profundo agradecimento. Essa tese é fruto de muitas mãos, muitos afetos e muitos mundos compartilhados. Que ela possa honrar cada um de vocês.

"Quem vê de fora faz arranjos melhores,
mas é dentro, bem no lugar que a gente
não vê, que o não dar conta ocupa tudo".
(Carla Madeiro).

RESUMO

Introdução: A violência no ambiente hospitalar constitui um grave problema de saúde pública e ocupacional, afetando de forma direta a segurança, a saúde mental e a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. Por sua natureza multifacetada, institucional e frequentemente banalizada, a compreensão aprofundada do fenômeno exige articulação entre dados empíricos, referenciais teóricos e a experiência cotidiana dos trabalhadores. **Objetivo geral:** Analisar a violência laboral no âmbito da enfermagem hospitalar, por meio de um estudo de métodos mistos, identificando a prevalência, a natureza, os impactos na saúde dos profissionais de enfermagem, os desafios e as estratégias de prevenção e enfrentamento. **Objetivos específicos:** Analisar os impactos da violência no trabalho dos profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar; Analisar a prevalência e a natureza dos incidentes de violência laboral vivenciados pela equipe de enfermagem; Identificar estratégias de prevenção e de promoção da segurança e saúde de profissionais de enfermagem diante da violência no trabalho; Verificar as associações entre a exposição à violência no trabalho e os impactos na saúde de profissionais de enfermagem e explorar como a banalização e os contextos organizacionais intensificam esses impactos; Identificar e analisar os desafios e obstáculos enfrentados pela equipe de enfermagem no manejo e enfrentamento de situações de violência no ambiente hospitalar; Refletir sobre a contribuição dos métodos mistos como caminho metodológico para investigar a violência no ambiente de trabalho em saúde e enfermagem. **Métodos:** Estudo de métodos mistos com desenho explanatório sequencial. A etapa quantitativa incluiu 573 trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário, com coleta via formulário eletrônico, permitindo estimar prevalências, caracterizar tipos de violência e mensurar impactos sobre saúde e trabalho. A etapa qualitativa envolveu entrevistas semiestruturadas com 45 profissionais, aprofundando sentidos, experiências e práticas diante da violência. A análise quantitativa utilizou estatística descritiva e inferencial no SPSS®. Os dados qualitativos foram examinados por análise de conteúdo, técnicas lexicográficas e codificação no ATLAS.ti®. Todas as etapas seguiram as diretrizes éticas vigentes. **Resultados:** A violência laboral mostrou-se frequente, multiforme e estrutural no cotidiano da enfermagem hospitalar, manifestando-se por meio de agressões verbais, psicológicas e físicas, assédio moral, microviolências e expressões de violência institucional. A integração entre os dados quantitativos e qualitativos evidenciou que a exposição à violência esteve significativamente associada a impactos negativos na saúde dos profissionais de enfermagem, incluindo sofrimento psíquico, medo persistente, ansiedade, exaustão emocional, sintomas depressivos e manifestações somáticas. Os achados revelaram, ainda, o papel central da banalização da violência e dos contextos organizacionais, tais como déficit de pessoal, sobrecarga de trabalho, fragilidades na gestão, silenciamento institucional e subnotificação, como fatores que intensificam, perpetuam e naturalizam a violência no ambiente hospitalar. Os desafios e obstáculos identificados evidenciaram limitações institucionais estruturais para o enfrentamento efetivo do problema. As estratégias adotadas pelos profissionais envolveram respostas individuais, coletivas e institucionais, contudo, mostraram-se fragmentadas e insuficientes frente à complexidade, à persistência e à natureza sistêmica da violência laboral. **Considerações finais:** A violência no trabalho da enfermagem constitui problema persistente, sistêmico e de alto impacto, exigindo respostas institucionais integradas e contínuas. O estudo demonstra a urgência de fortalecer

políticas organizacionais, processos de prevenção, suporte psicossocial e práticas de cuidado ao trabalhador. Evidencia também a relevância dos referenciais teóricos — incluindo contribuições Arendtianas sobre poder, violência e banalidade — para ampliar a compreensão do fenômeno e orientar estratégias efetivas de enfrentamento.

Relevância para a enfermagem, saúde e sociedade: A investigação contribui para o aprimoramento de políticas públicas, protocolos institucionais e práticas gerenciais voltadas à proteção dos trabalhadores. Oferece subsídios para gestores, educadores, profissionais de saúde e instituições formadoras, ampliando o debate sobre segurança ocupacional e fortalecendo a visibilidade da violência como determinante crítico na saúde dos trabalhadores de enfermagem. Este projeto também se relaciona com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), especialmente o ODS 3 (Saúde e Bem-Estar), o ODS 8 (Trabalho Decente e Crescimento Econômico), o ODS 10 (Redução das Desigualdades) e o ODS 16 (Paz, Justiça e Instituições Eficazes), ao analisar a violência no trabalho da enfermagem e seus desdobramentos estruturais, organizacionais e éticos, contribuindo para ambientes laborais mais seguros, equitativos e humanizados.

Palavras-chave: Violência; Violência no Trabalho; Enfermagem; Riscos Ocupacionais; Saúde Ocupacional

ABSTRACT

Introduction: Violence in the hospital environment is a serious public health and occupational problem, directly affecting the safety, mental health, and quality of life of nursing professionals. Due to its multifaceted, institutional, and often trivialized nature, a thorough understanding of the phenomenon requires the articulation of empirical data, theoretical references, and the daily experience of workers. **General objective:** Analyze workplace violence in hospital nursing through a mixed-methods study, identifying its prevalence, nature, impacts on the health of nursing professionals, challenges, and prevention and coping strategies. **Specific objectives:** Analyze the impacts of violence on the work of nursing professionals in the hospital environment; Analyze the prevalence and nature of incidents of workplace violence experienced by nursing staff; Identify strategies for preventing and promoting the safety and health of nursing professionals in the face of workplace violence; Verify the associations between exposure to workplace violence and the impacts on the health of nursing professionals and explore how trivialization and organizational contexts intensify these impacts; Identify and analyze the challenges and obstacles faced by nursing staff in managing and dealing with situations of violence in the hospital environment; Reflect on the contribution of mixed methods as a methodological approach to investigating violence in the health and nursing work environment. **Methods:** Mixed methods study with a sequential explanatory design. The quantitative stage included 573 nursing workers from a university hospital, with data collected via an electronic form, allowing us to estimate prevalence, characterize types of violence, and measure effects on health and work. The qualitative stage involved semi-structured interviews with 45 professionals, delving deeper into meanings, experiences, and practices in the face of violence. The quantitative analysis used descriptive and inferential statistics in SPSS®. Qualitative data were examined by content analysis, lexicographic techniques, and coding in ATLAS.ti®. All stages followed current ethical guidelines. **Results:** Workplace violence was found to be frequent, multifaceted, and structural in the daily routine of hospital nursing, manifesting itself through verbal, psychological, and physical aggression, moral harassment, microaggressions, and expressions of institutional violence. The integration of quantitative and qualitative data showed that exposure to violence was significantly associated with negative impacts on the health of nursing professionals, including psychological distress, persistent fear, anxiety, emotional exhaustion, depressive symptoms, and somatic manifestations. The findings also revealed the central role of the trivialization of violence and organizational contexts, such as staff shortages, work overload, management weaknesses, institutional silencing, and underreporting, as factors that intensify, perpetuate, and normalize violence in the hospital environment. The challenges and obstacles identified highlighted structural institutional limitations to effectively addressing the problem. The strategies adopted by professionals involved individual, collective, and institutional responses, but they proved to be fragmented and insufficient in the face of the complexity, persistence, and systemic nature of workplace violence. **Final considerations:** Violence in nursing work is a persistent, systemic, and high-impact problem, requiring integrated and continuous institutional responses. The study demonstrates the urgency of strengthening organizational policies, prevention processes, psychosocial support, and worker care practices. It also highlights the relevance of theoretical references — including Arendtian contributions on power, violence, and banality — to broaden understanding of the phenomenon and guide

effective coping strategies. **Relevance to nursing, health, and society:** The research contributes to the improvement of public policies, institutional protocols, and management practices aimed at protecting workers. It offers support to managers, educators, health professionals, and training institutions, broadening the debate on occupational safety and strengthening the visibility of violence as a critical determinant in the health of nursing workers. This project is also related to the Sustainable Development Goals (SDGs), especially SDG 3 (Good Health and Well-being), SDG 8 (Decent Work and Economic Growth), SDG 10 (Reduced Inequalities), and SDG 16 (Peace, Justice, and Strong Institutions), by analyzing violence in nursing work and its structural, organizational, and ethical ramifications, contributing to safer, more equitable, and more humanized work environments.

Keywords: Violence; Workplace Violence; Nursing; Occupational Risks; Occupational Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos estudos incluídos na revisão integrativa	53
Figura 2 – Diagrama representativo do desenho do estudo explanatório sequencial (quan → QUAL)	79
Figura 3 – Já sofreu algum tipo de violência no trabalho?	96
Figura 4 – Tipos de violência vivenciadas no contexto de trabalho.....	104
Figura 5 – Você já presenciou situações de violência no ambiente de trabalho?...	104
Figura 6 – Violências laborais presenciadas pelos participantes	113
Figura 7 – Representação gráfica da associação entre percepção de hostilidade no ambiente de trabalho e violência laboral	116
Figura 8 – Nuvem de palavras acerca dos impactos causados pela violência.....	119
Figura 9 – Árvore máxima de similitude acerca dos impactos da violência laboral na vida de enfermeiros.....	125
Figura 10 – Nuvem de palavras acerca ações institucionais promovidas para impedir a violência laboral.	126

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estratégias de busca nas bases de dados consultadas para realização da revisão integrativa. Florianópolis (SC), 2025.....	52
Quadro 2 – Impactos da violência na saúde dos profissionais de Enfermagem	62
Quadro 3 – Proporções das categorias profissionais de enfermagem na amostra da primeira etapa do estudo.	82
Quadro 4 – Codificação indutiva sobre as ações institucionais face à violência laboral	118
Quadro 5 – Resultados Qualitativos – Manuscrito 4 (QUALI)	136
Quadro 6 – Resultados Qualitativos – Manuscrito 5 (Métodos Mistos)	136
Quadro 7 – Resultados Qualitativos – Manuscrito 6 (Métodos Mistos)	138
Quadro 8 – Estrutura dos grupos analíticos (<i>Document Groups</i> e <i>Code Groups</i>) derivados da codificação no ATLAS.ti®	138
Quadro 9 – Impactos causados pela violência no ambiente de trabalho	157
Quadro 10 – Síntese categorias e subcategorias.....	202
Quadro 11 – Integração dos achados quantitativos (quan) e qualitativos (QUAL) sobre a violência no trabalho em enfermagem: evidências empíricas e interpretações integradas	241
Quadro 12 – Desafios e obstáculos da enfermagem diante da violência no ambiente hospitalar	271

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos estudos incluídos na revisão integrativa	58
Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica da amostra	97
Tabela 3 – Características ocupacionais e institucionais da amostra	98
Tabela 4 – Tipos de violência laboral experienciados pelos participantes	103
Tabela 5 – Frequência de experiências com violência laboral.	103
Tabela 6 – Prevalência dos casos de violência laboral em termos de atributos sociodemográficos e laborais dos participantes	105
Tabela 7 – Associação entre variáveis sociodemográficas/laborais e a violência laboral	106
Tabela 8 – Tipos de agressores relatados pelos participantes vítimas de violência laboral	108
Tabela 9 – No caso de violência por outros profissionais da saúde, quem foi o agressor?	108
Tabela 10 – Consequências da violência laboral para os participantes	110
Tabela 11 – Associação dos tipos de violência vivenciadas pelos participantes e as consequências em suas vidas.	111
Tabela 12 – Tipos de violência laboral presenciados pelos participantes.....	113
Tabela 13 – Tipos de agressores relatados pelos participantes que perceberam violência laboral	114
Tabela 14 – Percepção de hostilidade no ambiente de trabalho	115
Tabela 15 – Associação entre percepção de hostilidade no ambiente de trabalho e violência laboral	116
Tabela 16 – Associação entre tipo de agressor e intenção de pedir demissão e/ou trocar de emprego após sofrer violência no ambiente de trabalho	117
Tabela 17 – Associação entre tipo de violência e intenção de pedir demissão e/ou trocar de emprego após sofrer violência no ambiente de trabalho	118
Tabela 18 – Codificação indutiva sobre os impactos da violência laboral na vida dos profissionais.....	120
Tabela 19 – Características sociodemográficas da amostra	134
Tabela 20 – Caracterização da amostra	179
Tabela 21 – Distribuição dos tipos de violência.	180

Tabela 22 – Consequências da violência laboral e associações significativas com os tipos de violência	182
Tabela 23 – Tipos de agressores relatados pelos participantes vítimas de violência laboral	183
Tabela 24 – Percepção de hostilidade no ambiente de trabalho e associação com violência laboral entre profissionais de enfermagem	201
Tabela 25 – Características sociodemográficas da amostra	216
Tabela 26 – Características sociodemográficas dos participantes	232
Tabela 27 – Prevalência e tipos de violência no trabalho experienciados por profissionais de enfermagem.....	233
Tabela 28 – Consequências da violência no trabalho para os participantes	234
Tabela 29 – Associação entre tipo de agressor e intenção de pedir demissão e/ou trocar de emprego após sofrer violência no ambiente de trabalho	234
Tabela 30 – Associação entre tipo de violência e intenção de pedir demissão	259
Tabela 31 – Características sociodemográficas dos participantes	259
Tabela 32 – Prevalência e tipos de violência laboral experienciados por profissionais de enfermagem	261
Tabela 33 – Hostilidade no ambiente de trabalho e intenção de rotatividade.	262
Tabela 34 – Tipos de agressores segundo os episódios de violência laboral relatados	262
Tabela 35 – Desafios e obstáculos institucionais ao enfrentamento da violência....	263

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Sigla	Significado
AGHUSE	Sistema de Gestão Hospitalar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
ATLAS.ti	Software ATLAS.ti de análise qualitativa
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCA	Centro Cirúrgico Ambulatorial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CIE	Conselho Internacional de Enfermeiros
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CME	Centro de Material e Esterilização
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNV	Comunicação Não Violenta
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONSEQ	Comissão de Segurança do Paciente (HCPA)
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
COREN-DF	Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal
COREN-SP	Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
CPC	Centro de Pesquisa Clínica
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DIPE	Diretoria de Pesquisa
EAD	Educação a Distância
Ebserh	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

Enf.	Enfermeiro / Enfermeira
EQUATOR network	Enhancing the QUALity and Transparency Of Health Research
GRAMMS	Good Reporting of a Mixed Methods Study
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HU	Hospital Universitário
ICN	International Council of Nurses
IIQ	Intervalo Interquartilico
ILO/OIT	Organização Internacional do Trabalho
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IRaMuTeQ	Interface de R pour les Analyses Multimensionnelles de Textes et de Questionnaires
JCI	Joint Commission International
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEC	Ministério da Educação
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MeSH	Medical Subject Headings
NE	Nível de Evidência
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
ONU	Organização das Nações Unidas
OSF	Open Science Framework
OSHA	Occupational Safety and Health Administration
PEN	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (UFSC)
PEO	População, Exposição e Resultados
PPGEnf	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PRÁXIS	Laboratório de Pesquisa sobre Trabalho, Ética, Saúde e Enfermagem
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta- Analyses
PSI	Public Services International
QUAL	Etapa qualitativa
QUAN	Etapa quantitativa

SAP	Serviço de Apoio à Pesquisa
SAPSI	Serviço de Atenção Psicológica
SC	Santa Catarina
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SDG	Sustainable Development Goals
SEC	Serviço de Enfermagem Cirúrgica
SECC	Serviço de Enfermagem em Centro Cirúrgico
SECLIN	Serviço de Enfermagem Clínica
SEE	Serviço de Enfermagem em Emergência
SEMI	Serviço de Enfermagem Materno-Infantil
SENCI	Serviço de Enfermagem Cardiovascular, Nefrologia e Imagem
SENEO	Serviço de Enfermagem em Neonatologia
SEP	Serviço de Enfermagem Psiquiátrica
SEPED	Serviço de Enfermagem Pediátrica
SETI	Serviço de Enfermagem em Terapia Intensiva
SMO	Serviço Médico Ocupacional
SP	São Paulo
SPSS®	Statistical Package for the Social Sciences
ST	Segmentos de Texto
STROBE	Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE	Técnico / Técnica de Enfermagem
UBC	Unidade de Bloco Cirúrgico
UCC	Unidade de Cuidados Coronarianos
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
URPA	Unidade de Recuperação Pós-Anestésica
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VT	Violência no Trabalho
WHO/OMS	Organização Mundial da Saúde

χ^2

Qui-quadrado

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A - Protocolo para a revisão integrativa da literatura	210
Apêndice B - Termo de consentimento livre e esclarecido – primeira etapa	316
Apêndice C - Instrumento para coleta etapa quantitativo.....	318
Apêndice D - Convite para participar de pesquisa	322
Apêndice E - Termo de consentimento livre e esclarecido – segunda etapa	323
Apêndice F - Instrumento para entrevista semiestruturada: etapa qualitativa - grupo que não sofreu violência	326
Apêndice G - Instrumento para entrevista semiestruturada: etapa qualitativa - grupo que sofreu violência	328

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisa	331

APRESENTAÇÃO

Esta tese tem como foco a análise da violência laboral no âmbito da enfermagem hospitalar, por meio de um estudo de métodos mistos, contemplando a prevalência, a natureza, os impactos na saúde dos profissionais de enfermagem, bem como os desafios e as estratégias de prevenção e enfrentamento. A escolha desse objeto de investigação decorre de inquietações construídas ao longo da trajetória profissional do pesquisador como enfermeiro, intensificadas pela vivência cotidiana em ambientes hospitalares. As situações de violência presenciadas e relatadas no exercício da prática profissional evidenciaram que tais eventos, apesar de recorrentes, tendem a permanecer naturalizados, silenciados ou invisibilizados no contexto institucional, o que reforça a relevância científica e social do presente estudo.

Vinculado ao PRÁXIS: Laboratório de Pesquisa sobre Trabalho, Ética, Saúde e Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), e desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf/UFSC), este estudo reflete um percurso que uniu experiência empírica, amadurecimento intelectual e transformação subjetiva. A temática da violência emergiu não como um fenômeno distante, mas como uma realidade cotidiana que atravessa relações de trabalho, dinâmicas hierárquicas, modos de gestão e os próprios sentidos do cuidado.

Minha proximidade com essa temática surgiu muito cedo, ainda na graduação, nas primeiras vivências em hospitais. Enxerguei colegas chorando no corredor após serem destratados; presenciei discussões violentas entre equipes; acompanhei pacientes e familiares que, em momentos de dor, agressividade e desespero, dirigiam palavras ofensivas e, por vezes, ameaças diretas aos profissionais. Com o tempo, como enfermeiro, vivi eu mesmo episódios de violência explícita e velada, desde agressões verbais até microviolências contínuas, que corroem a autoestima, desgastam o vínculo com o trabalho e fragilizam o sentido da profissão. Percebi também que quase sempre essas situações eram tratadas como parte “natural” da rotina, como se a enfermagem tivesse sido condenada a trabalhar sob hostilidade constante.

Ao ingressar no doutorado, reencontrei minha antiga professora da graduação, agora minha orientadora. Esse reencontro não foi apenas acadêmico; foi um retorno a uma escuta que, anos antes, já havia sido importante para minha formação. Trouxe

a ela minhas experiências, inseguranças, dores, aprendizados e, sobretudo, minha necessidade de transformar essas vivências em conhecimento crítico e socialmente relevante. Foi nessa interlocução que o projeto de pesquisa se reconfigurou e ganhou densidade teórica e metodológica. A violência, que antes era vivida e presenciada, passou a ser interrogada em sua complexidade, não para reduzi-la a uma categoria, mas para compreendê-la como fenômeno relacional, institucional e ético-político.

A aproximação ao pensamento de Hannah Arendt foi um dos pontos de virada do processo formativo. Suas reflexões sobre poder, violência, autoridade, ação e banalidade do mal iluminaram dimensões que, até então, eram percebidas por intuição, mas não nomeadas conceitualmente. Arendt permitiu compreender como a violência emerge quando o poder, entendido como ação conjunta, diálogo e pluralidade, é esvaziado, e como estruturas autoritárias e rotinas burocráticas transformam o agir sem pensar em hábito institucionalizado. Suas ideias me ajudaram a olhar para o cotidiano hospitalar com lentes mais críticas: a violência não era apenas o ato explícito, mas também o processo silencioso que impede a fala, restringe a autonomia e desumaniza sujeitos.

O percurso metodológico desta tese, desenvolvido por meio de um estudo de métodos mistos com estratégia explanatória sequencial, foi desenhado para dar conta da complexidade do fenômeno. A etapa quantitativa, envolvendo 573 profissionais de enfermagem de um hospital universitário, permitiu identificar prevalências, padrões e associações significativas, tornando visível a extensão do problema. Já a etapa qualitativa, realizada com 45 trabalhadores, revelou profundidade: sentidos, sofrimentos, estratégias de sobrevivência, contradições e a luta diária por dignidade. Cada voz trazida nas entrevistas carregava marcas de cansaço e resistência; de medo, mas também de coragem; de silêncio imposto, mas também de potência ética.

O processo de análise foi cuidadoso e rigoroso. Utilizei estatística descritiva, análise temática de conteúdo, recursos lexicográficos e o ATLAS.ti® para organizar, interpretar e integrar dados. As entrevistas foram confrontadas com os números; os números, com as narrativas; e ambos, com os conceitos Arendtianos. O resultado é uma compreensão ampliada da violência que integra experiência, evidência e teoria.

A tese está organizada em capítulos que conduzem o leitor do contexto ao aprofundamento teórico, do método aos achados empíricos, e destes às reflexões ético-políticas. Ao final, seis manuscritos materializam um percurso de investigação

robusto. Eles discutem a prevalência da violência, seus impactos na saúde dos profissionais, os mecanismos de banalização, o silenciamento institucional, as falhas organizacionais e as estratégias de enfrentamento e resistência moral.

Concluir este trabalho significou revisitar vivências que foram, por muito tempo, dolorosas; ouvir relatos que reavivaram experiências próprias; reconhecer, nos depoimentos de outros profissionais, situações que já haviam me atravessado de formas distintas. Mas também significou reencontrar sentido, ética e responsabilidade com o trabalho científico e com a profissão de enfermagem. Meu desejo é que esta tese contribua para a construção de ambientes laborais mais seguros, humanos e justos, e que inspire gestões, políticas e práticas que rompam com o ciclo de violência institucional que ainda marca o cotidiano da enfermagem brasileira.

Ao transformar experiências silenciadas em conhecimento partilhado, busco reafirmar a enfermagem como sujeito ético e político do cuidado, e reafirmar também que pesquisar é, em certa medida, um ato de coragem. Esta tese é, portanto, resultado de um percurso coletivo, sustentado por vozes que confiaram suas histórias, por colegas que partilham da mesma luta, por orientações generosas e por uma formação científica que me permitiu ressignificar minha própria experiência para produzir algo que, espero, tenha força para transformar realidades.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	26
1.1 OBJETIVOS DO ESTUDO	32
1.1.1 Objetivo geral	32
1.1.2 Objetivos específicos	32
1.2 TESE DE PARTIDA	32
2 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO	33
2.1 HANNAH ARENDT: REFLEXÕES SOBRE A VIOLÊNCIA, O PODER E A BANALIDADE DO MAL	33
2.2 AUTORIDADE VERSUS PODER EM HANNAH ARENDT	35
2.3 A VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL, FUNDAMENTOS TEÓRICOS EM HANNAH ARENDT	37
2.4 MANUSCRITO 1 – IMPACTOS DA VIOLÊNCIA NO TRABALHO DE ENFERMEIROS EM AMBIENTE HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA	42
3 PERCURSO METODOLÓGICO	68
3.1 TIPO DE ESTUDO	68
3.2 LOCAL DO ESTUDO E POPULAÇÃO	71
3.3 PRIMEIRA ETAPA DO ESTUDO	72
3.3.1 Amostra	72
3.3.2 Técnicas e Instrumentos para Coleta dos Dados	74
3.3.3 Análise dos Dados Quantitativos	75
3.4 SEGUNDA ETAPA DO ESTUDO	75
3.4.1 Participantes	76
3.4.2 Técnica e Instrumento para Coleta dos Dados	77
3.4.3 Análise dos Dados Qualitativos	78
3.4.4 Integração dos dados quantitativos e qualitativos: conexão sequencial dos métodos	78
3.4.5 Técnicas de integração dos dados e construção das meta-inferências	84
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	79
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	83
4.1 RELATÓRIOS ANALÍTICOS DA PESQUISA	83

4.1.1 Relatório 1 — Resultados da Etapa Quantitativa e Análise das	
Questões Abertas	83
4.1.2 Resultados da etapa quantitativa e análise das questões abertas	84
4.1.3 Análise de dados quantitativos	85
4.1.4 Experiência de violência laboral	88
4.1.5 Associação entre experiência de violência e variáveis	
sociodemográficas/laborais	90
4.1.6 Tipos de agressores.	93
4.1.7 Consequências da violência laboral experienciada pelos participantes	
.....	97
4.1.8 Ter presenciado violência no trabalho	95
4.1.9 Percepção de hostilidade no ambiente de trabalho	98
4.1.10 Associação entre tipo de agressor e intenção de pedir demissão	99
4.1.11 Associação entre tipo de violência e intenção de pedir demissão ..	100
4.1.12 Análise de dados qualitativos (coletados na fase quantitativa)	101
4.1.13 Ações institucionais para impedir a violência laboral	108
4.1.14 Relatório 2 — Resultados da Etapa Qualitativa	115
4.1.15 Resultados da etapa qualitativa e análise qualitativa no ATLAS.ti®.	115
4.1.16 Estrutura dos grupos analíticos no ATLAS.ti®	118
4.2 APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS	133
4.2.1 Manuscrito 2 – Quando cuidar vira um sofrimento: as consequências	
da violência no trabalho da enfermagem	135
4.2.2 Manuscrito 3 – Violência laboral na enfermagem: prevalência e	
natureza dos incidentes em hospital universitário terciário.....	152
4.2.3 Manuscrito 4 – Estratégias multicomponentes por níveis de prevenção	
e ação para enfrentar a violência no trabalho em enfermagem	173
4.2.4 Manuscrito 5 – Violência no trabalho e impactos na saúde da	
enfermagem: o papel da banalização e do contexto organizacional em	
hospital terciário - estudo de métodos mistos.....	200
4.2.5 Manuscrito 6 – Desafios e obstáculos da enfermagem diante da	
violência no ambiente hospitalar: uma análise de métodos mistos .	227
4.2.6 Manuscrito 7 – Métodos mistos na pesquisa de temas sensíveis: uma	
reflexão teórica sobre a investigação da violência no trabalho	256

5 TESE DE CHEGADA	276
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE	277
6.1 Limitações do estudo e perspectivas futuras	279
REFERÊNCIAS	275
APÊNDICES	296
APÊNDICE A – PROTOCOLO PARA A REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	303
APÊNDICE B – TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – PRIMEIRA ETAPA	337
APÊNDICE C – INSTRUMENTO PARA COLETA ETAPA QUANTITATIVO	339
APÊNDICE D – CONVITE PARA PARTICIPAR DE PESQUISA	345
APÊNDICE E – TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – SEGUNDA ETAPA	346
APÊNDICE F – INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA: ETAPA QUALITATIVA - Grupo que não sofreu violência	349
APÊNDICE G – INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA: ETAPA QUALITATIVA - Grupo que sofreu violência	352
ANEXOS	317
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	355

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como o uso deliberado de força física ou poder, real ou em ameaça, contra si mesmo, contra outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha alta probabilidade de resultar em lesão, morte, sofrimento mental, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 1996). Embora a violência esteja presente ao longo da história humana, não deve ser aceita como parte natural do progresso da condição humana. A violência pode ser evitada e seu impacto minimizado por meio da mudança de fatores determinantes das respostas violentas, sejam eles relacionados a atitudes e comportamentos ou a condições mais amplas — sociais, econômicas, políticas e culturais (Krug *et al.*, 2002).

A violência não é um problema individual ou isolado, mas sim um problema estrutural e social, cuja origem está em fatores sociais, econômicos, organizacionais e culturais (OIT, 2002). Pode ser prevenida com base em evidências e em exemplos bem-sucedidos ao redor do mundo, desde pequenas iniciativas individuais até políticas nacionais em diferentes escalas (Krug *et al.*, 2002). No entanto, a violência no ambiente de trabalho vem aumentando gradativamente em todo o mundo, configurando-se como um importante problema de saúde pública, visto que causa danos à saúde dos trabalhadores (Fabri *et al.*, 2022).

O fenômeno da violência, em geral, apresenta dificuldades conceituais e de delimitação, e isso também ocorre na perspectiva da violência no âmbito do trabalho. Na literatura brasileira, há uma tendência em distinguir a “violência do trabalho” da “violência no trabalho” (Campos, 2003, 2004).

A violência do trabalho seria aquela originada no modo de produção e que toma proporção na organização do processo laboral, ocasionando sofrimento, desgaste, adoecimento e, em casos mais graves, até mesmo morte relacionada ao trabalho (Campos, 2003, p. 1645). Essa forma de violência não significa que a atividade em si seja violenta, mas sim que o modo como o trabalho é organizado e gerenciado pode se configurar como uma forma de violência contra os trabalhadores (Oliveira; Nunes, 2008). Para Minayo (1994), a categoria de violência do trabalho pode ser compreendida como uma das manifestações da violência estrutural, velada, presente na exploração e opressão dos trabalhadores, manifestando-se em condições e

ambientes insalubres e inseguros, bem como no cerceamento de direitos e conquistas sociais, como benefícios trabalhistas e previdenciários.

A violência no ambiente de trabalho, termo utilizado na literatura científica de língua inglesa (*violence at work, workplace violence*), designa a relação entre violência e trabalho como risco para os trabalhadores (Campos, 2003, 2004). Podem ocorrer agressões de diversas naturezas no local de trabalho, causando sofrimento, adoecimento e até mesmo morte, sendo considerada uma das formas pelas quais se manifesta a violência do trabalho (Campos, 2003). Minayo (1994) classificou esse tipo de violência como violência de resistência, englobando respostas à violência estrutural por indivíduos ou grupos oprimidos, e como violência da delinquência, caracterizada por atos criminosos praticados por pessoas externas (assaltantes) ou internas ao ambiente de trabalho (colegas, superiores).

Neste projeto, propõe-se a utilização do conceito de violência no ambiente de trabalho, e, mesmo não havendo consenso sobre sua definição, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) compreende que a violência laboral abrange qualquer ação, incidente ou comportamento que se afaste de uma conduta razoável, resultante da interação complexa de diversos fatores, com destaque para as condições de trabalho e a relação entre trabalhador e agressor (OIT, 2002; Fabri *et al.*, 2022).

Para a *International Labour Organization* (ILO), a violência no trabalho é um conceito multifatorial, resultante da interação de fatores individuais, relacionais, culturais e ambientais que geram comportamentos violentos ou ameaçadores, podendo causar danos ou prejuízos ocupacionais ao trabalhador (ILO, 2005). Já a *Occupational Safety and Health Administration* (OSHA) dos Estados Unidos define-a como qualquer ato ou ameaça de dano físico, violência, assédio, intimidação ou outro comportamento disruptivo ocorrido no local de trabalho, envolvendo trabalhadores, pacientes ou visitantes como possíveis perpetradores ou vítimas (Wolf; Burchill, 2023).

A violência no ambiente de trabalho tornou-se um problema global que atravessa fronteiras e setores, afetando a dignidade das pessoas e sendo uma importante fonte de desigualdade, discriminação, estigmatização e conflito. Cada vez mais, ela é reconhecida como uma ameaça séria à segurança organizacional, comprometendo a eficiência e o sucesso das instituições. Pode causar perturbações imediatas e duradouras nas relações interpessoais e na organização do trabalho, configurando-se como uma questão central de direitos humanos (OIT, 2002).

A ausência de uma definição consensual para a violência no ambiente de trabalho em contextos de saúde, aliada à ambiguidade sobre o que caracteriza um evento violento, apresenta desafios significativos à pesquisa sobre prevalência e ocorrência desses eventos. Essa falta de clareza pode resultar em subnotificação, pois enfermeiros muitas vezes não reconhecem suas experiências como violência no trabalho, dificultando a denúncia (AL-QADI, 2021).

Em 2002, a OMS, em colaboração com o *International Labour Office* (ILO), o *International Council of Nurses* (ICN) e a *Public Services International* (PSI), publicou diretrizes para lidar com a violência no setor de saúde. Essas diretrizes recomendam ações preventivas e mecanismos institucionais de enfrentamento, além da criação de políticas e abordagens para reduzir os riscos e eliminar a violência no ambiente laboral (OIT, 2002).

Na área da saúde, a violência assume formas física, verbal e psicológica (OMS, 2022). A violência física é o uso da força contra outra pessoa ou grupo, incluindo bater, empurrar, morder ou agredir com objetos. A violência verbal inclui ameaças, insultos, humilhações e desrespeito, enquanto a violência psicológica envolve intimidação, isolamento, assédio moral e abuso emocional (Ceballos *et al.*, 2020; OMS, 2022).

Segundo a OIT, a violência no trabalho pode assumir diferentes formas, incluindo a violência física, caracterizada pelo uso da força contra o trabalhador e que pode resultar em lesão, dor ou sofrimento físico; a violência psicológica, que envolve comportamentos pontuais ou repetidos capazes de causar dano emocional ou sofrimento psíquico, como intimidação, humilhação, isolamento, assédio moral e abuso de poder; a violência verbal, expressa por linguagem ofensiva, ameaçadora ou desrespeitosa, como insultos, xingamentos e ameaças; a violência sexual, compreendida como qualquer conduta de natureza sexual não desejada, verbal ou física, que viole a dignidade do trabalhador; e a violência econômica, relacionada a práticas que ocasionem prejuízo material ou financeiro, como retenção injustificada de salários, discriminação remuneratória ou coerção econômica (OIT, 2002; OIT, 2019).

No ambiente hospitalar, a violência é um fenômeno complexo e multidimensional, que afeta profissionais de saúde, pacientes e o sistema hospitalar. Compromete a segurança, o bem-estar e a saúde de todos os envolvidos, representando um grande desafio à criação de ambientes de trabalho seguros (Kumar *et al.*, 2023).

A violência em estabelecimentos de saúde é uma preocupação crescente para os enfermeiros, frequentemente expostos a situações de conflito e agressão, causando um problema significativo no local de trabalho da enfermagem (Jackson; Clare; Mannix, 2002). Nesse sentido, os profissionais de saúde, ao desenvolverem seu trabalho cotidiano, estão em contato direto com pessoas em diferentes condições de saúde e com seus familiares, que por vezes se encontram estressados pelo processo da doença ou pela precarização dos serviços de saúde, o que pode levar à manifestação de comportamentos violentos contra esses trabalhadores (Tsukamoto, 2019).

O relatório *State of the World's Nursing 2020* fornece evidências e recomendações de políticas globais voltadas à defesa dos direitos e à proteção do trabalho de enfermagem, destacando a necessidade de ambientes seguros, livres de violência, coerção ou discriminação, especialmente em contextos vulneráveis. Ambientes desenvolvidos para a prática da saúde devem ser priorizados e aplicados, com atenção especial ao pessoal de enfermagem que trabalha em ambientes frágeis, vulneráveis e afetados por conflitos, priorizando a implementação de políticas para abordar e responder ao assédio sexual, violência e discriminação dentro da profissão (OMS, 2020).

Profissionais de saúde correm maior risco de sofrer violência em comparação com outros trabalhadores, frequentemente por parte de pacientes ou familiares, e tendem a não denunciar tais eventos, por considerá-los parte normal do trabalho (Schablon *et al.*, 2018). De acordo com a OMS, a saúde e segurança ocupacional dos profissionais são pré-requisitos fundamentais para um sistema de saúde sustentável (OMS, 2018).

Estima-se que entre 8% e 38% dos profissionais de saúde sofram violência física em algum momento da carreira, enquanto um número ainda maior enfrenta agressões verbais ou ameaças (OMS, 2022). Os enfermeiros são submetidos a violências verbais, físicas e ameaças de violência (Ashton; Morris; Smith, 2018; Li; Chao; Shih, 2018), com tanta frequência que isso contribui para a naturalização da violência no local de trabalho, impactando na subnotificação de incidentes violentos devido às seguintes razões: falta de política e procedimento; sentir-se desanimado a relatar para administração; falta de acompanhamento; medo de serem julgados

negativamente; medo de vingança e falta de sistemas de relatórios (Ashton; MORRIS; Smith, 2018).

Um estudo com 137 enfermeiros de emergência em Taiwan mostrou que 89,8% sofreram algum tipo de violência nos últimos seis meses; desses, 94,3% relataram violência verbal, 65,8% ameaças e 26% violência física (Li; Chao; Shih, 2018).

No cenário da enfermagem brasileira, Marziale (2004), precursora na problematização científica da violência no trabalho da enfermagem, evidenciou que a violência no trabalho da enfermagem manifesta-se predominantemente por meio de agressões verbais, ameaças, humilhações e desrespeito, frequentemente perpetradas por pacientes, familiares e, em alguns contextos, por outros profissionais de saúde, configurando-se como um problema de saúde pública. Seus estudos contribuíram para inserir a temática da violência laboral no debate científico nacional, ressaltando a necessidade de reconhecimento institucional do problema, de sistemas de notificação e de estratégias preventivas voltadas à proteção da saúde e da dignidade dos trabalhadores de enfermagem (Marziale, 2004).

Em um dos seus estudos realizado em hospital público demonstrou que a organização do trabalho, o tempo insuficiente para a execução das atividades assistenciais, a sobrecarga laboral e o dimensionamento inadequado de pessoal constituem elementos centrais na gênese da violência no trabalho de enfermagem, expressando-se sob diferentes formas, como violência estrutural, clássica (física e verbal), repressiva e alienação, com repercussões diretas sobre a saúde física e mental dos trabalhadores (Costa; Marziale, 2006). De forma convergente, estudo desenvolvido em serviço de urgência hospitalar identificou que praticamente a totalidade dos profissionais de enfermagem relatou ter vivenciado situações de violência ocupacional, predominantemente agressões verbais e assédio moral, muitas vezes naturalizadas e não registradas institucionalmente, evidenciando impactos emocionais como raiva, medo, humilhação e sofrimento psíquico, além do comprometimento da qualidade da assistência prestada (Cezar; Marziale, 2006).

Posteriormente, as pesquisas conduzidas por Dal Pai ampliaram essa compreensão ao demonstrar que a violência laboral produz impactos significativos na saúde física e mental dos trabalhadores, associando-se ao sofrimento psíquico, ao adoecimento relacionado ao trabalho, à sobrecarga emocional e à deterioração das relações de trabalho. Esses achados consolidaram a compreensão da violência

laboral como um fenômeno estrutural, intimamente relacionado à organização do trabalho e às condições institucionais (Dal Pai; Lautert, 2011; Dal Pai; Lautert; Souza, 2011).

Avançando nessa perspectiva, estudo subsequente evidenciou elevada prevalência de violência no trabalho, com maior exposição entre profissionais da enfermagem, especialmente mulheres e auxiliares/técnicos, indicando que a vivência de múltiplas formas de violência aumenta de forma expressiva a probabilidade de adoecimento psíquico. Ademais, os achados revelaram que a violência se associa a maiores níveis de exaustão emocional e despersonalização, bem como a prejuízos na satisfação e no reconhecimento no trabalho, reforçando a compreensão da violência laboral como um fenômeno estrutural, com repercussões diretas sobre a saúde mental dos trabalhadores e sobre o funcionamento das organizações de saúde (Dal Pai *et al.*, 2015).

Dados institucionais do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), mostram que a violência ocupacional é um fenômeno relevante para os profissionais de enfermagem no Brasil, sendo a violência psicológica a forma mais frequentemente relatada, respondendo por cerca de 66,5% dos casos registrados, seguida por violência física em uma proporção menor (aproximadamente 17,1%). Esses dados corroboram a necessidade de análises aprofundadas sobre a violência no trabalho e seus efeitos na saúde dos trabalhadores da enfermagem, reforçando a gravidade e a frequência desse problema no contexto laboral brasileiro (COFEN/Fiocruz, 2025).

O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (Coren-SP) em 2017, identificou que 77% dos profissionais de enfermagem foram agredidos durante as atividades de trabalho. Desses, 49,2% sofreram violência verbal, e 14,2% sofreram agressão física (Baptista, 2017).

Estudo realizado com 242 trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário da Região Sul do Brasil, a prevalência da violência física ocorrida nos últimos 12 meses foi de 20,2%, dos quais 49% revelaram uma frequência de duas 59,1%, dos quais 77,5% revelaram a frequência de duas vezes ou mais no período. A prevalência de assédio sexual nos últimos 12 meses foi de 12,8%, e em 38,7% ocorreu duas vezes ou mais no período. Ainda assim, 5,78% dos trabalhadores de

enfermagem referiram outros tipos de violência ocupacional, como a psicológica e o assédio moral (Tsukamoto, 2019).

Uma pesquisa recente, realizada com o objetivo de explorar a violência no local de trabalho dirigida contra enfermeiros assistenciais que trabalham em enfermarias cirúrgicas na Suécia, identificou que o tipo de violência no local de trabalho mais frequentemente relatado foi a humilhação (28,8%), seguido pela violência física (24,2%), ameaças (17,7%) e importunação sexual indesejada (12,1%). Os pacientes e visitantes de pacientes foram relatados como os principais perpetradores de todos os tipos de exposição. Além disso, um terço dos entrevistados sofreu humilhação por parte dos colegas. A pesquisa evidenciou também que as ameaças e a humilhação sofrida pelos enfermeiros incluíram associações negativas com a motivação no trabalho e saúde (Jakobsson *et al.*, 2023).

A violência no ambiente de trabalho na saúde pode causar aborrecimento, raiva, medo, impotência ou decepção, tornando os profissionais mais cuidadosos, vigilantes e tensos, com menos prazer no seu trabalho e nas interações com pacientes, familiares e equipe assistencial (Schablon, *et al.*, 2018). O impacto que a violência causa nos trabalhadores envolvidos pode ser bastante significativo, como evidenciado no estudo realizado em um hospital de Chicago nos Estados Unidos, onde 802 profissionais de saúde foram questionados quanto à incidência e ao impacto da agressão no ambiente hospitalar. O estudo demonstrou que os impactos naqueles que sofreram pelo menos um incidente verbal ou físico foram os seguintes: 9,4% dos entrevistados com um incidente de violência faltaram ao trabalho, 30,1% pensaram em abandonar o emprego ou a carreira, 60,2% responderam pelo menos um sintoma pós-traumático e 19,2% afirmaram pelo menos dois sintomas pós-traumáticos (Lisa, 2018).

A problemática da violência laboral na enfermagem hospitalar articula-se diretamente com a agenda global dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), propostos pela Organização das Nações Unidas (ONU), especialmente no que se refere à promoção de ambientes de trabalho seguros, justos e equitativos. A presente tese dialoga de forma direta com o ODS 3 (Saúde e Bem-Estar), ao evidenciar a necessidade de proteção da saúde física, mental e emocional dos profissionais de enfermagem; com o ODS 8 (Trabalho Decente e Crescimento Econômico), ao demonstrar como a violência laboral compromete a dignidade, a

produtividade e as condições de trabalho; com o ODS 10 (Redução das Desigualdades), ao revelar práticas estruturais de discriminação, como racismo, sexismo, etarismo e capacitismo, presentes no cotidiano hospitalar; e com o ODS 16 (Paz, Justiça e Instituições Eficazes), ao apontar fragilidades institucionais relacionadas ao silenciamento, à impunidade e à necessidade de mecanismos mais robustos de governança, transparência e responsabilização. Dessa forma, o estudo contribui para a agenda do desenvolvimento sustentável ao produzir evidências científicas que podem subsidiar a formulação e o aprimoramento de políticas públicas, práticas gerenciais e protocolos institucionais voltados à promoção de ambientes de trabalho mais seguros, éticos e humanizados (Organização Das Nações Unidas, 2015).

Nesse contexto, a violência, embora frequente e reconhecida, ainda se mostra subestimada e naturalizada no ambiente hospitalar, o que dificulta seu enfrentamento institucional e a implementação de estratégias efetivas de proteção aos profissionais de enfermagem. A complexidade do fenômeno, caracterizado como multifacetado, institucional e atravessado por processos de banalização, justifica a adoção de uma abordagem metodológica capaz de articular dados quantitativos e qualitativos, de modo a ampliar a compreensão sobre sua magnitude, suas formas de manifestação e seus impactos. Assim, os impactos identificados na revisão integrativa de literatura realizada neste projeto constituem um ponto de partida para a reflexão sobre estratégias de proteção e enfrentamento, orientando a formulação da questão que norteia esta investigação: como se caracteriza a violência laboral no âmbito da enfermagem hospitalar, considerando sua prevalência, natureza, impactos na saúde dos profissionais, os desafios enfrentados e as estratégias de prevenção e enfrentamento adotadas diante dessas situações?

1.1 OBJETIVOS DO ESTUDO

Com o propósito de explorar as questões centrais que direcionam a presente pesquisa, esta seção apresenta os objetivos almejados.

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar a violência laboral no âmbito da enfermagem hospitalar, por meio de um estudo de métodos mistos, identificando a prevalência, a natureza, os impactos

na saúde dos profissionais de enfermagem, os desafios e as estratégias de prevenção e enfrentamento.

1.1.2 Objetivos específicos

Analisar os impactos da violência no trabalho dos profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar.

Analisar a prevalência e a natureza dos incidentes de violência laboral vivenciados pela equipe de enfermagem.

Identificar estratégias de prevenção e de promoção da segurança e saúde de profissionais de enfermagem diante da violência no trabalho.

Verificar as associações entre a exposição à violência no trabalho e os impactos na saúde de profissionais de enfermagem e explorar como a banalização e os contextos organizacionais intensificam esses impactos.

Identificar e analisar os desafios e obstáculos enfrentados pela equipe de enfermagem no manejo e enfrentamento de situações de violência no ambiente hospitalar.

Refletir sobre a contribuição dos métodos mistos como caminho metodológico para investigar a violência no ambiente de trabalho em saúde e enfermagem.

1.2 TESE DE PARTIDA

Os profissionais de enfermagem mobilizam competências técnico-assistenciais, éticas e relacionais para reconhecer, manejar e enfrentar situações de violência no ambiente hospitalar; entretanto, tais iniciativas ocorrem em um contexto marcado por restrições estruturais, como déficit de pessoal, sobrecarga de trabalho, fragilidades na gestão, limitações de infraestrutura e dinâmicas institucionais que tendem a banalizar, silenciar ou subestimar a violência laboral. Logo, a análise da violência laboral no âmbito da enfermagem hospitalar, identificando a prevalência e a natureza dos incidentes, seus impactos na saúde dos profissionais, os desafios e obstáculos enfrentados no cotidiano de trabalho, bem como as estratégias de prevenção e enfrentamento adotadas, pode subsidiar a promoção de ambientes laborais mais seguros, éticos, humanizados e comprometidos com a saúde do trabalhador.

2 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO

Para a sustentação da proposta do presente estudo, que envolve a investigação da violência no trabalho da enfermagem no ambiente hospitalar, recorreremos aos conceitos da filósofa Hannah Arendt (1906-1975), uma pensadora política alemã de origem judaica (Souza *et al.*, 2020), que dedicou grande parte da sua vida e carreira ao estudo de diversas problemáticas de natureza política, abordando temas como autoridade, poder e „violência dentre os quais contribuem com novas interpretações para o campo da saúde, tendo em vista que se trata de um conjunto teórico ainda pouco explorado (Azeredo; Schraiber, 2017).

No contexto desta pesquisa, exploraremos os conceitos Arendtianos que se mostram relevantes. Para uma melhor organização do conteúdo, subdividimos o texto em três tópicos: 1) Hannah Arendt: Reflexões sobre a Violência, o Poder e a Banalidade do Mal; 2) Autoridade *versus* poder em Hannah Arendt; 3) A violência institucional, fundamentos teóricos em Hannah Arendt. Essa abordagem permitirá uma análise aprofundada dos elementos filosóficos que fundamentam a proposta deste estudo.

2.1 HANNAH ARENDT: REFLEXÕES SOBRE A VIOLÊNCIA, O PODER E A BANALIDADE DO MAL

Hannah Arendt (1906-1975) nascida no subúrbio de Linden, em Hannover, Alemanha, foi uma filósofa judia que partiu para os Estados Unidos, em 1941, devido a ocupação da França pelos nazistas. A mudança para os EUA teve impacto profundo em sua produção intelectual. Durante sua estadia nos Estados Unidos, Arendt foi convidada pela revista *New Yorker* para cobrir o julgamento do nazista Adolf Eichmann. Em 1961, enquanto cobria em Israel o julgamento, Hannah Arendt escreveu uma série de cinco artigos para esta mesma revista, os quais resultaram no livro intitulado *Eichmann em Jerusalém – Um relato sobre a banalidade do mal*.

Em suas reflexões, Arendt aborda a ideia do “mal banal”, referindo-se às ações cometidas pelo ser humano comum que se abstém da reflexão e julgamento. Este tipo de mal, conforme descrito, é perpetrado por qualquer indivíduo que negligencie a ação

reflexiva, escondendo-se atrás da desculpa de ser apenas uma peça em uma máquina da qual alega não ter controle mínimo (Garcia; Pistori, 2016).

Suas ideias influenciaram significativamente o campo da filosofia política, oferecendo *insights* perspicazes que continuam a ressoar nas discussões contemporâneas. Arendt procurou perceber e entender a complicada essência e as respectivas dinâmicas no âmbito estritamente político dos fenômenos que envolvem a autoridade, poder e violência. Enquanto cidadã alemã de ascendência judaica, Arendt teve a oportunidade singular de testemunhar de perto e, de fato, vivenciar os eventos da época do regime nazista. Além disso, ela também teve a chance de acompanhar o grande impacto, diretamente conectado aos crimes contra a humanidade durante a Segunda Guerra Mundial. Além dos eventos de seu próprio século, o foco de estudo de Arendt levou a aprofundar sua compreensão sobre as raízes dos principais modelos e fenômenos políticos. Ela recuou à fonte privilegiada que a Antiguidade Clássica sempre terá proporcionado às civilizações ocidentais, fontes tradicionais greco-romanas também como recursos frequentemente explorados por Arendt e paralelamente ela também se vale das duas fontes modernas mais emblemáticas - a Revolução Americana e a Revolução Francesa - como exemplos excelentes para enquadrar e abordar fenômenos revolucionários (Arendt, 2006).

Na obra intitulada *Sobre a Violência* escrita entre 1968 e 1969, Hannah Arendt examina a temática da violência no contexto político. Conforme sua análise, a maioria dos autores percebe a violência como a forma mais evidente de poder. Além disso, Arendt levanta uma indagação sobre a viabilidade do desvanecimento da violência entre os Estados e se isso resultaria no declínio do poder. No entanto, seu propósito consiste em diferenciar poder e violência. Para ela, poder e violência não são o mesmo (Arendt, 2022).

A distinção entre violência e poder na perspectiva de Hannah Arendt reside no fato de que o poder requer um conjunto de pessoas, enquanto a violência não; a violência demanda ferramentas, que são possibilitadas pela tecnologia. A expressão máxima de poder é todos contra um; a manifestação de extrema violência é um contra todos. As discrepâncias entre violência, poder, autoridade e força não são somente de natureza lógica e gramatical, mas também históricas. As distinções relativas à violência precisam ser esclarecidas em dois âmbitos distintos: o do povo e o do Estado (Arendt, 2022).

De acordo com Arendt “Nunca existiu governo exclusivamente baseado nos meios da violência” (Arendt, 2022, p. 61). Para ela, o conceito de violência denota um meio ou instrumento de coação que constituem recursos ao serviço exclusivo e soberano de uma autoridade (ou entidade), no exercício de uma forma de poder. O fenómeno da violência parece ocorrer quando determinadas condições se apresentaram, como a perda de autoridade ou alterações nas relações de poder tradicionais (Arendt, 2022).

Violência [...] distingue-se por seu caráter instrumental. Fenomenologicamente, ela está próxima do vigor, posto que os implementos da violência, como todas as outras ferramentas, são planejados e usados com o propósito de multiplicar o vigor natural até que, em seu último estágio de desenvolvimento, possam substituí-lo. (Arendt, 2022, p. 57).

Hannah Arendt aborda igualmente as origens e características da violência. Ela questiona a necessidade de um esforço considerado por parte dos cientistas naturais ao tentar desvendar a questão da violência no comportamento humano, através do estudo de ratos, formigas, peixes e macacos, com o intuito de argumentar que a agressividade deriva da superpopulação. Arendt expõe o exemplo de passar um dia em uma favela de qualquer grande cidade já seria o suficiente (Arendt, 2022).

Dessa forma, Hannah Arendt explica que atribuir a origem da violência à raiva é um lugar-comum e que a raiva pode ser tanto irracional quanto patológica, mas isso vale para qualquer outro sentimento humano. A raiva não se manifesta como uma reação automática à miséria, ao sofrimento, a uma doença incurável, a um terremoto ou a condições sociais que mataram imutáveis. A raiva emerge somente quando existem razões para acreditar que as condições poderiam ser alteradas, porém permanecem inalteradas (Arendt, 2022).

2.2 AUTORIDADE *VERSUS* PODER EM HANNAH ARENDT

Arendt distingue autoridade e poder, conceitos muitas vezes confundidos. Para ela, a autoridade está intrinsecamente ligada às áreas voluntárias por parte dos governados enquanto a verdadeira autoridade surge quando as pessoas confirmam e respeitam aqueles que estão no poder, não devido a uma imposição coercitiva, mas devido a uma relação de confiança e consenso. Na compreensão de Arendt, a

autoridade desapareceu do mundo moderno, devido à ruptura com a tradição, ocasionada pelo totalitarismo nazista e bolchevista, no século XX, as autoridades tradicionais deixaram de existir (Arendt, 2014b, p. 127).

A autoridade na esfera familiar, inicialmente considerada uma forma de autoridade pré-política por Arendt, perdeu força, quando o indivíduo, que nasce em um mundo já estabelecido, terá seus direitos garantidos, tão somente, por meio do vínculo da cidadania. Essa mudança representa uma crise resultante da ruptura com a tradição, afetando tanto os domínios políticos quanto os pré-políticos. Em resumo, a significância da autoridade torna-se ambígua, e não é mais possível definir claramente o seu significado (Garcia; Pistori, 2016).

Uma vez que o termo autoridade exige obediência, adverte Arendt, é comum confundi-lo com alguma forma de poder ou violência (Arendt, 2014b, p. 129). Para Arendt a autoridade não considera a utilização de força coercitiva e rejeita a persuasão, pois demanda igualdade e se constrói em um processo de argumentação. Arendt afirma que a relação entre quem manda e quem obedece não se dá nem na razão comum, muito menos no poder de quem manda, uma vez que ambos reconhecem a legitimidade ativa e passiva dos atos de mandar e obedecer, respectivamente e, tal legitimidade é histórica. A perda da autoridade no mundo moderno equivale à perda do fundamento do mundo, o qual se modifica constantemente, porém, de forma imprevisível, incorrendo na perda da segurança e da permanência do mundo, as quais equivalem à perda da autoridade (Arendt, 2014b, p. 132).

A perda do poder primeiro abala e depois destrói as comunidades políticas, sendo que o poder não pode ser armazenado e mantido em reserva para casos de emergência, como os instrumentos da violência, mas só existe em sua efetivação (Arendt, 2014b, p. 247).

Segundo Arendt, somente se pode firmar este poder onde a palavra, que não é vazia, e a ação, que não é um ato violento, caminham juntas. Assim “as palavras não são empregadas para velar intenções, mas para desvelar realidades, e os atos não são usados para violar e destruir, mas para estabelecer relações e criar novas realidades” (Arendt, 2014a, p. 247-248). Para Arendt, é o poder que mantém a durabilidade do espaço público, ou seja, onde as pessoas podem falar e agir, pois, é mero potencial de poder.

Arendt examina o poder como a capacidade de agir em conjunto, um fenômeno que surge nas interações humanas. O poder não é algo que se possui individualmente, mas uma força que emerge quando as pessoas se reúnem, reúnem ideias e tomam decisões coletivas. De modo que, qualquer que seja o motivo, se um indivíduo se mantiver isolado e não participar dessa ação conjunta entre os homens, ele está privado do poder e se torna impotente, independentemente de seu vigor. Tanto o poder quanto a ação são ilimitados para Arendt, tendo como sua única limitação, a existência de outros indivíduos. E, essa limitação não é acidental, uma vez que o poder é inerente à condição humana da pluralidade. Nesse contexto, a política, para Arendt, é o espaço público onde o poder é exercido, um espaço onde os indivíduos podem manifestar sua pluralidade e singularidade (Garcia; Pistori, 2016).

2.3 A VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL, FUNDAMENTOS TEÓRICOS EM HANNAH ARENDT

A violência institucional - que pode ser física, psicológica, verbal, sexual ou como assédio moral - é uma preocupação importante também dentro das instituições de saúde, no ambiente do trabalho, onde funcionários podem ser vítimas de abuso de poder, discriminação, assédio sexual ou moral. Os estudos de Hannah Arendt traçam linhas da sociedade e da política desde a antiguidade como esforço de esclarecimento de questões vividas ao seu tempo e seu pensamento filosófico têm grande relevância para compreendermos o mundo do Pós-Guerra (Saadi-Tosi, 2017).

Hannah Arendt ao analisar os conflitos de guerras no Século XX, nos alerta que: “O progresso técnico dos instrumentos da violência alcançou agora o ponto onde objetivo político algum poderia corresponder ao seu potencial de destruição ou justificar o seu emprego real em conflitos armados” (Arendt, 1985, p. 1).

Ao contrário do que se esperava no final de uma guerra e ao emprego da violência, após a Segunda Guerra Mundial, não houve um período convincente de paz. Sucessivos conflitos eclodiram, tanto no aumento da violência quanto em conflitos internos nos estados e na arena internacional.

Por essas razões reitera Hannah Arendt:

Hoje em dia todas essas antigas verdades sobre o relacionamento entre a guerra e a política ou sobre a violência e o poder tornaram-se inaplicáveis. À 2ª Guerra Mundial não se seguiu a paz, mas sim uma

guerra fria e o estabelecimento do complexo militar-industrial (Arendt, 1985, p. 8).

A obra de Arendt é fundamental para entendermos nossos dias atormentados por guerras, nacionalismos, fundamentalismos e de outras formas de violência com as quais nos esbarramos em nosso cotidiano e que, mesmo não nos envolvendo diretamente do meio em que elas acontecem, estão disseminadas na nossa rotina e meio em que habitamos. Segundo Arendt, a burocratização da esfera pública, a proliferação excessiva de administração governamental, a decadência dos serviços e instituições públicas, bem como a influência predominante do mundo empresarial e o conformismo, têm desmantelado as estruturas de poder, resultando na banalização da ação humana (Saadi Tosi, 2017).

Conforme a perspectiva de Arendt, a violência encontra espaço em situações desprovidas de poder. Ela concebe o poder da seguinte maneira:

Poder como a habilidade humana não apenas para agir, mas também para agir em concerto. O poder nunca é propriedade de um indivíduo; pertence a um grupo e permanece em existência apenas enquanto grupo se conserva unido. Quando podemos dizer que alguém está "no poder" na realidade nos referimos ao fato que ele foi empossado por um certo número de pessoas para agir em seu nome [...] sem um povo ou grupo não há poder (Arendt, 2009, p. 60–61).

Mesmo aquele que se utiliza da violência, não consegue governar sozinho, pois precisa de implementos, de uma certa organização, do apoio de outros para a implementação de seu objetivo, para Arendt, mesmo "o mandante totalitário, cujo maior instrumento de domínio é a tortura, precisa de uma base de poder, a polícia secreta e sua rede de informantes" (Arendt, 2004b, p. 128). Isso significa que, apesar de ser uma variável que não pode ser ignorada, a violência não é suficiente para constituir uma comunidade política.

Segundo Arendt, a violência emerge nos espaços onde o poder diminui. Ao contemplar a interação entre poder e violência, Arendt destaca a importância do conceito de autoridade não apenas nas interações humanas, mas como um elemento crucial nas instituições, independentemente de essa autoridade ser personificada por indivíduos ou pelos papéis ocupados (Saadi Tosi, 2017).

"Conservar a autoridade requer respeito pela pessoa ou pelo cargo. O maior inimigo da autoridade é, portanto, o desprezo e o mais seguro meio para miná-la é a

risada” (Arendt, 2009, p. 62). Quando a autoridade é fundamentada no respeito, tanto a coerção quanto a persuasão tornam-se dispensáveis. Transpondo o pensamento de Arendt para o contexto da saúde, podemos perceber que as relações dentro das instituições de saúde estão distantes de abranger a plenitude de sua filosofia sobre a autoridade.

Arendt identifica uma profunda crise da autoridade no mundo moderno, autoridade entendida por ela como uma relação essencialmente assimétrica entre dois indivíduos. A disparidade entre os polos da relação não se baseia na violência, como em uma relação entre senhor e escravo, nem na persuasão e no convencimento, uma vez que esses elementos só podem existir em relações entre iguais, assim, para Arendt, o que manda e o que obedece possuem em comum é a própria hierarquia, cujo direito e legitimidade ambos reconhecem e na qual ambos têm seu lugar estável predeterminado (Arendt, 2011). A autoridade, segundo Arendt, fundamenta-se no reconhecimento mútuo da desigualdade inerente a essa relação.

Nessa perspectiva, a violência institucional não estaria associada a um excesso de autoridade, mas, paradoxalmente, ao seu oposto: a autoridade exclui a utilização de meios externos de coerção; onde a força é usada, a autoridade em si mesmo fracassou (Arendt, 2011). Para Arendt, a autoridade é mais que um conselho e menos que uma ordem, situando-se precisamente nesse terreno nebuloso entre uma relação entre iguais, baseada na persuasão, e uma relação de violência (Arendt, 2011). A legitimidade é essencial para a existência da autoridade, tornando a crise da autoridade, antes de tudo, uma crise de legitimidade.

Seguindo ainda o pensamento Arendtiano, a violência tem caráter instrumental e a dominação e a obediência são construídas pela coerção, dessa forma, o domínio pela pura violência advém de onde o poder está sendo perdido (Arendt, 2009, p. 63).

Para Arendt, a violência é sempre um meio, ou seja, é um instrumento para um fim determinado, o poder é um fim em si mesmo. A violência, portanto, não pode ser pensada como essência ou fundamento do poder (Arendt, 2013). Conforme Arendt é preciso agir, e agir para ela significa iniciar, tomar iniciativa, começar, assim, Arendt nos leva ao conceito onde a ação é a coluna central do trabalho, do labor e do agir para começar (Saadi Tosi, 2017).

Hannah Arendt nos leva a compreender que é por meio das palavras e das ações que as experiências humanas ganham sentido e o sentido que torna possível

aos homens construírem a vida e a sua atuação no mundo dos humanos. Ao refletir sobre as causas da violência, ela nos ensina que: “a diminuição do poder seja individual, coletivo ou institucional é sempre um fator que pode levar à violência [...] muito da presente glorificação da violência é causada pela severa frustração da faculdade de ação do mundo moderno” (Arendt, 2009, p. 62).

Nesse contexto, a visão de Hannah Arendt sobre política como uma manifestação criativa do novo, do inesperado, uma ação coletiva que resulta do amor ao mundo, destaca-se como uma alternativa realizável e dependente à condição humana. Em consonância com essa perspectiva, a promoção institucional de uma política de não violência no ambiente hospitalar não apenas se apresenta como uma alternativa realizável, mas também emerge como uma necessidade urgente. Tal abordagem é essencial para a constituição de um ambiente onde indivíduos e a comunidade possam se desenvolver de maneira ética, promovendo uma cultura organizacional que respeita a dignidade e a integridade de todos os envolvidos no cuidado à saúde.

A seguir, apresenta-se o primeiro manuscrito que compõe esta tese, estruturado sob o formato de artigo científico e dedicado a sintetizar as evidências disponíveis sobre os impactos da violência no trabalho na saúde de enfermeiros atuantes em ambiente hospitalar. Este manuscrito resulta de uma revisão integrativa conduzida de forma rigorosa e sistemática, cuja estratégia de busca completa, incluindo bases consultadas, descritores, combinações booleanas e detalhamento metodológico, encontra-se descrita integralmente no Apêndice A. O texto que segue oferece uma análise abrangente das repercussões físicas, emocionais, psicossociais e organizacionais da violência, contribuindo para o aprofundamento teórico e empírico do fenômeno no campo da Enfermagem.

2.4 MANUCRITO 1 – IMPACTOS DA VIOLÊNCIA NO TRABALHO DE ENFERMEIROS EM AMBIENTE HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA

IMPACTOS DA VIOLÊNCIA NO TRABALHO DE ENFERMEIROS EM AMBIENTE HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA¹

Fábio Silva da Rosa²

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas³

Elaine Cristina Novatzki Forte⁴

RESUMO:

Objetivo: sintetizar as evidências científicas disponíveis sobre os impactos da violência no trabalho na saúde de enfermeiros atuantes em ambiente hospitalar. **Método:** revisão integrativa conduzida em oito bases de dados internacionais e regionais, incluindo PubMed, Embase, CINAHL, Web of Science, SciELO, LILACS e BDENF. Foram incluídos estudos publicados entre 2020 e 2025. A seleção foi realizada por dois pesquisadores, com avaliação metodológica descritiva e classificação do nível de evidência segundo Melnyk e Fineout-Overholt. A análise e síntese dos dados foram realizadas de maneira qualitativa e descritiva, respectivamente. **Resultados:** a amostra final foi composta por 31 estudos, majoritariamente quantitativos de delineamento transversal, classificados predominantemente como nível de evidência VI. Os estudos revelaram impactos expressivos da violência laboral sobre a saúde mental, física, ocupacional e pessoal dos enfermeiros. Destacaram-se: estresse, ansiedade, sintomas depressivos, burnout, medo, hipervigilância, distúrbios do sono, somatizações, queda no engajamento e na satisfação profissional, intenção de desligamento e prejuízos na qualidade do trabalho. Também emergiram repercussões na vida privada e evidências de naturalização da violência e deterioração do clima organizacional. **Conclusão:** a violência no ambiente hospitalar afeta múltiplas dimensões da saúde dos profissionais de enfermagem, gerando repercussões psicológicas, físicas, ocupacionais e pessoais. Os estudos analisados evidenciam estresse, ansiedade, burnout, fadiga,

¹ Manuscrito estruturado para ser submetido na Revista de Enfermagem Anna Nery.

² Enfermeiro. Especialista em Terapia Intensiva. Mestre em Enfermagem. Doutorando em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do PRÁXIS: Laboratório de Pesquisa sobre Trabalho, Ética, Saúde e Enfermagem. E-mail: fabiorosa18@gmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: ambrosina.mara@ufsc.com

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: elaine.cnforte@gmail.com

somatizações, queda do engajamento, intenção de desligamento e prejuízos às relações sociais. A naturalização da violência e o clima organizacional fragilizado contribuem para sua perpetuação.

Palavras-chave: Violência no Trabalho; Enfermagem; Saúde do Trabalhador; Ambiente Hospitalar; Revisão Integrativa.

INTRODUÇÃO

A Violência no Trabalho (VT) é reconhecida como um problema global de saúde pública, produzindo impactos imediatos e de longo prazo sobre a saúde física, emocional e ocupacional dos trabalhadores (O'Brien *et al.*, 2024; Magnusson Hanson *et al.*, 2023). Embora sua definição ainda careça de consenso, a VT é compreendida como um fenômeno multifatorial, resultante da interação entre fatores individuais, relacionais, culturais e organizacionais, manifestando-se por ações ou comportamentos que ameacem, prejudiquem ou causem dano ao trabalhador (International Labour Organization, 2005). A heterogeneidade conceitual que envolve o tema contribui para a dificuldade de mensuração de sua magnitude e para a elevada subnotificação dos episódios entre enfermeiros (Spencer *et al.*, 2023).

Os incidentes de VT podem ser classificados como físicos ou psicológicos. A violência física envolve agressões diretas, como empurrões, socos, chutes, pontapés e cuspidas. Já a violência psicológica compreende comportamentos como abuso verbal, intimidação, ameaças, bullying, assédio moral, violência sexual e discriminação racial, caracterizando ações que produzem dano emocional ou social aos profissionais (Kafle *et al.*, 2022).

Há consenso de que o abuso verbal é a forma mais prevalente de violência nos ambientes de saúde, manifestando-se por insultos, gritos, xingamentos e expressões hostis dirigidas aos profissionais. Trata-se de uma modalidade amplamente reportada por enfermeiros, mas frequentemente subnotificada, apesar de seus efeitos deletérios sobre a saúde mental, o engajamento no trabalho e a qualidade assistencial (Spencer *et al.*, 2023; O'Brien; Van Zundert; Barach, 2024). Quando persistente, o abuso verbal pode configurar assédio moral, especialmente quando associado a humilhações, desqualificações, intimidação sistemática ou difamação (Kafle *et al.*, 2022).

A exposição contínua a comportamentos abusivos, como violência verbal e *bullying*, está associada a desfechos graves, incluindo sofrimento psicológico intenso,

estresse crônico e risco aumentado de ideação e comportamento suicida (Magnusson Hanson *et al.*, 2023). No campo da enfermagem, a VT constitui um importante problema de saúde ocupacional, dada a elevada prevalência de agressões físicas e psicológicas entre esses profissionais, com mulheres apresentando maior vulnerabilidade devido a desigualdades estruturais e dinâmicas ocupacionais específicas (Yuan *et al.*, 2025).

Entre os fatores que desencadeiam episódios de violência, destacam-se a insatisfação dos usuários com o serviço oferecido, especialmente relacionada à demora no atendimento e à percepção de baixa qualidade assistencial (Sé *et al.*, 2023). Além disso, a violência direcionada a enfermeiros está fortemente associada a condições estruturais precárias, como sobrecarga de trabalho, escassez de recursos e ambientes organizacionais frágeis (Abdulwehab; Kedir, 2025).

Nesse contexto, a subnotificação emerge como um agravante importante, pois contribui para a persistência e a invisibilidade institucional da violência. Muitos enfermeiros deixam de registrar incidentes por considerarem a violência, sobretudo a verbal, como parte inerente da rotina assistencial. Episódios interpretados como “não graves”, sem lesões físicas, percebidos como não intencionais ou seguidos de pedido de desculpas frequentemente deixam de ser reportados. Falta de confiança nos sistemas de notificação, ausência de retorno institucional e a percepção de ineficácia dos mecanismos formais reforçam essa tendência. Aspectos emocionais, como medo, vergonha, culpa e receio de retaliações, também alimentam o silêncio, ampliando a vulnerabilidade da equipe de enfermagem (Spencer *et al.*, 2023).

Considerando esse panorama, torna-se imprescindível que as instituições adotem estratégias voltadas à criação de ambientes de trabalho seguros, baseadas na cultura de paz, respeito mútuo e comunicação não violenta. Evidências internacionais indicam que políticas organizacionais robustas como protocolos preventivos, capacitação contínua, canais de notificação efetivos e sistemas de apoio institucional são essenciais para reduzir a violência e mitigar seus impactos (WHO; ILO, 2022). Ambientes laborais marcados por violência comprometem não apenas a saúde dos trabalhadores, mas também o desempenho organizacional e a segurança do paciente. Assim, compreender os atributos, antecedentes e consequências da VT torna-se fundamental para subsidiar ações institucionais efetivas. Nesse sentido, este estudo teve como objetivo sintetizar as evidências científicas disponíveis sobre os

impactos da violência no trabalho na saúde de enfermeiros atuantes em ambiente hospitalar.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, na qual foram percorridas as seguintes etapas: elaboração da questão norteadora, busca e seleção dos estudos primários, avaliação dos estudos primários, análise dos dados e apresentação da revisão (Whittemore; Knafl, 2005). A redação do estudo seguiu as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (PAGE *et al.*, 2021). O protocolo desta revisão foi registrado na *Open Science Framework* (OSF) e encontra-se disponível para acesso por meio do link: <https://osf.io/jkbxm>. O estudo foi realizado no período 01 de julho a 30 de outubro de 2025.

A questão norteadora foi definida utilizando o acrônimo PEO (Bettany-Saltikov, 2012): População (P = enfermeiros), Exposição (E = violência no trabalho) e Resultados (O = impactos físicos, emocionais, psicossociais e organizacionais). Assim, estabeleceu-se a pergunta: “*Quais são os impactos da violência no ambiente de trabalho na saúde e no bem-estar de enfermeiros em contextos hospitalares?*”

Foram incluídos estudos primários publicados entre janeiro de 2020 e junho de 2025, sem restrição de idioma, que investigassem impactos da violência laboral em enfermeiros no ambiente hospitalar. Excluíram-se teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, editoriais e estudos que não respondessem à questão de pesquisa.

A busca dos estudos primários ocorreu em 02 de julho de 2025, nas bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE) via PubMed, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL-Ebsco), Web of Science Core Collection, Scopus, Scientific Electronic Library Online (SciELO). Também foram incluídas bases regionais relevantes para a Enfermagem e Saúde Pública, como Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF), via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Adicionalmente, o *Google Acadêmico* foi utilizado como ferramenta complementar para ampliar a estratégia de busca e rastreamento da literatura. As

bases de dados foram acessadas gratuitamente por meio do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). A seleção dos estudos primários foi realizada entre 10 de julho e 15 de agosto de 2025.

Inicialmente, realizou-se um levantamento prévio sobre o tema, com a finalidade de identificar os principais termos em português e inglês utilizados como descritores e palavras-chave nos estudos. Em seguida, os descritores e palavras-chave foram estabelecidos, conforme o acrônimo PEO, de acordo com as especificidades das bases de dados.

Os termos de busca selecionados no *Medical Subject Headings* (MeSH) foram aplicados na MEDLINE, *Web of Science Core Collection* e *Scopus*, os *CINAHL Subject Headings* na CINAHL e os *Emtree Terms* na *Embase*. Os termos em português, espanhol e inglês, selecionados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), foram utilizados nas bases de dados BDENF e LILACS. As estratégias de busca foram elaboradas por meio da combinação de descritores e palavras-chave, a partir dos operadores booleanos OR e AND, de acordo com a Figura 1.

Quadro 1 – Estratégias de busca nas bases de dados consultadas para realização da revisão integrativa. Florianópolis (SC), 2025.

Base de dados	Estratégias de busca
MEDLINE, via PubMed	("Workplace Violence"[Mesh] OR "Workplace Violence"[tw] OR "Workplace Violences"[tw]) AND (Nursing[Mesh] OR Nursing*[tw] OR Nurses[Mesh] OR Nurse*[tw] OR "Nurses, Male"[Mesh]) AND ("Occupational Health"[Mesh] OR "Occupational Health"[tw] OR "Employee Health"[tw] OR "Occupational Safety"[tw] OR "Professional Health"[tw] OR "Occupational Health Nursing"[Mesh] OR "Occupational Health Nursing"[tw] OR "Occupational Health Nursings"[tw]) AND (Hospitals[Mesh] OR Hospital*[tw])
Embase (Elsevier)	('workplace violence'/exp OR 'workplace violence':ti,ab,kw,de,dn,df,mn,tn OR 'workplace violences':ti,ab,kw,de,dn,df,mn,tn) AND ('nursing'/exp OR 'nursing':ti,ab,kw,de,dn,df,mn,tn OR 'nurse'/exp OR 'nurse':ti,ab,kw,de,dn,df,mn,tn OR 'male nurse'/exp) AND ('occupational health'/exp OR 'occupational health':ti,ab,kw,de,dn,df,mn,tn OR 'employee health':ti,ab,kw,de,dn,df,mn,tn OR 'occupational safety':ti,ab,kw,de,dn,df,mn,tn OR 'professional health':ti,ab,kw,de,dn,df,mn,tn OR 'occupational health nursing'/exp OR 'occupational health nursing':ti,ab,kw,de,dn,df,mn,tn OR 'occupational health nursings':ti,ab,kw,de,dn,df,mn,tn) AND ('hospital'/exp OR 'hospital':ti,ab,kw,de,dn,df,mn,tn)
CINAHL (EBSCO)	((MH "Workplace Violence+") OR "Workplace Violence" OR "Workplace Violences") AND ((MH Nursing+) OR Nursing* OR (MH Nurses+) OR Nurse* OR (MH "Nurses, Male+")) AND ((MH "Occupational Health+") OR "Occupational Health" OR "Employee Health" OR "Occupational Safety" OR "Professional Health" OR (MH "Occupational Health Nursing+") OR "Occupational Health Nursing" OR "Occupational Health Nursings") AND ((MH Hospitals+) OR Hospital*)
Scopus (Elsevier)	("Workplace Violence" OR "Workplace Violences") AND (Nursing* OR Nurse*) AND ("Occupational Health" OR "Employee Health" OR "Occupational Safety")

	OR "Occupational Health Nursing" OR "Occupational Health Nursings" OR "Professional Health") AND (Hospital*)
Web of Science	("Workplace Violence" OR "Workplace Violences") AND (Nursing* OR Nurse*) AND ("Occupational Health" OR "Employee Health" OR "Occupational Safety" OR "Occupational Health Nursing" OR "Occupational Health Nursings" OR "Professional Health") AND (Hospital*)
BDENF e LILACS, via BVS	("Workplace Violence" OR "Workplace Violences" OR "Violência no Trabalho" OR "Violência Ocupacional" OR "Violência no Ambiente de Trabalho" OR "Violência no Local de Trabalho" OR "Violencia Laboral") AND (Nursing* OR Nurse* OR Enfermagem OR Enfermeir* OR Enfermería OR Enfermer*) AND ("Occupational Health" OR "Employee Health" OR "Occupational Safety" OR "Occupational Health Nursing" OR "Occupational Health Nursings" OR "Saúde Ocupacional" OR "Saúde Laboral" OR "Saúde do Trabalhador" OR "Saúde dos Trabalhadores" OR "Saúde dos Empregados" OR "Segurança Laboral" OR "Segurança Ocupacional" OR "Segurança do Trabalho" OR "Segurança no Trabalho" OR "Segurança dos Trabalhadores" OR "Enfermagem do Trabalho" OR "Enfermagem Ocupacional" OR "Enfermagem em Saúde do Trabalhador" OR "Salud Laboral" OR "Salud Ocupacional" OR "Salud de los Trabajadores" OR "Salud del Empleado" OR "Seguridad Laboral" OR "Seguridad Ocupacional" OR "Seguridad de los Trabajadores" OR "Seguridad del Trabajo" OR "Seguridad en el Trabajo" OR "Enfermería del Trabajo" OR "Enfermería en Salud Laboral" OR "Enfermería en Salud Ocupacional") AND (Hospital*)
SciELO	("Workplace Violence" OR "Workplace Violences" OR "Violência no Trabalho" OR "Violência Ocupacional" OR "Violência no Ambiente de Trabalho" OR "Violência no Local de Trabalho" OR "Violencia Laboral") AND (Nursing* OR Nurse* OR Enfermagem OR Enfermeir* OR Enfermería OR Enfermer*) AND ("Occupational Health" OR "Employee Health" OR "Occupational Safety" OR "Occupational Health Nursing" OR "Occupational Health Nursings" OR "Saúde Ocupacional" OR "Saúde Laboral" OR "Saúde do Trabalhador" OR "Saúde dos Trabalhadores" OR "Saúde dos Empregados" OR "Segurança Laboral" OR "Segurança Ocupacional" OR "Segurança do Trabalho" OR "Segurança no Trabalho" OR "Segurança dos Trabalhadores" OR "Enfermagem do Trabalho" OR "Enfermagem Ocupacional" OR "Enfermagem em Saúde do Trabalhador" OR "Salud Laboral" OR "Salud Ocupacional" OR "Salud de los Trabajadores" OR "Salud del Empleado" OR "Seguridad Laboral" OR "Seguridad Ocupacional" OR "Seguridad de los Trabajadores" OR "Seguridad del Trabajo" OR "Seguridad en el Trabajo" OR "Enfermería del Trabajo" OR "Enfermería en Salud Laboral" OR "Enfermería en Salud Ocupacional") AND (Hospital*)
Google Acadêmico	("Workplace Violence" OR "Workplace Violences") AND (intitle:Nursing* OR intitle:Nurse*) AND ("Occupational Health" OR "Employee Health" OR "Occupational Safety" OR "Occupational Health Nursing" OR "Occupational Health Nursings" OR "Professional Health") AND (intitle:Hospital*) ("Violência Ocupacional" OR "Violência no Ambiente de Trabalho" OR "Violência no Local de Trabalho" OR "Violencia Laboral") AND (intitle:Enfermagem OR intitle:Enfermeir* OR intitle:Enfermería OR intitle:Enfermer*) AND ("Saúde Ocupacional" OR "Saúde Laboral" OR "Saúde do Trabalhador" OR "Saúde dos Trabalhadores" OR "Saúde dos Empregados" OR "Segurança Laboral" OR "Segurança Ocupacional" OR "Segurança do Trabalho" OR "Segurança no Trabalho" OR "Segurança dos Trabalhadores" OR "Enfermagem do Trabalho" OR "Enfermagem Ocupacional" OR "Enfermagem em Saúde do Trabalhador" OR "Salud Laboral" OR "Salud Ocupacional" OR "Salud de los Trabajadores" OR "Salud del Empleado" OR "Seguridad Laboral" OR "Seguridad Ocupacional" OR "Seguridad de los Trabajadores" OR "Seguridad del Trabajo" OR "Seguridad en el Trabajo" OR "Enfermería del Trabajo" OR "Enfermería en Salud Laboral" OR "Enfermería en Salud Ocupacional") AND (intitle:Hospital*)

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Os resultados recuperados foram exportados para o software Mendeley (Elsevier, 2024), que auxiliou na detecção e remoção automática de duplicatas. A seleção dos estudos foi desenvolvida por dois revisores independentes, em duas etapas: (1) leitura de títulos e resumos e (2) leitura dos textos completos. Divergências foram resolvidas por consenso e, quando necessário, avaliadas por um terceiro revisor. Também foi realizada busca manual nas referências dos estudos incluídos e seguiu as recomendações (identificação, triagem e inclusão) do fluxograma PRISMA (PAGE *et al.*, 2021). Divergências foram resolvidas por consenso e, quando necessário, avaliadas por um terceiro revisor. Também foi realizada busca manual nas referências dos estudos incluídos.

Também foi conduzida uma busca manual nas listas de referências dos estudos selecionados, com o propósito de localizar potenciais evidências adicionais pertinentes ao tema investigado.

A extração dos dados foi efetuada por dois revisores, de forma independente, utilizando formulário previamente adaptado (Marziale, 2015), contendo: autores, ano, país, periódico, objetivo, delineamento metodológico, principais achados, nível de evidência e qualidade metodológica. Divergências foram solucionadas por discussão até consenso.

Essa etapa foi conduzida por dois revisores, de maneira independente, no mês de setembro de 2025. Quando surgiram discordâncias entre as avaliações, procedeu-se à discussão conjunta até que fosse alcançado consenso.

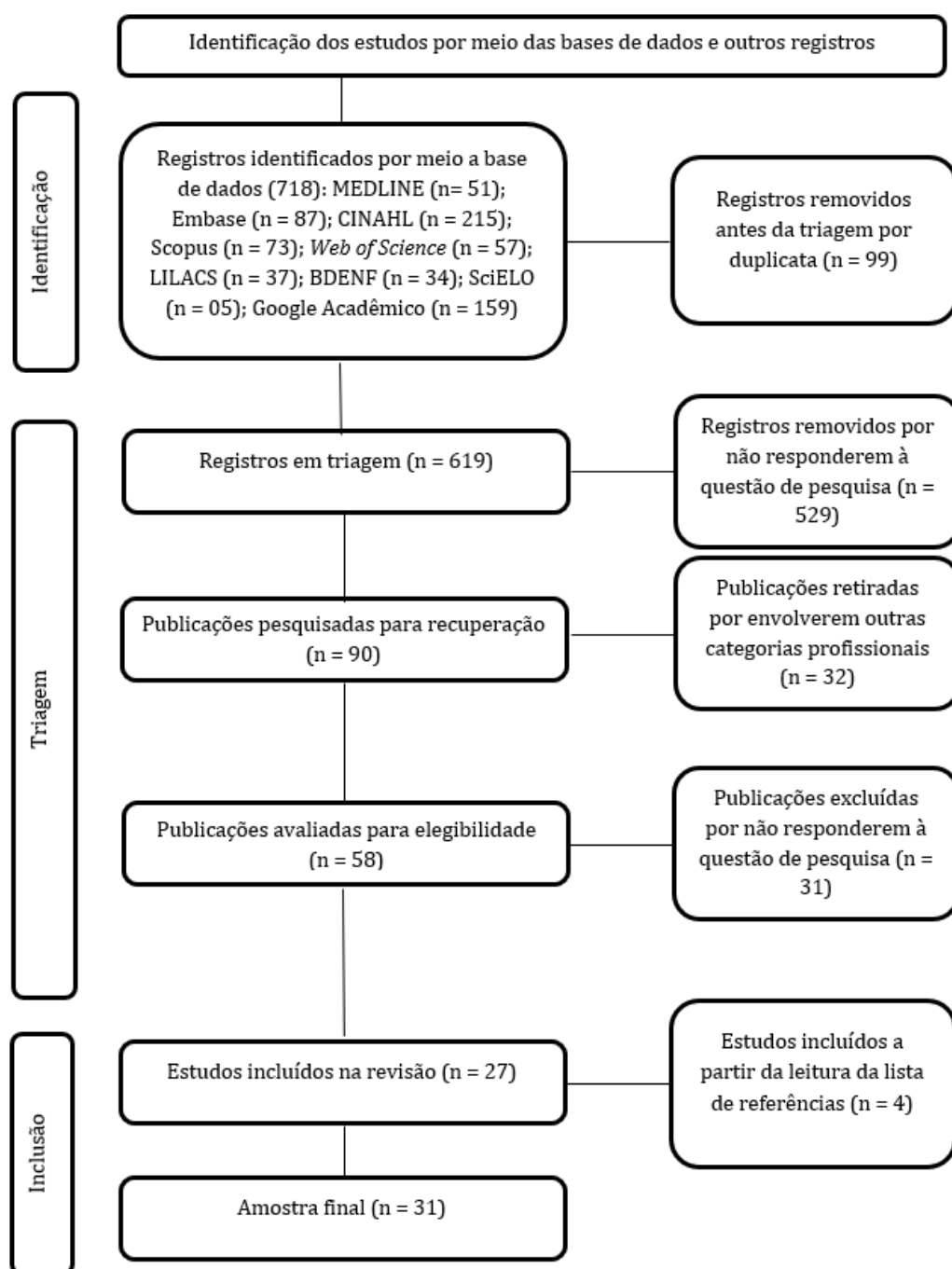
A análise dos dados ocorreu por abordagem qualitativa, e a síntese dos achados foi organizada de maneira descritiva. A classificação do nível de evidência (NE) seguiu o modelo de Melnyk e Fineout-Overholt (2015), composto por sete níveis hierárquicos, variando de revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados (Nível I) até opiniões de especialistas (Nível VII). Os estudos foram sistematizados em quadros analíticos, descritos conforme variáveis previamente definidas.

RESULTADOS

A busca nas bases de dados retornou 718 publicações, das quais 99 foram removidas por duplicidade. Assim, 619 estudos foram submetidos à leitura de títulos e resumos. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, 326 estudos foram

excluídos por não responderem à questão norteadora e 32 por envolverem outras categorias profissionais, totalizando 58 estudos para leitura na íntegra. Nessa etapa, 26 estudos foram excluídos por não responderem à questão norteadora e cinco por se tratar de revisões, resultando em 27 estudos primários elegíveis. A busca manual nas listas de referência acrescentou quatro novos estudos, compondo uma amostra final de 31 artigos. Na Figura 1 apresenta-se o fluxograma PRISMA referente ao processo de seleção. A amostra final desta revisão integrativa, portanto, foi composta por 31 estudos que investigaram os impactos da violência no trabalho sobre profissionais de enfermagem atuantes em ambiente hospitalar (Tabela 1).

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos estudos incluídos na revisão integrativa. Florianópolis (SC), 2025.



Fonte: Elaborado pelo Autor (2025)

Os estudos apresentam ampla diversidade geográfica, metodológica e amostral, refletindo a complexidade e a abrangência do fenômeno em diferentes realidades internacionais. Observa-se predominância de estudos conduzidos na Ásia, especialmente na China, que concentrou oito investigações (Yao *et al.*, 2021; Charati

et al., 2021; Chowdhury *et al.*, 2022a; Chowdhury *et al.*, 2022b; Chen *et al.*, 2024; Hu *et al.*, 2024; Chen *et al.*, 2025; Zhang *et al.*, 2025). Outros países asiáticos também foram representados, como Bangladesh (dois estudos), Irã (dois estudos), além de Líbano, Jordânia e Israel, cada qual com uma publicação (Vidal-Alves *et al.*, 2022; Morra *et al.*, 2023; Al-Nawafleh *et al.*, 2024). No continente europeu, foram identificados estudos em Portugal, Suécia, Espanha, Polônia e em um consórcio formado por cinco países europeus (Ruiz-Hernández *et al.*, 2022; João *et al.*, 2023; Jakobsson *et al.*, 2023; Friganović *et al.*, 2024; Mrooczowska *et al.*, 2025). Nas Américas, destacam-se investigações realizadas no Brasil, Cuba e Estados Unidos, enquanto a África esteve representada por um estudo conduzido no Quênia (Kibunja *et al.*, 2021). A Oceania apresentou uma pesquisa de âmbito australiano (Yildiz & Tok Yildiz, 2022).

Tabela 1 – Caracterização dos estudos incluídos na revisão integrativa. Florianópolis (SC), 2025

Artigos	Autores	Título	Objetivo	Principais resultados	NE
1	Ceballos <i>et al.</i> (2020)	<i>Physical violence and verbal abuse against nurses working with risk stratification</i>	Identificar prevalência, fatores associados e consequências da violência física e do abuso verbal contra enfermeiros que atuam na classificação de risco em hospital.	Alta frequência de agressões físicas e abuso verbal associada a medo, ansiedade, sentimento de insegurança, estresse ocupacional, pior satisfação com o trabalho e intenção de deixar o setor/serviço.	VI
2	Wolf <i>et al.</i> (2020)	<i>Violence and Its Impact on the Emergency Nurse</i>	Descrever a magnitude da violência vivida por enfermeiros de emergência e seus impactos.	Violência frequente associada a exaustão emocional, sofrimento psicológico, sensação de insegurança, absenteísmo, intenção de deixar o emprego e percepção de pior qualidade do cuidado.	VI
3	Charati <i>et al.</i> (2021)	<i>Occupational Violence and Its Association with the Quality of Working Life of Nurses in Intensive Care Units...</i>	Analisar a associação entre violência ocupacional e qualidade de vida no trabalho de enfermeiros de UTI.	Exposição à violência associada a pior qualidade de vida no trabalho, maior estresse, cansaço, insatisfação e comprometimento do bem-estar geral.	VI

4	Kibunja et al. (2021)	<i>Prevalence and Effect of Workplace Violence against Nurses at a Tertiary Hospital in Kenya</i>	Estimar prevalência de violência e seus efeitos em enfermeiros de emergência.	Violência associada a medo, ansiedade, estresse, sintomas físicos (cefaleia, distúrbios do sono), queda de motivação e intenção de sair do serviço.	VI
5	Ruiz-González et al. (2021)	<i>Violencia laboral entre el personal de enfermería y su relación con la calidad del cuidado en hospitales públicos</i>	Verificar a relação entre violência laboral, estado emocional e qualidade do cuidado em enfermeiros hospitalares.	Violência relacionada a pior estado emocional, maior exaustão e percepção de pior qualidade do cuidado, com repercussões na segurança do paciente.	VI
6	Santos J. et al. (2021)	<i>Violências relacionadas ao trabalho e variáveis associadas em profissionais de enfermagem que atuam em oncologia</i>	Identificar violências relacionadas ao trabalho e variáveis associadas em enfermagem oncológica.	Violência associada a sofrimento psíquico, estresse elevado, sobrecarga, pior ambiente de trabalho e maior intenção de mudar de setor ou profissão.	VI
7	Yao et al. (2021)	<i>Does workplace violence, empathy, and communication influence occupational stress among mental health nurses?</i>	Examinar influência da violência, empatia e comunicação sobre o estresse ocupacional em enfermeiros de saúde mental.	Violência associada a níveis mais altos de estresse ocupacional e pior saúde mental, mesmo após ajuste por empatia e comunicação.	VI
8	Chowdhury et al. (2022)	<i>Workplace Bullying and Violence on Burnout Among Bangladeshi Registered Nurses</i>	Investigar associação entre bullying/violência e burnout em enfermeiros hospitalares.	Bullying e violência fortemente associados ao burnout (exaustão emocional, despersonalização) e pior bem-estar psicológico.	VI
9	Chowdhury et al. (2022)	<i>Workplace violence, bullying, burnout, job satisfaction and their correlation with depression among Bangladeshi nurses</i>	Analisar relação entre violência/bullying, burnout, satisfação no trabalho e depressão em enfermeiros.	Violência associada a maior depressão, burnout e menor satisfação no trabalho; múltiplos impactos psicossociais simultâneos.	VI
10	Pacheco et al. (2022)	<i>The role of fear in the relationship between vicarious violence at work</i>	Examinar o papel do medo na relação entre violência vicária e capacidade para o trabalho em enfermeiros.	Exposição (mesmo indireta) à violência aumenta medo, que reduz a capacidade para o trabalho; impacto na saúde	VI

		<i>and work ability in nurses</i>		mental e na funcionalidade laboral.	
11	Tsukamoto et al. (2022)	<i>Burnout syndrome and workplace violence among nursing staff: a cross-sectional study</i>	Avaliar associação entre violência no trabalho e síndrome de burnout em equipe de enfermagem hospitalar.	Violência associada a maior prevalência de burnout, especialmente exaustão emocional e despersonalização.	VI
12	Vidal-Alves et al. (2022)	<i>(Un)Broken: Lateral violence among hospital nurses, user violence, burnout, and general health</i>	Analisar violência lateral e de usuários e sua relação com burnout e saúde geral em enfermeiros hospitalares.	Violência (entre pares e de usuários) associada a níveis mais altos de burnout e pior saúde geral (física e mental).	VI
13	Yildiz & Tok Yildiz. (2022)	<i>Pediatric emergency nurses' workplace violence experiences: A qualitative study</i>	Descrever experiências de violência de enfermeiros de emergência pediátrica.	Relatos de medo, insegurança, estresse, choro, insônia, hipervigilância e desejo de abandonar o setor; afeta bem-estar emocional e engajamento.	VI
14	Galvão & Giuliani. (2023)	<i>Violência no trabalho e suas relações com o sofrimento mental de profissionais de enfermagem...</i>	Analisar relações entre violência laboral e sofrimento mental em profissionais de enfermagem de hospital universitário.	Violência associada a sofrimento psíquico (tristeza, ansiedade, desânimo), uso de licenças, intenção de deixar o trabalho e percepção de adoecimento mental.	VI
15	Jakobsson et al. (2023)	<i>Exploring workplace violence on surgical wards in Sweden: a cross-sectional study</i>	Investigar violência em enfermarias cirúrgicas e fatores associados.	Violência associada a estresse, sensação de insegurança, medo, pior clima de trabalho e desejo de sair da unidade.	VI
16	João et al. (2023)	<i>Impacto e prevalência do assédio no trabalho no contexto de enfermagem em Portugal</i>	Estimar prevalência de assédio moral e seu impacto em enfermeiros portugueses.	Assédio moral associado a sofrimento psicológico, sintomas de ansiedade e depressão, insatisfação laboral e intenção de abandonar o emprego.	VI
17	Morra et al. (2023)	<i>Psychological Reactions of Lebanese Nurses to Workplace Violence in Critical Care Units</i>	Descrever reações psicológicas de enfermeiros de UTI à violência no trabalho.	Relatos de medo, raiva, impotência, tristeza, exaustão e sintomas compatíveis com transtornos de ansiedade/estresse pós-traumático.	VI
18	Gillespie &	<i>Qualitative Analysis of Workplace</i>	Explorar consequências de agressões no	Violência resulta em trauma psicológico, medo persistente,	VI

	Berry. (2023)	<i>Assault Outcomes from the Perspectives of Emergency Nurses</i>	trabalho segundo enfermeiros de emergência.	hipervigilância, queda de confiança, evitação de determinados pacientes e impacto no desempenho.	
19	Chen et al. (2024)	<i>Workplace violence and turnover intention among Chinese nurses...</i>	Examinar relação entre violência, fadiga por compaixão, resiliência e intenção de sair do trabalho em enfermeiros.	Violência aumenta fadiga por compaixão e intenção de desligamento; resiliência moderada atenua parcialmente efeitos negativos.	VI
20	Hu et al. (2024)	<i>Relationship between workplace violence, job satisfaction, and burnout among healthcare workers in mobile cabin hospitals in China</i>	Investigar associação entre violência, satisfação no trabalho e burnout em trabalhadores de saúde (incluindo enfermeiros) em hospitais de campanha.	Violência associada a maior burnout, estresse percebido e menor satisfação; piora global do bem-estar ocupacional.	VI
21	Uzeda et al. (2024)	<i>Vivências e consequências do assédio moral no trabalho entre profissionais de enfermagem</i>	Descrever vivências e consequências do assédio moral em profissionais de enfermagem (principalmente hospital).	Assédio moral gera sofrimento psíquico intenso, baixa autoestima, sentimento de humilhação, adoecimento mental, afastamentos e intenção de deixar a instituição.	VI
22	Frigano vić et al. (2024)	<i>Critical Care Nurses' Perceptions of Abuse and Its Impact on Healthy Work Environments...</i>	Avaliar percepções de abuso e seu impacto em ambientes de trabalho saudáveis entre enfermeiros de UTI de cinco países europeus.	Abuso e agressões associadas a pior clima de trabalho, comprometimento da saúde mental, aumento de burnout e percepção de ambiente pouco saudável.	VI
23	da Silva Junior RF et al. (2024)	<i>Estratégias adotadas pelos profissionais de enfermagem a partir da violência sofrida na urgência e emergência</i>	Descrever estratégias adotadas por profissionais de enfermagem após sofrer violência em serviços de urgência/emergência .	Relata impactos como medo, estresse, sentimento de desvalorização e desgaste emocional, que levam à adoção de estratégias defensivas (evitação, distanciamento, busca de apoio) e, em alguns casos, desejo de sair do setor.	VI
24	Al-Nawafleh et al. (2024)	<i>The influence of horizontal violence on intention to leave among</i>	Analisar influência da violência horizontal sobre intenção de deixar o trabalho em	Maiores níveis de violência horizontal associam-se a maior intenção de desligamento e pior	VI

		<i>Jordanian nurses</i>	enfermeiros jordanianos.	bem-estar ocupacional.	
25	Al-Natour & Abuzia. (2024)	<i>Emergency department is not safe anymore: Nurses describing their suffering</i>	Descrever o sofrimento de enfermeiras de emergência frente à violência e insegurança no serviço.	Emergência percebida como espaço inseguro; violência associada a medo, exaustão emocional, sofrimento moral, distúrbios do sono e intenção de deixar o setor.	VI
26	Campione & Hensche. (2025)	<i>Impact of violence on emotional exhaustion risk of registered nurses in Germany...</i>	Estimar impacto da violência sobre risco de exaustão emocional em enfermeiros na Alemanha.	Experiências de violência aumentam significativamente o risco de exaustão emocional (burnout), mesmo após ajuste por variáveis de trabalho.	VI
27	Chen et al. (2025)	<i>Cross-sectional study of workplace violence on work engagement among Chinese nurses: the mediating role of psychological resilience</i>	Investigar efeito da violência sobre engajamento no trabalho e o papel mediador da resiliência em enfermeiros.	Violência reduz engajamento; resiliência psicológica atua como mediadora, amortecendo parcialmente o impacto negativo da violência.	VI
28	Ghaed et al. (2025)	<i>Relationship Between Workplace Bullying, Burnout and Organizational Cynicism in Iranian Nurses</i>	Analisar relação entre bullying, burnout e cinismo organizacional em enfermeiros.	Bullying está ligado a maiores níveis de burnout e cinismo organizacional, indicando deterioração da saúde mental e do vínculo com a instituição.	VI
29	Mroczkowska et al. (2025)	<i>Aggressive behavior in the workplace – experiences of young nurses: preliminary study</i>	Descrever experiências de comportamentos agressivos e seus efeitos em enfermeiras jovens.	Agressões associadas a ansiedade, medo, estresse, queda da motivação, sentimento de impotência e intenção de mudar de local ou área de atuação.	VI
30	Zhang et al. (2025)	<i>Relationship between workplace violence and occupational health in emergency nurses: The mediating role of dyssomnia</i>	Examinar associação entre violência e saúde ocupacional em enfermeiros de emergência, com foco em transtornos do sono.	Violência associada a maior insônia/dyssomnia, que por sua vez se relaciona com fadiga, pior saúde geral e redução da capacidade laboral.	VI
31	Amaral et al. (2025)	<i>Violence at work experienced by nursing professionals</i>	Descrever a violência no trabalho em unidades hospitalares e	Violência frequente associada a estresse, desgaste emocional, prejuízo na satisfação	VI

<i>working in hospital units: an exploratory and correlational study</i>	analisar correlações com variáveis ocupacionais e emocionais.	profissional, pior desempenho percebido e sinais de intenção de saída. (

*NE = Nível de evidência
Fonte: Dados da pesquisa (2025).

Quanto ao delineamento metodológico, a maior parte dos estudos apresentou abordagem quantitativa, totalizando 26 publicações com predomínio de desenhos transversais. Além disso, foram incluídos quatro estudos qualitativos (Yildiz & Tok Yildiz, 2022; Morra *et al.*, 2023; Gillespie & Berry, 2023; Al-Natour & Abuziad, 2025) e um estudo de método misto (da SILVA Junior *et al.*, 2024), evidenciando a prevalência de metodologias de mensuração epidemiológica, com menor presença de investigações voltadas à compreensão subjetiva das experiências de violência. Esse conjunto de 31 estudos corresponde predominantemente ao nível de evidência VI, característico de pesquisas observacionais e descritivas, o que reforça a robustez do volume de dados disponíveis.

No que se refere ao tamanho das amostras, identificou-se variabilidade expressiva entre os estudos incluídos. Seis pesquisas analisaram grupos reduzidos, com amostras de até 99 enfermeiros; quinze estudos contemplaram amostras entre 100 e 499 participantes; quatro estudos envolveram mais de 500 profissionais; e seis pesquisas avaliaram populações amplas, com mais de 1.000 enfermeiros. Considerando a soma total das amostras, estima-se que os estudos revisados compreenderam um universo superior a 25 mil profissionais de enfermagem, o que confere robustez à síntese produzida.

De modo geral, a caracterização dos estudos evidencia que a violência no ambiente hospitalar é um fenômeno investigado em distintas culturas e sistemas de saúde, utilizando majoritariamente delineamentos quantitativos e amostras amplas. Essa diversidade metodológica e geográfica contribui para uma compreensão abrangente dos impactos da violência sobre a saúde mental, física e ocupacional dos profissionais de enfermagem, conforme sintetizado no Quadro 2.

Quadro 2 - Impactos da violência na saúde dos profissionais de Enfermagem.
Florianópolis (SC), 2025

	Impacto gerado pela violência	Artigos relacionados
EIXO 1 — Saúde Mental e Psicológica	Estresse ocupacional	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31
	Ansiedade / tensão emocional	3, 6, 7, 9, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 24, 25, 29
	Sintomas depressivos	7, 9, 14, 15
	Burnout / esgotamento emocional	2, 6, 8, 9, 11, 12, 14, 17, 19, 20, 22, 26, 28, 31
	Medo / sensação de insegurança / falta de vontade de ir ao trabalho	1, 4, 5, 7, 10, 12, 16, 17, 18, 21, 24, 25, 29
	Raiva / irritabilidade	1, 6, 12, 15, 24, 29
	Angústia / sofrimento psíquico	6, 13, 15, 17, 18, 21, 25, 29
	Autoestima reduzida / sensação de desvalorização	13, 16, 21, 29
	Sentimentos de isolamento	12, 21, 29
	Dilema moral / injustiça percebida / cinismo organizacional	13, 14, 16, 28, 29
	Estresse pós-traumático / flashbacks / hipervigilância	17, 18
	Tendências suicidas / sofrimento extremo	14, 25
EIXO 2 — Saúde Física / Reações Somáticas	Fadiga crônica / falta de energia	2, 7, 8, 9, 11, 14, 17, 20, 22, 26, 28, 30, 31
	Distúrbios do sono	9, 20, 22, 30
	Dores de cabeça / sintomas somáticos / queixas físicas	1, 6, 9, 14, 20, 30
	Problemas gastrointestinais	1, 6, 9, 14
	Somatização geral	1, 6, 14, 22, 30
EIXO 3 — Vida Profissional / Trajetória na Enfermagem	Intenção de renunciar ao emprego (turnover intention)	1, 5, 13, 17, 19, 21, 24, 31
	Intenção de abandonar a profissão (turnover profissional)	6, 14, 20, 31
	Redução da satisfação profissional	3, 5, 7, 11, 14, 20, 31
	Redução do engajamento e da motivação	1, 4, 5, 7, 12, 21, 22, 26, 27, 28, 30, 31
	Redução da qualidade do trabalho / desempenho prejudicado	1, 3, 5, 9, 11, 22, 31
EIXO 4 — Vida Pessoal e Relações	Influência negativa da vida profissional na vida privada	3, 7, 14, 20, 31
	Sentimento de insegurança geral e prejuízo nas relações sociais	12, 15, 17, 25, 29
EIXO 5 — Processos Cognitivos e Funcionamento no Trabalho	Concentração reduzida / dificuldade de foco	6, 7, 10, 14, 17, 20, 22, 30
	Falta de entusiasmo / apatia / enfrentamento passivo	1, 6, 8, 14, 21, 22, 26, 29
	Suscetibilidade emocional aumentada	10, 15, 21, 29
EIXO 6 — Cultura Organizacional e Normalização da Violência	Aceitação da violência como parte do trabalho / naturalização	1, 6, 12, 21, 29
	Desgaste nas relações e clima organizacional deteriorado	12, 14, 15, 17, 22, 29

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

DISCUSSÃO

A análise integrativa das evidências disponíveis demonstra que a violência laboral produz um conjunto amplo, profundo e multissistêmico de impactos sobre a saúde mental, física e ocupacional dos profissionais de enfermagem, especialmente no ambiente hospitalar. Esses impactos foram organizados em eixos temáticos para melhor compreensão do fenômeno.

Os estudos do Eixo 1 mostram que a violência no ambiente de trabalho constitui um fator crítico de adoecimento psicológico entre profissionais de enfermagem, manifestando-se de forma ampla e profunda. O estresse ocupacional aparece como uma consequência transversal, marcado pela pressão constante, pelo medo de novas agressões e pela sobrecarga emocional vivenciada em diferentes contextos assistenciais (Ceballos *et al.*, 2020; Wolf *et al.*, 2020; Charati *et al.*, 2021; Kibunja *et al.*, 2021; Ruiz-González *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2021; Yao *et al.*, 2021; Chowdhury *et al.*, 2022a; Chowdhury *et al.*, 2022b; Pacheco *et al.*, 2022; Tsukamoto *et al.*, 2022; Vidal-Alves *et al.*, 2022; Yildiz; Tok Yildiz, 2022; Jakobsson *et al.*, 2023; João *et al.*, 2023; Morra *et al.*, 2023; Gillespie; Berry, 2023; Chen *et al.*, 2024; Hu *et al.*, 2024; Uzeda *et al.*, 2024; Friganović *et al.*, 2024; Silva Junior *et al.*, 2024; Al-Nawafleh *et al.*, 2024; Al-Natour; Abuziad, 2025; Campione; Henschke, 2025; Chen; Liao; Xie, 2025; Ghaed *et al.*, 2025; Mrooczowska *et al.*, 2025; Zhang *et al.*, 2025; Amaral *et al.*, 2025).

Entre as manifestações emocionais mais frequentes estão ansiedade, tensão contínua e sensação constante de ameaça, que se intensificam em ambientes marcados por agressões repetidas e comunicação hostil (Charati *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2021; Yao *et al.*, 2021; Chowdhury *et al.*, 2022b; Vidal-Alves *et al.*, 2022; Yildiz; Tok Yildiz, 2022; Jakobsson *et al.*, 2023; João *et al.*, 2023; Morra *et al.*, 2023; Gillespie; Berry, 2023; Uzeda *et al.*, 2024; Friganović *et al.*, 2024; Al-Nawafleh *et al.*, 2024; Al-Natour; Abuziad, 2025; Mrooczowska *et al.*, 2025). Sintomas depressivos também são relatados, especialmente em estudos que relacionam violência, burnout e sofrimento emocional prolongado (Yao *et al.*, 2021; Chowdhury *et al.*, 2022b; Galvão; Giuliani, 2023; Jakobsson *et al.*, 2023).

O burnout surge como um eixo central do adoecimento, manifestando-se por exaustão emocional, despersonalização e perda de realização profissional, sendo

frequentemente associado à violência física, verbal, lateral e moral (Wolf *et al.*, 2020; Santos *et al.*, 2021; Chowdhury *et al.*, 2022; Chowdhury *et al.*, 2022b; Tsukamoto *et al.*, 2022; Vidal-Alves *et al.*, 2022; Galvão; Giuliani, 2023; Morra *et al.*, 2023; Chen *et al.*, 2024; Hu *et al.*, 2024; Friganović *et al.*, 2024; Campione; Henschke, 2025; Ghaed *et al.*, 2025; Amaral *et al.*, 2025).

O medo e a sensação de insegurança emergem como reações predominantes diante de ambientes violentos, levando a comportamentos de evitação, hipervigilância e angústia persistente (Ceballos *et al.*, 2020; Kibunja *et al.*, 2021; Ruiz-González *et al.*, 2021; Yao *et al.*, 2021; Pacheco *et al.*, 2022; Vidal-Alves *et al.*, 2022; João *et al.*, 2023; Morra *et al.*, 2023; Gillespie; Berry, 2023; Uzeda *et al.*, 2024; Al-Nawafleh *et al.*, 2024; Al-Natour; Abuziad, 2025; Mrooczowska *et al.*, 2025). Outros efeitos emocionais importantes incluem raiva, irritabilidade e sofrimento psíquico profundo, frequentemente desencadeados por situações de humilhação e desrespeito (Ceballos *et al.*, 2020; Santos *et al.*, 2021; Vidal-Alves *et al.*, 2022; Jakobsson *et al.*, 2023; Al-Nawafleh *et al.*, 2024; Mrooczowska *et al.*, 2025).

A violência também impacta a autoestima dos profissionais, gerando sentimentos de desvalorização, impotência e diminuição do senso de competência (Yildiz; Tok Yıldiz, 2022; João *et al.*, 2023; Uzeda *et al.*, 2024; Mrooczowska *et al.*, 2025). Em casos mais severos, o sofrimento emocional associa-se ao isolamento, à ruptura de vínculos e à percepção de injustiça institucional, alimentando cinismo organizacional e dilemas morais sobre permanecer ou não na profissão (Vidal-Alves *et al.*, 2022; Galvão; Giuliani, 2023; Uzeda *et al.*, 2024; Mrooczowska *et al.*, 2025; Ghaed *et al.*, 2025).

Em situações extremas, alguns estudos relatam manifestações compatíveis com estresse pós-traumático, como flashbacks, hipervigilância persistente e ansiedade antecipatória (Morra *et al.*, 2023; Gillespie; Berry, 2023), além de casos de sofrimento tão intenso que culminam em ideação suicida ou sofrimento psíquico extremo (Galvão; Giuliani, 2023; Al-Natour; Abuziad, 2025).

No Eixo 2 — Impactos Físicos e Somáticos, observa-se que a violência no ambiente hospitalar repercute significativamente na saúde física dos profissionais de enfermagem, produzindo um conjunto de reações somáticas que variam de fadiga persistente a sintomas corporais complexos. A fadiga crônica e a falta de energia aparecem como manifestações recorrentes, decorrentes do estresse contínuo, da

sobrecarga emocional e da exposição repetida a situações de abuso, configurando um padrão de exaustão física que compromete a vitalidade e o desempenho diário (Wolf *et al.*, 2020; Yao *et al.*, 2021; Chowdhury *et al.*, 2022; Chowdhury *et al.*, 2022b; Tsukamoto *et al.*, 2022; Galvão; Giuliani, 2023; Morra *et al.*, 2023; Hu *et al.*, 2024; Friganović *et al.*, 2024; Campione; Henschke, 2025; Ghaed *et al.*, 2025; Zhang *et al.*, 2025; Amaral *et al.*, 2025).

Distúrbios do sono emergem como outra consequência importante, frequentemente relacionados ao medo, hipervigilância e desgaste emocional provocado pela violência. Esses quadros afetam a recuperação física, aumentam a irritabilidade e potencializam a vulnerabilidade física e mental (Chowdhury *et al.*, 2022b; Hu *et al.*, 2024; Friganović *et al.*, 2024; Zhang *et al.*, 2025).

Além disso, sintomas físicos específicos como dores de cabeça, tensão muscular, dores generalizadas e outras queixas somáticas são descritos de maneira consistente nos estudos, sugerindo uma relação direta entre exposição à violência e manifestações corporais de estresse (Ceballos *et al.*, 2020; Santos *et al.*, 2021; Chowdhury *et al.*, 2022b; Galvão; Giuliani, 2023; Hu *et al.*, 2024; Zhang *et al.*, 2025). Em alguns casos, sintomas gastrointestinais como náuseas, mal-estar abdominal e alterações digestivas são apresentados como respostas fisiológicas ao sofrimento psicológico (Ceballos *et al.*, 2020; Santos *et al.*, 2021; Chowdhury *et al.*, 2022b; Galvão; Giuliani, 2023).

A somatização geral completa esse conjunto de evidências, mostrando que a violência não afeta apenas a esfera emocional, mas se traduz em múltiplos sintomas corporais inespecíficos que impactam funcionalidade, bem-estar e capacidade laboral (Ceballos *et al.*, 2020; Santos *et al.*, 2021; Galvão; Giuliani, 2023; Friganović *et al.*, 2024; Zhang *et al.*, 2025).

Os estudos reunidos no Eixo 3 — Vida Profissional e Trajetória na Enfermagem, evidenciam que a violência no trabalho repercute diretamente na trajetória profissional de enfermeiros e enfermeiras, afetando o vínculo com o emprego, o desejo de permanência na profissão, a satisfação com o trabalho e a qualidade do desempenho. A intenção de renunciar ao emprego aparece associada a contextos de agressões físicas, verbais, assédio moral e violência lateral, nos quais o ambiente se torna emocionalmente insustentável e leva os profissionais a considerarem a saída da instituição como estratégia de proteção (Ceballos *et al.*, 2020; Ruiz-González *et al.*,

2021; Yildiz; Tok Yildiz, 2022; Morra *et al.*, 2023; Chen *et al.*, 2024; Uzeda *et al.*, 2024; Al-Nawafleh *et al.*, 2024; Amaral *et al.*, 2025). Em alguns casos, o esgotamento é tão intenso que se projeta para o desejo de abandono definitivo da enfermagem, traduzindo uma ruptura mais profunda com a carreira (Santos *et al.*, 2021; Galvão; Giuliani, 2023; Hu *et al.*, 2024; Amaral *et al.*, 2025).

A insatisfação profissional e o desgaste com o trabalho surgem como elementos centrais desse eixo. Violência recorrente, burnout, sofrimento mental e condições precárias de trabalho se articulam com a piora da qualidade de vida ocupacional, com perda de sentido no exercício profissional e com a percepção de desvalorização (Charati *et al.*, 2021; Ruiz-González *et al.*, 2021; Yao *et al.*, 2021; Tsukamoto *et al.*, 2022; Galvão; Giuliani, 2023; Hu *et al.*, 2024; Amaral *et al.*, 2025). Esses fatores alimentam a redução do engajamento e da motivação, expressa em menor envolvimento com o trabalho, maior distanciamento afetivo, cinismo organizacional, exaustão emocional e queda da energia para o cuidado (Ceballos *et al.*, 2020; Kibunja *et al.*, 2021; Ruiz-González *et al.*, 2021; Yao *et al.*, 2021; Vidal-Alves *et al.*, 2022; Uzeda *et al.*, 2024; Friganović *et al.*, 2024; Campione; Henschke, 2025; Chen; Liao; Xie, 2025; Ghaed *et al.*, 2025; Zhang *et al.*, 2025; Amaral *et al.*, 2025).

A qualidade do trabalho também é diretamente afetada. A violência se associa à piora da qualidade do cuidado, ao comprometimento da atenção, à redução da capacidade de realizar tarefas com segurança e ao aumento da sobrecarga, com repercussões na assistência e no desempenho global das equipes (Ceballos *et al.*, 2020; Charati *et al.*, 2021; Ruiz-González *et al.*, 2021; Chowdhury *et al.*, 2022; Tsukamoto *et al.*, 2022; Friganović *et al.*, 2024; Amaral *et al.*, 2025).

No Eixo 4 — Impactos na Vida Privada e Bem-estar Geral, os estudos apontam que a violência no ambiente de trabalho ultrapassa o espaço institucional e repercute de forma profunda na vida pessoal dos profissionais de enfermagem. A sobrecarga emocional gerada por agressões físicas, verbais ou psicológicas impacta diretamente a qualidade de vida, gerando cansaço persistente, dificuldade de descanso e prejuízos no convívio familiar e social (Charati *et al.*, 2021; Yao *et al.*, 2021; Galvão; Giuliani, 2023; Hu *et al.*, 2024; Amaral *et al.*, 2025). Tais impactos revelam que a experiência de violência não se encerra ao final do turno, mas se estende ao cotidiano, afetando rotinas pessoais, relações afetivas e a sensação geral de bem-estar.

Paralelamente, o sentimento de insegurança aparece como um elemento marcante desse eixo. A exposição contínua à violência, seja de usuários, colegas ou superiores, desencadeia medo, hipervigilância e retraimento, repercutindo negativamente nas interações sociais e na qualidade das relações interpessoais (Vidal-Alves *et al.*, 2022; Jakobsson *et al.*, 2023; Morra *et al.*, 2023; Al-Natour; Abuziad, 2025; Mrooczowska *et al.*, 2025). Esses efeitos reforçam a percepção de vulnerabilidade dentro e fora do ambiente hospitalar, prejudicando tanto o senso de segurança quanto a confiança nas relações sociais e profissionais.

Os estudos do Eixo 5 demonstram que a violência no trabalho compromete de forma significativa o funcionamento cognitivo e emocional dos profissionais de enfermagem, afetando concentração, motivação e estabilidade afetiva. A dificuldade de foco aparece como consequência direta de ambientes marcados por abuso, medo e estresse constante, o que reduz a capacidade de atenção e o desempenho nas atividades clínicas (Santos *et al.*, 2021; Yao *et al.*, 2021; Pacheco *et al.*, 2022; Galvão; Giuliani, 2023; Morra *et al.*, 2023; Hu *et al.*, 2024; Friganović *et al.*, 2024; Zhang *et al.*, 2025). Esse prejuízo cognitivo é amplificado pela sobrecarga emocional, pela hipervigilância e pela sensação de ameaça contínua, dificultando a tomada de decisão e o raciocínio clínico.

A violência também resulta em falta de entusiasmo e apatia, frequentemente descritas como respostas adaptativas ao desgaste contínuo. Episódios recorrentes de agressão levam ao desânimo, à exaustão e ao uso de estratégias passivas de enfrentamento, com redução da motivação e engajamento no trabalho (Ceballos *et al.*, 2020; Santos *et al.*, 2021; Chowdhury *et al.*, 2022; Galvão; Giuliani, 2023; Uzeda *et al.*, 2024; Friganović *et al.*, 2024; Campione; Henschke, 2025; Mrooczowska *et al.*, 2025).

Além disso, a suscetibilidade emocional aumentada surge como marcador importante desse eixo. O medo, a insegurança, a ansiedade e a sensibilidade afetiva exacerbada aparecem como reações frequentes à violência, intensificando a vulnerabilidade psicológica e reduzindo a capacidade de enfrentamento dos trabalhadores (Pacheco *et al.*, 2022; Jakobsson *et al.*, 2023; Uzeda *et al.*, 2024; Mrooczowska *et al.*, 2025).

A síntese dos estudos do Eixo 6 evidencia que a cultura organizacional e a normalização da violência contribuem para a manutenção de comportamentos

abusivos no ambiente hospitalar. A aceitação da violência como parte do trabalho emerge quando agressões físicas e verbais passam a ser percebidas como elementos previsíveis da prática assistencial (Ceballos *et al.*, 2020; Santos *et al.*, 2021). Processos de naturalização também se manifestam na convivência com a violência de usuários e na violência lateral entre profissionais, reforçando posturas de resignação e silêncio institucional (Vidal-Alves *et al.*, 2022; Uzeda *et al.*, 2024). Entre enfermeiros em início de carreira, esse fenômeno se intensifica, marcado por medo de retaliação e insegurança para denunciar, o que sustenta a aceitação tácita de comportamentos agressivos (Mrooczowska *et al.*, 2025).

Referente ao desgaste das relações e ao clima organizacional deteriorado, os estudos apontam que a violência fragiliza vínculos profissionais, reduz a cooperação e compromete a segurança psicológica das equipes (Vidal-Alves *et al.*, 2022; Galvão; Giuliani, 2023). Situações de agressão recorrente favorecem conflitos, tensões internas e percepção de injustiça, especialmente em setores de maior complexidade (Jakobsson *et al.*, 2023; Morra *et al.*, 2023). A presença contínua de abuso repercute negativamente na comunicação e na confiança, agravando o ambiente laboral e reduzindo a colaboração entre equipes (Friganović *et al.*, 2024). Em contextos de violência persistente, observa-se ainda o isolamento profissional como forma de autoproteção (Mrooczowska *et al.*, 2025).

CONCLUSÃO

Os achados desta revisão integrativa evidenciam que a violência no trabalho produz impactos amplos e persistentes na saúde de enfermeiros atuantes em ambiente hospitalar. A síntese dos 31 estudos incluídos demonstra a presença consistente de repercussões psicológicas como estresse, ansiedade, sintomas depressivos, burnout, medo e hipervigilância que configuram um quadro de sofrimento emocional contínuo. Também se destacam impactos físicos importantes, incluindo fadiga, distúrbios do sono, cefaleias e múltiplas formas de somatização.

Do ponto de vista ocupacional, a violência está associada à redução do engajamento, da motivação e da satisfação profissional, à piora da qualidade do trabalho e ao aumento da intenção de desligamento, tanto do emprego quanto da própria profissão. Os estudos igualmente indicam repercussões significativas na vida

pessoal, com prejuízos nas relações sociais, sensação de insegurança e extensão do sofrimento para além do ambiente laboral.

Além disso, observa-se que a naturalização da violência e a deterioração do clima organizacional constituem elementos centrais que contribuem para a sua continuidade, favorecendo ciclos de abuso e desencorajando notificações formais. Em conjunto, as evidências reafirmam que a violência no ambiente hospitalar é um determinante relevante de adoecimento multissistêmico e reforçam a necessidade de estratégias institucionais robustas, capazes de promover ambientes de trabalho mais seguros, acolhedores e sustentáveis para a enfermagem.

REFERÊNCIAS

- ABDULWEHAB, S.; KEDIR, F. Workplace violence against nurse: a systematic review and meta-analysis in Ethiopia. **BMC Nursing**, v. 24, p. 598, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03243-1>.
- AL-NATOUR, A.; ABUZIAD, L. Emergency department is not safe anymore: nurses describing their suffering. **PLoS One**, v. 20, n. 4, e0322704, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0322704>.
- AL-NAWAFLEH, A. H.; AL-HAMDAN, Z. M.; BAWAYZAH, H.; BAWADI, H. The influence of horizontal violence on intention to leave among Jordanian nurses. **PLoS One**, v. 19, n. 11, e0307799, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0307799>.
- AMARAL, E. D. S.; ARRUDA, G.; PERONDI, A. R.; CAVALHEIRI, J. C.; VIEIRA, A. P.; FOLLADOR, F. A. C. Violence at work experienced by nursing professionals in hospital units. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 33, e4527, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7451.4527>.
- BARBOSA, N. S.; LIRA, J. A. C.; RIBEIRO, A. A. A.; ROCHA, E. P.; GALDINO, M. J. Q.; BETTANY-SALTIKOV, J. How to do a systematic literature review in nursing: a step-by-step guide. Maidenhead: McGraw-Hill Education; Open University Press, 2012.
- CAMPIONE, A.; HENSCHKE, C. Impacto da violência no risco de exaustão emocional. **BMC Nursing**, v. 24, p. 1080, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03745-y>.
- CEBALLOS, J. B.; FROTA, O. P.; NUNES, H. F. S. S.; ÁVALOS, P. L.; KRÜGEL, C. C.; FERREIRA JÚNIOR, M. A.; *et al.* Physical violence and verbal abuse against nurses working with risk stratification: characteristics, related factors, and consequences. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, e20190882, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0882>.
- CHARATI, F. G.; ESMAEILI, R.; MOUSAVI NASAB, N.; JAFARI, H. Occupational violence and its association with the quality of working life of ICU nurses. **Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences**, v. 15, n. 4, e114080, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5812/ijpbs.114080>.
- CHEN, M.; LIAO, X.; XIE, H. Workplace violence on work engagement among Chinese nurses. **BMJ Open**, v. 15, e086006, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-086006>.
- CHEN, M.; XIE, H.; LIAO, X.; *et al.* Workplace violence and turnover intention among Chinese nurses: compassion fatigue as mediator. **BMC Public Health**, v. 24, p. 2437, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19964-y>.
- CHOWDHURY, S. R.; KABIR, H.; CHOWDHURY, M. R.; HOSSAIN, A. Workplace bullying and violence on burnout among Bangladeshi registered nurses: a survey

following a year of the COVID-19 pandemic. **International Journal of Public Health**, v. 67, p. 1604769, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1604769>.

CHOWDHURY, S. R.; KABIR, H.; MAZUMDER, S.; AKTER, N.; CHOWDHURY, M. R.; HOSSAIN, A. Workplace violence, bullying, burnout, job satisfaction and their correlation with depression among Bangladeshi nurses: a cross-sectional survey during the COVID-19 pandemic. **PLoS One**, v. 17, n. 9, e0274965, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274965>.

DA SILVA JUNIOR, R. F.; CARDOSO SILVA, J. K.; GONÇALVES PEREIRA, C.; *et al.* Estratégias adotadas pelos profissionais de enfermagem a partir da violência sofrida. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 14, 2024. Disponível em: <http://periodicos.ufsj.edu.br/recom/article/view/5058>. Acesso em: 13 nov. 2025.

ELSEVIER. Mendeley Reference Manager: user guide and documentation. Amsterdam: Elsevier, 2023. Disponível em: <https://www.mendeley.com/guides>. Acesso em: 13 nov. 2025.

FRIGANOVIĆ, A.; SLIJEPCJEVIĆ, J.; REŽIĆ, S.; *et al.* Critical care nurses' perceptions of abuse and its impact on healthy work environments in five European countries. **International Journal of Public Health**, v. 69, p. 1607026, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1607026>.

GALVÃO, F.; GIULIANI, C. D. Violência no trabalho e suas relações com o sofrimento mental de profissionais de enfermagem. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 8, p. 1199–1219, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v9i8.10566>.

GHAED, L.; SADEGHI, A.; TAPAK, L.; *et al.* Relationship between workplace bullying, burnout and organizational cynicism in Iranian nurses. **International Journal of Bullying Prevention**, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s42380-025-00300-w>.

GILLESPIE, G. L.; BERRY, P. Qualitative analysis of workplace assault outcomes from the perspectives of emergency nurses. **Journal of Emergency Nursing**, v. 49, n. 3, p. 450–460, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2022.09.015>.

HU, Y.; ZHANG, S.; ZHAI, J.; WANG, D.; GAN, X.; WANG, F.; *et al.* Relationship between workplace violence, job satisfaction, and burnout. **Preventive Medicine Reports**, v. 40, p. 102667, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2024.102667>.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector: the training manual. Geneva: ILO, 2005. Disponível em: https://www.ilo.org/safework/info/instr/WCMS_108542/lang--en/index.htm. Acesso em: 19 nov. 2023.

JAKOBSSON, J.; ÖRMON, K.; AXELSSON, M.; *et al.* Exploring workplace violence on surgical wards in Sweden: a cross-sectional study. **BMC Nursing**, v. 22, p. 106, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01275-z>.

JOÃO, A. L.; VICENTE, C.; PORTELADA, A. Impacto e prevalência do assédio no trabalho no contexto de enfermagem em Portugal. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 6, n. 2, p. 1–8, 2023. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/referencia/article/view/30952>. Acesso em: 13 nov. 2025.

KAFLE, S.; CUNNINGHAM-CAHILL, K.; *et al.* Workplace violence and nurses: a narrative review. **International Journal of Nursing Studies**, v. 123, p. 104154, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104154>.

KIBUNJA, B. K.; MUSEMBI, H. M.; KIMANI, R. W.; GATIMU, S. M. Prevalence and effect of workplace violence against emergency nurses at a tertiary hospital in Kenya: a cross-sectional study. **Safety and Health at Work**, v. 12, n. 2, p. 249–254, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2021.01.005>.

MAGNUSSON HANSON, L. L.; *et al.* Association of workplace violence and bullying with later suicide risk: a multicohort study and meta-analysis of published data. **The Lancet Public Health**, v. 8, n. 7, p. e494–e503, 2023. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00096-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00096-8).

MARZIALE, M. H. Instrumento para recolección de datos revisión integrativa. 2015. Disponível em: http://gruposdepesquisa.eerp.usp.br/sites/redenso/wp-content/uploads/sites/9/2019/09/Instrumento_revisao_litetarura_RedENSO_2015.pdf. Acesso em: 10 nov. 2025.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. 3. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, 2015. p. 3–24.

MORRA, S.; FAWAZ, M.; RAYAN, A.; MALAK, M. Z.; ABDALRAHIM, A.; AL-AMER, R.; *et al.* Psychological reactions of Lebanese nurses to workplace violence in critical care units. **SAGE Open Nursing**, v. 9, p. 1–12, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/23779608231177800>.

MROOCZWOWSKA, R.; PIEJKO, W.; SERZYSKO, B. Aggressive behavior in the workplace—experiences of young nurses. **Medycyna Pracy**, v. 76, n. 2, p. 87–99, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.13075/mp.5893.01538>.

O'BRIEN, C. J.; VAN ZUNDERT, A. A. J.; BARACH, P. R. The growing burden of workplace violence against healthcare workers: trends in prevalence, risk factors, consequences, and prevention – a narrative review. **EClinicalMedicine**, v. 72, p. 102641, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102641>.

PACHECO, E.; BARTOLO, A.; PEREIRA, A.; DUARTE, J.; SILVA, C. The role of fear in the relationship between vicarious violence at work and work ability in nurses: a cross-sectional study. **Nursing and Health Sciences**, v. 24, p. 625–633, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nhs.12904>.

PAGE, M. J.; *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, v. 372, p. 1–9, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>.

RUIZ-GONZÁLEZ, K. J.; PACHECO-PÉREZ, L. A.; GUEVARA-VALTIER, M. C.; GUTIÉRREZ-VALVERDE, J. M. Violencia laboral entre el personal de enfermería y su relación con la calidad del cuidado en hospitales públicos. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 37, n. 4, 2021. Disponível em: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3899>. Acesso em: 13 nov. 2025.

SANTOS, J.; MEIRA, K. C.; COELHO, J. C.; DANTAS, E. S. O.; OLIVEIRA, L. V. E.; OLIVEIRA, J. S. A.; *et al.* Violências relacionadas ao trabalho e variáveis associadas em profissionais de enfermagem que atuam em oncologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 12, p. 5955–5966, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212612.14942021>.

SÉ, A. C. S.; MACHADO, W. C. A.; GONÇALVES, R. C. S.; FIGUEIREDO, N. M. A. Violência no trabalho na perspectiva dos enfermeiros do atendimento pré-hospitalar móvel. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, e33046, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333046>.

SPENCER, C.; SITARZ, J.; FOUSE, J.; DESANTO, K. Nurses' rationale for underreporting of patient and visitor perpetrated workplace violence: a systematic review. **BMC Nursing**, v. 22, n. 1, art. 134, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01226-8>.

TSUKAMOTO, S. A. S.; GALDINO, M. J. Q.; BARRETO, M. F. C.; MARTINS, J. T. Burnout syndrome and workplace violence among nursing staff: a cross-sectional study. **São Paulo Medical Journal**, v. 140, n. 1, p. 101–107, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2021.0068.R1.31052021>.

UZEDA, A. L.; GOULART, M. C. L.; BRUN, L. C. O.; GÓES, F. G. B.; MARTINS, S. R.; OLIVEIRA, Y. C. P.; *et al.* Vivências e consequências do assédio moral no trabalho entre profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 33, e20240155, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2024-0155pt>.

VIDAL-ALVES, M. J.; PINA, D.; RUIZ-HERNÁNDEZ, J. A.; PUENTE-LÓPEZ, E.; PANIAGUA, D.; MARTÍNEZ-JARRETA, B. (Un)Broken: lateral violence among hospital nurses, user violence, burnout and general health. **Frontiers in Medicine**, v. 9, p. 1045574, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.1045574>.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546–553, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>.

WOLF, L.; PERHATS, C.; DELAO, A.; BRIM, C. B.; GENTRY, J. C.; LEAVER, S. L.; *et al.* Violence and its impact on the emergency nurse. **Journal of Emergency**

Nursing, v. 46, n. 3, p. 354–360, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.01.005>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. Violence and harassment in the health sector: 2022 global evidence review. Geneva: WHO/ILO, 2022.

YAO, X.; SHAO, J.; WANG, L.; ZHANG, J.; ZHANG, C.; LIN, Y. Does workplace violence, empathy, and communication influence occupational stress among mental health nurses? **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 30, n. 1, p. 177–188, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/inm.12770>.

YILDIZ, İ.; TOK YILDIZ, F. Pediatric emergency nurses' workplace violence experiences: a qualitative study. **International Emergency Nursing**, v. 62, p. 101160, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2022.101160>.

ZHANG, H.; ZHOU, J.; ZHONG, L.; ZHU, L.; CHEN, X. Relationship between workplace violence and occupational health in emergency nurses. **Nursing in Critical Care**, v. 30, n. 2, p. e70008, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nicc.70008>.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo está estruturado de maneira a descrever o delineamento do estudo, o cenário de realização, os critérios de seleção dos participantes, os instrumentos e procedimentos de coleta e análise de dados, além dos aspectos éticos envolvidos na investigação sobre a violência no ambiente hospitalar.

Na área da saúde, a integração complementar entre abordagens quantitativas e qualitativas representa um avanço significativo na compreensão da relação entre saúde e doença. Juntos, esses métodos contribuem para uma compreensão mais abrangente e aprofundada da realidade (Minayo, 2010). Portanto, o presente estudo analisou a violência laboral no âmbito da enfermagem hospitalar em uma instituição hospitalar, conforme delineamento metodológico descrito a seguir.

3.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo foi ancorado em um método misto, com estratégia explanatória sequencial, cujo delineamento quantitativo teve natureza transversal. Os delineamentos transversais foram empregados para investigar fenômenos em um ponto específico no tempo, permitindo descrever o estado ou a relação entre variáveis em determinado período, o que os tornou relevantes para identificar, analisar e compreender diferentes aspectos relacionados à violência e seus impactos (Polit; Beck, 2019).

Na investigação transversal, buscou-se verificar a prevalência ou a frequência de determinadas características em um grupo de indivíduos, descrevendo a realidade de um período delimitado (Polit; Beck, 2019).

A partir dos resultados obtidos na fase quantitativa transversal, procedeu-se à etapa qualitativa, de caráter explanatório, com o intuito de aprofundar a compreensão dos achados e elucidar os significados e experiências subjacentes aos fenômenos observados. Essa integração sequencial entre os métodos permitiu combinar amplitude e profundidade analítica, articulando mensurações objetivas e interpretações subjetivas, o que fortaleceu a validade interna, a aplicabilidade dos resultados e a coerência do delineamento adotado.

Quanto à abordagem do problema, a pesquisa classificou-se como de métodos mistos, com estratégia sequencial explanatória (quan→QUAL). O termo *quan* refere-se à etapa quantitativa, enquanto *QUAL* corresponde à etapa qualitativa. Embora o delineamento explanatório tradicional atribua maior peso à fase quantitativa, neste estudo optou-se pela centralidade interpretativa da etapa qualitativa, em razão da complexidade do fenômeno investigado. A violência laboral na enfermagem hospitalar, especialmente em suas expressões institucionais, simbólicas e banalizadas, envolve dimensões subjetivas, relacionais, éticas e organizacionais que não são plenamente capturáveis por medidas quantitativas de prevalência e associação. Assim, a etapa quantitativa cumpriu a função de dimensionar a magnitude do fenômeno, identificar padrões e associações, enquanto a etapa qualitativa aprofundou os significados, experiências, desafios e estratégias de prevenção e enfrentamento, sendo coerente com a literatura de métodos mistos (Tashakkori; Teddlie, 2003; Creswell; Plano Clark, 2013).

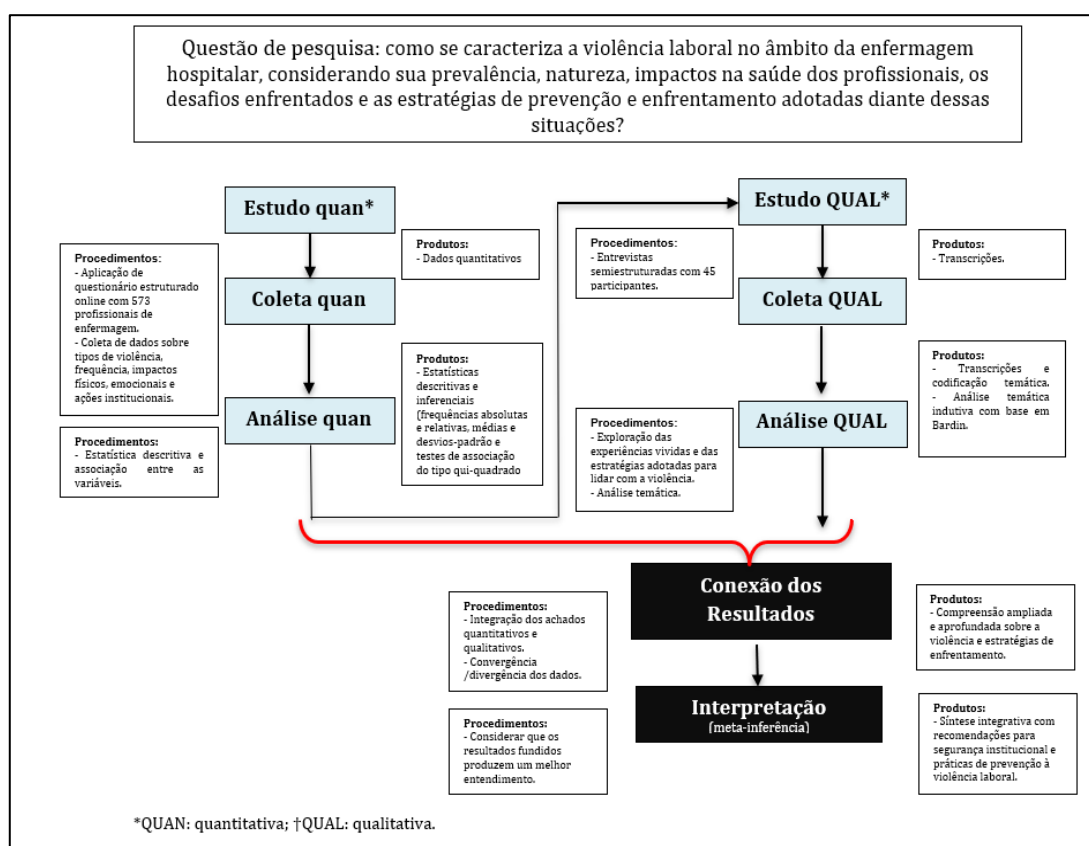
Do ponto de vista epistemológico, a presente investigação fundamenta-se em uma perspectiva interpretativa crítica, que compreende a violência laboral não como um evento isolado ou exclusivamente individual, mas como um fenômeno estrutural, relacional e organizacional, historicamente produzido e sustentado por dinâmicas institucionais, relações de poder e processos de banalização. Essa orientação paradigmática reconhece que os dados quantitativos permitem dimensionar a magnitude, a frequência e as associações do fenômeno, enquanto os dados qualitativos são essenciais para interpretar sentidos, significados, contradições e formas de naturalização da violência no cotidiano do trabalho em enfermagem. Tal perspectiva sustenta a centralidade da etapa qualitativa no delineamento explanatório sequencial adotado e orienta a produção de meta-inferências críticas sobre os impactos da violência, os mecanismos institucionais de silenciamento e as possibilidades de enfrentamento coletivo (Minayo, 2010; Creswell; Plano Clark, 2013).

Os métodos mistos caracterizam-se pelo processo de coleta, análise e integração de dados quantitativos e qualitativos em uma única investigação, com o objetivo de ampliar e aprofundar a compreensão do fenômeno estudado (Tashakkori; Teddlie, 2003; Creswell, 2012).

O planejamento metodológico da pesquisa foi representado na Figura 2, que ilustra o encadeamento entre as fases quantitativa e qualitativa do estudo. A estratégia

sequencial explanatória caracterizou-se pela coleta e análise preliminar dos dados quantitativos (quan), seguidas pela coleta e análise dos dados qualitativos (QUAL). Os resultados obtidos na etapa quantitativa subsidiaram diretamente o planejamento da fase qualitativa, orientando a definição dos critérios de seleção dos participantes, a elaboração do roteiro de entrevistas e a focalização dos fenômenos a serem aprofundados. Esse delineamento permitiu que as decisões metodológicas fossem tomadas de forma progressiva, com base nos achados iniciais, favorecendo a formulação de hipóteses explicativas e a ampliação interpretativa dos resultados. Dessa forma, alcançou-se uma compreensão mais abrangente e aprofundada dos fenômenos investigados, por meio da integração efetiva de perspectivas quantitativas e qualitativas, conforme preconizado na literatura de métodos mistos (Tashakkori; Teddlie, 2003; Creswell; Plano Clark, 2013).

Figura 2 – Diagrama representativo do desenho do estudo explanatório sequencial (quan → QUAL). Florianópolis (SC), 2023



Fonte: Adaptado de Reichert *et al.*, 2022

Na área da enfermagem, a utilização de métodos mistos tem se mostrado de grande valor para alcançar uma compreensão mais ampla e aprofundada de

fenômenos complexos e profundamente arraigados. A combinação das abordagens quantitativa e qualitativa tem produzido resultados com níveis mais elevados de entendimento, especialmente quando relacionados diretamente ao cuidado humano, à gestão, ao ensino e à própria pesquisa. Essa abordagem híbrida possibilita uma análise mais abrangente dos temas de estudo e contribui significativamente para o avanço da prática e do conhecimento em enfermagem (Oliveira *et al.*, 2019).

Nesse sentido, para o cumprimento dos objetivos propostos, na etapa quantitativa foram investigadas a ocorrência e as diferentes formas de violência laboral vivenciadas pelos profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar, bem como sua frequência e características, por meio da elaboração e aplicação de um instrumento de coleta semiestruturado. A etapa qualitativa buscou identificar os impactos da violência e as estratégias de enfrentamento mais assertivas, com vistas à redução de danos e à promoção da segurança e da saúde profissional. Além disso, por meio de entrevistas estruturadas, com perguntas abertas, buscou-se responder à questão de pesquisa, identificando os impactos da violência no trabalho e discutindo estratégias de proteção para a equipe de enfermagem.

Além da aplicação prática do método misto explanatório sequencial (quan → QUAL) nesta investigação, elaborou-se um artigo de reflexão teórica que discute criticamente as potencialidades e os desafios da utilização dos métodos mistos em pesquisas voltadas a temas sensíveis, como a violência no ambiente hospitalar.

Essa produção, intitulada “Métodos mistos na pesquisa de temas sensíveis: uma reflexão teórica sobre a investigação da violência no trabalho”, é apresentada integralmente no capítulo dos resultados como manuscrito 7, compondo o conjunto de produções científicas derivadas desta tese. O artigo constitui-se em um subsídio teórico e metodológico complementar aos resultados do estudo, aprofundando a discussão sobre a aplicabilidade dos métodos mistos em contextos de investigação complexos, especialmente aqueles relacionados à violência no ambiente de trabalho na enfermagem.

3.2 LOCAL DO ESTUDO E POPULAÇÃO

O estudo foi realizado em uma instituição hospitalar universitária, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), localizado na capital do estado do Rio Grande do Sul. O HCPA é um hospital geral, público e universitário, de atenção múltipla e voltado

à educação, à pesquisa e à assistência à saúde, acreditado pela *Joint Commission International* (JCI). A instituição integra a rede de hospitais universitários do Ministério da Educação (MEC) e é vinculada academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

O hospital caracteriza-se pelo cuidado humanizado e pelo atendimento integral aos pacientes, com forte compromisso social, evidenciado por ações voltadas à disseminação do conhecimento em saúde, à promoção da cidadania e à preservação ambiental (HCPA, 2025).

Atualmente, o HCPA conta com 865 leitos, distribuídos entre unidades adultas, pediátricas e neonatais, abrangendo 64 especialidades médicas. A instituição presta atendimento majoritariamente a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), embora também ofereça assistência a convênios privados e particulares. O hospital dispõe de um quadro funcional composto por mais de 7 mil profissionais, incluindo corpo docente, técnicos, residentes, estagiários e alunos de graduação e pós-graduação, o que o consolida como um dos principais centros de referência em ensino, pesquisa e assistência hospitalar do país (HCPA, 2025).

As unidades selecionadas para o estudo compreenderam setores de pacientes adultos e pediátricos, clínicos e cirúrgicos, além das unidades de emergência e terapia intensiva adulto e pediátrica.

A população do estudo foi composta pela equipe de enfermagem, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, atuante nas referidas unidades hospitalares. A coleta de dados ocorreu em duas etapas sequenciais, detalhadas em conjunto com os procedimentos de seleção e amostragem dos participantes.

3.3 PRIMEIRA ETAPA DO ESTUDO

Na primeira etapa, foi realizada uma pesquisa de abordagem quantitativa, com delineamento transversal (Polit; Beck, 2019), cuja variável principal foi a violência no ambiente hospitalar (presença ou ausência). Essa etapa teve como objetivo mensurar os tipos de violência sofridos pelos profissionais de enfermagem, a frequência com que ocorreram, os grupos com maior prevalência de exposição, bem como o perfil dos agressores e das vítimas.

Além disso, foram investigados aspectos relacionados ao adoecimento e afastamento do trabalho decorrentes das ocorrências de violência, bem como variáveis sociodemográficas e ocupacionais, como gênero, idade, tempo de serviço, categoria profissional, setor e turno de trabalho, entre outras associadas à incidência dos casos de violência.

3.3.1 Amostra

Em pesquisas quantitativas, as amostras de uma população acessível foram utilizadas com a expectativa de se generalizar os resultados para a população-alvo, que corresponde a toda a população de interesse. A população acessível foi composta por casos da população-alvo disponíveis como participantes do estudo (Polit; Beck, 2019). Considerando os critérios adotados em pesquisas quantitativas, a seleção dos participantes ocorreu por amostragem não probabilística do tipo intencional, contemplando profissionais de enfermagem que atendiam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Na amostragem não probabilística, o pesquisador seleciona os participantes por métodos não randômicos, não sendo possível estimar a probabilidade de inclusão de cada elemento. A amostragem em sequência envolveu recrutar todas as pessoas da população que atenderam aos critérios de elegibilidade até atingir o tamanho da amostra determinado (Polit; Beck, 2019).

A amostra do estudo foi composta por 503 participantes, definida segundo cálculo amostral não probabilístico sobre a população de 2.518 trabalhadores da equipe de enfermagem do HCPA, considerando um nível de confiança de 95% e estimativa de erro de 5%. Para constituir esta amostra, foi realizado convite individual, via e-mail, aos trabalhadores para participarem do estudo, conforme as categorias profissionais mencionadas no Quadro 3.

Quadro 3 - Proporções das categorias profissionais de enfermagem na amostra da primeira etapa do estudo. Florianópolis (SC), 2023

Profissionais do Hospital	População HCPA	Amostra HCPA
Técnicos/auxiliares de enfermagem*	1.857	371
Enfermeiros	661	132
Total	2.518	503

* Auxiliares e técnicos de enfermagem foram agrupados conjuntamente por desempenham suas funções sem diferenciação de tarefas nas respectivas unidades onde será realizado o estudo.

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Os participantes do estudo na primeira etapa foram trabalhadores da enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) que aceitaram participar da pesquisa mediante convite enviado aos seguintes serviços de enfermagem (população): Serviço de Enfermagem em Terapia Intensiva (SETI) – Centro de Tratamento Intensivo Adulto; Serviço de Enfermagem Clínica (SECLIN) – Unidades de Internação 4º Sul, 5º Norte, 6º Sul, 6º Norte e 7º Norte; Serviço de Enfermagem em Emergência (SEE) – Emergência Adulta; Serviço de Enfermagem Cirúrgica (SEC) – Unidades de Internação 3º Norte, 3º Sul, 7º Sul, 8º Norte, 8º Sul, 9º Norte, 9º Sul e Núcleo de Cuidados Paliativos; Serviço de Enfermagem Cardiovascular, Nefrologia e Imagem (SENCI) – áreas de Cardiologia (Hemodinâmica, Unidade de Cuidados Coronarianos e Unidade de Métodos Não Invasivos), Nefrologia (Hemodiálise) e Imagem (Radiologia); Serviço de Enfermagem em Neonatologia (SENEO) – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Serviço de Enfermagem Pediátrica (SEPED) – Unidade de Emergência Pediátrica, Unidades de Internação Pediátrica 10º Norte e 10º Sul, Unidade de Oncologia Pediátrica e Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica; Serviço de Enfermagem Psiquiátrica (SEP) – Unidade de Internação Psiquiátrica; Serviço de Enfermagem Materno-Infantil (SEMI) – Centro Obstétrico e Internação Obstétrica; e Serviço de Enfermagem em Centro Cirúrgico (SECC) – Unidade de Bloco Cirúrgico (UBC), Unidade de Recuperação Pós-Anestésica (URPA), Centro Cirúrgico Ambulatorial (CCA) e Centro de Material e Esterilização (CME).

Os professores de enfermagem chefes dos referidos serviços de enfermagem, onde a pesquisa foi realizada, aprovaram sua execução nas respectivas áreas por meio da aprovação via módulo de pesquisa da comunidade AGHuse.

Como critérios de inclusão, foram considerados os trabalhadores que ocupavam cargos com contrato por tempo indeterminado, apresentavam período mínimo de um ano de exercício no hospital, estavam em atividade durante a coleta de dados e concordaram em participar da pesquisa. Esse período mínimo de trabalho foi estabelecido por se considerar que um ano é o tempo necessário para que os profissionais se familiarizem com o ambiente hospitalar, a cultura organizacional e as políticas institucionais.

Quanto aos critérios de exclusão, foram definidos: estar atuando no hospital há menos de um ano, estar afastado de suas funções no período da coleta por motivos de férias ou licenças e, por fim, recusar-se a participar da pesquisa.

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), e a coleta de dados foi realizada somente após o aceite formal de participação.

3.3.2 Técnicas e Instrumentos para Coleta dos Dados

Para o levantamento dos dados da primeira etapa da pesquisa, foi utilizado um formulário eletrônico para coleta quantitativa (Apêndice C), desenvolvido pelo pesquisador com base nos aspectos a serem investigados e fundamentado na literatura científica analisada na revisão integrativa, de modo a contemplar as principais dimensões da violência laboral em enfermagem. O instrumento foi composto por questões relativas às características sociodemográficas e laborais, à ocorrência e à natureza das diferentes formas de violência laboral, incluindo violência física, psicológica, agressão verbal, intimidação/assédio moral, assédio sexual e discriminação racial, bem como por fatores associados à vivência da violência, tais como intenção de desligamento, percepção de hostilidade no ambiente de trabalho e indicadores institucionais de prevenção e enfrentamento, além de questões referentes às consequências da violência na saúde e no trabalho dos profissionais de enfermagem.

A construção do questionário ocorreu de forma sistemática, sendo elaborada pelo pesquisador a partir do alinhamento entre os objetivos do estudo, os eixos analíticos definidos previamente e os achados da literatura científica nacional e internacional examinada na revisão integrativa. Os itens do instrumento foram formulados de modo a assegurar coerência teórico-conceitual com os constructos investigados, buscando contemplar a prevalência, a natureza, os fatores associados e os impactos da violência laboral na enfermagem hospitalar.

A validade de conteúdo do instrumento foi assegurada por meio da correspondência entre os itens do questionário e os conceitos centrais do fenômeno investigado, conforme recomendações metodológicas para pesquisas quantitativas em saúde. As questões foram redigidas de forma clara e objetiva, compatível com a experiência laboral dos participantes, com o intuito de minimizar ambiguidades interpretativas e favorecer a fidedignidade das respostas.

Assim, o instrumento de coleta de dados da primeira etapa do estudo foi constituído por um formulário eletrônico sobre violência, totalizando 38 perguntas. O tempo médio estimado para o preenchimento do instrumento foi de aproximadamente 20 minutos. A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto e setembro de 2024, por meio de um formulário eletrônico online (*Google Forms*®).

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, foi encaminhada à Diretoria de Pesquisa uma carta-convite (Apêndice D) apresentando os objetivos da pesquisa e o *link* de acesso ao TCLE, seguido do formulário eletrônico da primeira etapa do estudo. A partir disso, a Diretoria de Pesquisa enviou um *e-mail* aos profissionais dos serviços de enfermagem do hospital que haviam aprovado a realização da pesquisa em suas respectivas áreas.

A coleta de dados foi conduzida pelo pesquisador responsável, que possui experiência na área de pesquisa em saúde. As primeiras dez coletas foram realizadas como teste piloto, com o objetivo de avaliar aspectos técnico-operacionais da pesquisa. O teste piloto permitiu verificar a compreensão dos itens, o tempo de preenchimento e a adequação do formulário eletrônico, não sendo identificada a necessidade de ajustes estruturais no instrumento, o que indicou consistência do conteúdo e viabilidade de aplicação junto à população estudada.

3.3.3 Análise dos Dados Quantitativos

Os dados coletados foram codificados e posteriormente tabulados pelo próprio pesquisador, com o auxílio de uma planilha no Google Drive. A análise empregou técnicas estatísticas com assessoria de um profissional especializado e utilizou o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 29.0.

Para a interpretação dos resultados, as variáveis categóricas (qualitativas) foram descritas por meio de frequências absolutas e proporções, enquanto as variáveis de natureza quantitativa (contínuas e escalares) foram apresentadas por meio de medidas de tendência central e de dispersão: média, desvio padrão, mediana e intervalos interquartílicos (IIQ).

Além da análise descritiva, foram realizadas análises inferenciais com o objetivo de verificar associações entre a exposição à violência laboral e variáveis relacionadas à saúde, ao sofrimento emocional, às condições de trabalho e à intenção de desligamento. Para a análise de associação entre variáveis categóricas, foram utilizados o teste do qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher, conforme a adequação às distribuições observadas.

Quando pertinente, foram estimadas medidas de associação, como razões de prevalência ou odds ratio, acompanhadas de intervalos de confiança de 95%, a fim de mensurar a magnitude das associações entre as diferentes formas de violência laboral e os desfechos investigados. Adotou-se nível de significância estatística de 5% ($p < 0,05$) para todas as análises.

3.4 SEGUNDA ETAPA DO ESTUDO

Nesta segunda etapa, foi realizada a busca das informações relacionadas às vivências dos trabalhadores acerca da violência no ambiente hospitalar a partir de uma abordagem qualitativa. A escolha foi motivada pela necessidade de aprofundar a investigação sobre o fenômeno, visando revelar questões subjetivas que frequentemente permanecem obscurecidas no contexto do trabalho na área da saúde.

A etapa qualitativa da pesquisa compreendeu no aprofundamento da primeira etapa, buscando através dos profissionais que sofreram a violência: a) identificar as situações de violência vivenciadas pela equipe, b) identificar as estratégias para a segurança dos profissionais de enfermagem diante das situações de violência, c)

identificar os impactos da violência no trabalho para a enfermagem e d) identificar processos de adoecimento em decorrência da exposição à violência ou ainda situações que necessitaram afastamento do trabalho por motivo de doença relacionados a violência.

A pesquisa qualitativa se preocupa com uma parte da realidade que não pode ser quantificada, não vê na subjetividade obstáculo à construção de conhecimentos científicos; antes, nesse tipo de abordagem, considera-se a subjetividade parte integrante da singularidade do fenômeno social (Minayo, 2000).

3.4.1 Participantes

Para participar desta etapa, foram escolhidos profissionais que apresentaram respostas positivas para a violência na primeira fase do estudo, ou seja, aqueles que relataram ter sofrido algum episódio de violência, sendo este o primeiro critério de seleção, e, como segundo critério, aqueles que se dispuseram a falar sobre a temática.

Com base nessas considerações, foram selecionados, de forma intencional, os casos ou tipos de casos que poderiam contribuir de maneira mais significativa para as necessidades de informação do estudo (Polit; Beck, 2019). Nesse caso, participaram trabalhadores de enfermagem da instituição hospitalar que foram vítimas de violência e que demonstraram disponibilidade para compartilhar suas experiências e emoções relacionadas a esses incidentes.

A escolha intencional ocorreu quando o pesquisador utilizou seu conhecimento sobre a população para selecionar membros da amostra, considerando, por exemplo, o fato de serem indivíduos com determinadas características ou que tivessem vivenciado situações relacionadas ao fenômeno em estudo. Essa modalidade de amostragem possibilitou o acúmulo de impressões e contribuições de pessoas com experiências relevantes, permitindo a avaliação e a realização de ajustes necessários ao material investigado (Polit; Beck, 2019).

O número de participantes entrevistados foi definido pelo critério de saturação das informações, ou seja, pelo alcance da compreensão da lógica interna do grupo ou coletividade em estudo, o que ocorreu à medida que se atingiu o entendimento da homogeneidade, da diversidade e da intensidade das informações necessárias

(Minayo, 2010). Na abordagem qualitativa, não há regra fixa para o tamanho da amostra (Polit; Beck, 2019); este é determinado conforme a necessidade de informações, sendo que a saturação dos dados enfatiza menos a quantidade de interlocutores e mais a profundidade das questões e a amplitude das perspectivas dos principais envolvidos no tema (Minayo, 2010).

3.4.2 Técnica e Instrumento para Coleta dos Dados

Após a aplicação do TCLE (Apêndice E), foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas com 18 questões (Apêndice F e G). Os questionamentos dessa etapa tiveram como objetivo revelar as implicações subjetivas da violência no ambiente hospitalar, no que se refere à identificação das situações de violência, às estratégias de segurança adotadas pelos profissionais diante desses episódios, aos impactos causados pela violência, bem como ao adoecimento ou afastamento do trabalho por motivo de doença relacionada à violência.

Os participantes foram entrevistados no Centro de Pesquisa Clínica (CPC), o qual dispunha de sala adequada para a realização das entrevistas e aplicação dos questionários, ou, caso fosse necessário, em formato online, por meio da plataforma *Google Meet*. As entrevistas tiveram duração média de 45 minutos e ocorreram entre os meses de fevereiro a maio de 2025, em datas previamente agendadas conforme a disponibilidade dos trabalhadores.

As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas, o que permitiu o aproveitamento integral das informações e dos sentidos atribuídos ao fenômeno da violência no ambiente hospitalar e às suas repercussões para os profissionais de enfermagem.

3.4.3 Análise dos Dados Qualitativos

A análise dos dados da etapa qualitativa contemplou a discussão do tema da violência laboral a partir das narrativas dos profissionais de enfermagem. As entrevistas foram transcritas na íntegra e analisadas com base na análise de conteúdo proposta por Bardin (2016), a qual consiste na identificação de unidades de sentido

presentes nas falas dos participantes, cuja frequência ou relevância evidencia aspectos significativos relacionados ao objeto de estudo.

Segundo Bardin (2016), a análise de conteúdo permite organizar e sistematizar os dados de modo a identificar categorias, subcategorias e temas, possibilitando a interpretação dos significados e das relações presentes no discurso. Nesse sentido, as informações obtidas nas entrevistas, após transcrição e organização, foram inicialmente operacionalizadas no software ATLAS.ti® versão 25.0.1 para a codificação e categorização dos dados, sendo posteriormente submetidas à análise lexical com apoio do software Interface de R *pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ), com o objetivo de ampliar a compreensão dos núcleos de sentido que compõem a comunicação e identificar padrões discursivos relacionados a valores de referência, atitudes e comportamentos dos profissionais de enfermagem diante da violência no ambiente hospitalar.

De acordo com Bardin (2016), a análise de conteúdo envolve três etapas principais:

- a) pré-análise – consistiu na leitura flutuante dos textos, seleção do material relevante e definição dos objetivos da pesquisa;
- b) exploração do material – correspondeu à codificação e categorização das unidades de registro, permitindo organizar o conteúdo das falas em categorias e subcategorias significativas;
- c) tratamento dos resultados obtidos e interpretação – envolveu a síntese e sistematização das informações, possibilitando a identificação de padrões, regularidades e interpretações consistentes com os objetivos da pesquisa.

As etapas de coleta e análise ocorreram de forma sequencial e inter-relacionada, de modo que o início da segunda fase coincidiu com a conclusão da primeira. O levantamento prévio acerca da violência no ambiente hospitalar forneceu subsídios importantes para a condução das entrevistas, permitindo uma abordagem mais direcionada e aprofundada das questões investigadas, bem como a construção do corpus textual posteriormente analisado no IRAMUTEQ.

3.4.4 Integração dos dados quantitativos e qualitativos: conexão sequencial dos métodos

Após a conclusão das análises quantitativa e qualitativa, procedeu-se à etapa de integração dos dados, característica central do delineamento de métodos mistos com estratégia explanatória sequencial. A integração ocorreu por meio da conexão dos resultados, combinando os achados quantitativos, referentes à prevalência, natureza e associações entre violência laboral e impactos na saúde, com os achados qualitativos, que aprofundaram a compreensão dos significados, experiências, desafios e estratégias de enfrentamento relatados pelos profissionais de enfermagem. Essa decisão metodológica também orientou a estratégia de integração adotada, na qual os achados qualitativos foram utilizados para explicar, contextualizar e expandir os resultados quantitativos, especialmente no que se refere à banalização da violência, aos contextos organizacionais e às repercussões subjetivas do fenômeno. Essa conexão foi realizada de forma convergente e interpretativa, por meio da triangulação dos resultados, permitindo identificar pontos de convergência, complementaridade e expansão entre os dados numéricos e as narrativas. Dessa forma, a integração dos métodos possibilitou uma compreensão ampliada e mais robusta da violência laboral no ambiente hospitalar, fortalecendo a interpretação dos resultados e a coerência entre os objetivos, os dados empíricos e as conclusões do estudo, conforme preconizado na literatura de métodos mistos (Creswell; Plano Clark, 2013; Tashakkori; Teddlie, 2003).

De modo a assegurar rigor metodológico, transparência e qualidade no relato do processo de integração descrito anteriormente, o delineamento e a condução desta pesquisa observaram diretrizes internacionais reconhecidas para assegurar rigor metodológico, transparência e qualidade no relato dos achados. O estudo seguiu as recomendações do *Good Reporting of a Mixed Methods Study* (GRAMMS), garantindo a integração, a coerência e a articulação entre as abordagens quantitativa e qualitativa ao longo de todas as etapas da investigação (O'Cathain; Murphy; Nicholl, 2008).

A etapa quantitativa foi conduzida e reportada conforme os critérios do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE), contemplando a descrição do delineamento, da amostra, das variáveis, dos procedimentos de coleta e das análises estatísticas realizadas (Von Elm *et al.*, 2014).

A etapa qualitativa seguiu os critérios do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), assegurando clareza na apresentação do contexto do

estudo, dos participantes, do processo de coleta de dados, da análise e da interpretação dos resultados (Tong; Sainsbury; Craig, 2007).

A adoção desses instrumentos de verificação está em consonância com as recomendações da *EQUATOR Network* e contribuiu para fortalecer a consistência metodológica, a transparência do processo investigativo e a confiabilidade dos resultados apresentados nesta tese.

3.4.5 Técnicas de integração dos dados e construção das meta-inferências

A integração dos dados quantitativos e qualitativos ocorreu de forma sistemática e intencional, constituindo elemento central do delineamento de métodos mistos com estratégia explanatória sequencial adotado nesta tese. Conforme recomendado na literatura especializada, a integração foi realizada em dois momentos complementares (Fetters; Tajima, 2022).

O primeiro momento de integração ocorreu por conexão, quando os achados da etapa quantitativa (quan) orientaram diretamente o planejamento da etapa qualitativa (QUAL), subsidiando a definição dos critérios de seleção dos participantes, a elaboração dos eixos temáticos do roteiro de entrevistas e a focalização dos fenômenos a serem aprofundados. Nesse estágio, os resultados referentes à prevalência, aos tipos de violência e às associações com impactos na saúde permitiram direcionar a investigação qualitativa para aspectos como banalização da violência, barreiras institucionais de enfrentamento, silenciamento e condições organizacionais.

O segundo momento de integração ocorreu na fase interpretativa, por meio da articulação conjunta dos resultados quantitativos e qualitativos, utilizando-se joint displays e análises comparativas que relacionaram indicadores de exposição, impactos e fatores associados (quan) às narrativas e significados atribuídos pelos profissionais de enfermagem às suas experiências de violência no ambiente hospitalar (QUAL). Essa estratégia possibilitou identificar padrões de convergência, complementaridade e discrepância entre os conjuntos de dados.

A síntese integrada dos achados fundamentou a construção das meta-inferências do estudo, permitindo compreender a violência laboral não apenas em sua magnitude e distribuição, mas como um fenômeno estrutural, institucional e

banalizado, atravessado por dinâmicas organizacionais, relações de poder e fragilidades nos mecanismos de proteção e responsabilização. Essa abordagem de integração ampliou a robustez interpretativa dos resultados e sustentou as análises apresentadas nos manuscritos de integração desta tese, especialmente os manuscritos 5 e 6, em consonância com as recomendações contemporâneas para pesquisas de métodos mistos (Fetters; Tajima, 2022).

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Para garantir os aspectos éticos da pesquisa, foram observadas e atendidas as recomendações das Resoluções nº 466/2012 (BRASIL, 2012) e nº 510/2016 (BRASIL, 2016), que regulamentam pesquisas com seres humanos no Brasil, assegurando o respeito à dignidade humana, à confidencialidade dos dados e à privacidade dos participantes, bem como às diretrizes éticas específicas para as ciências humanas e sociais, além das demais normativas e legislações vigentes e aplicáveis.

Os pesquisadores declararam conhecer e cumprir os requisitos da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018) quanto ao tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis utilizados na execução do presente projeto.

Os dados da pesquisa foram armazenados em um banco de dados no Google Drive, vinculado à conta institucional do pesquisador principal (fsdrosa@hcpa.edu.br). Esse método de armazenamento foi escolhido para garantir a segurança e a integridade dos dados, além de facilitar o acesso controlado conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Nº 13.709, de 14 de agosto de 2018). Essas medidas foram implementadas para garantir que o armazenamento e o tratamento dos dados da pesquisa estivessem em conformidade com as melhores práticas de segurança e com a legislação vigente. Somente o pesquisador principal e os membros da equipe de pesquisa (orientadora) tiveram acesso aos dados armazenados no Google Drive. O acesso foi restrito e monitorado para garantir a confidencialidade e a integridade das informações.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Diretoria de Pesquisa (DIPE) do HCPA, por meio do Serviço de Apoio à Pesquisa (SAP), e ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

(CEPSH) da UFSC. Após aprovação, foi realizado contato prévio com os participantes para a divulgação da pesquisa. Todos receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), impresso ou por formulário eletrônico. Os TCLE impressos foram disponibilizados em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o participante, esclarecendo o tema da pesquisa, o objetivo central, o cumprimento dos aspectos éticos, o direito à privacidade e a garantia de sigilo e anonimato das informações fornecidas.

Foi fornecido aos participantes esclarecimento completo sobre o propósito, a justificativa, a metodologia e os benefícios esperados do estudo, sendo informado que poderiam desistir da participação a qualquer momento, sem consequências adversas, comunicando sua decisão pessoalmente, por telefone ou por *e-mail*. Os pesquisadores comprometeram-se a conduzir a pesquisa com rigor científico, adotando princípios éticos em todas as fases, garantindo a confiança nos resultados publicados.

Como a pesquisa abordou a violência no ambiente de trabalho, foi possível que os participantes relatassem comportamentos ou situações que violassem direitos trabalhistas e humanos, o que poderia gerar receios de possíveis represálias. Por isso, foi enfatizado que a pesquisa garantia o total anonimato das informações coletadas.

Em relação aos riscos da pesquisa, os participantes não foram expostos a riscos quanto à integridade física. No entanto, reconheceram-se riscos relacionados a desconforto, constrangimento, memórias e sentimentos evocados durante as entrevistas. Os pesquisadores assumiram a responsabilidade de oferecer encaminhamento para o serviço de psicologia, garantindo suporte psicológico gratuito pelo Serviço de Atenção Psicológica (SAPSI) do Departamento de Psicologia da UFSC, mediante agendamento prévio e atendimento online.

A segurança e o bem-estar dos participantes foram considerados primordiais durante todo o processo da pesquisa, que poderia ser interrompida e retomada conforme a disponibilidade e conforto do participante. O rigor científico foi respeitado para assegurar validade, confiabilidade e o cumprimento dos preceitos éticos.

Para proteger funcionários eventualmente identificados como vítimas de violência, foram fornecidas informações claras sobre:

- O fluxo de acolhimento no HCPA, disponível em:

<https://drive.google.com/file/d/17fEnAQEiGYXO2vISlNsYliNZF8yewJ0Y/view?ts=654>

[a2206](#), o qual orienta a buscar ajuda através do Serviço Médico Ocupacional (SMO) e/ou fazer uma denúncia na Ouvidoria.

- O acesso à Ouvidoria, canal oficial de denúncias do HCPA, (<https://www.hcpa.edu.br/fale-conosco/ouvidoria/registre-suamanifestacao>) e;
- O funcionamento dos processos correicionais: https://www.hcpa.edu.br/downloads/gestao_de_riscos_e_integridade/processos_correicionais_perguntas_e_respostas_3.pdf.

Em relação a essa pesquisa, expressou-se agradecimento pelo apoio e interesse demonstrados pela Coordenadoria de Gestão de Riscos e Integridade Corporativa do HCPA. Assegurou-se que os resultados obtidos seriam prontamente entregues à equipe responsável.

Almejou-se que a pesquisa trouxesse benefícios por meio da geração de conhecimento sobre o tema para a sociedade como um todo. Ao favorecer a discussão sobre a violência no âmbito hospitalar e estimular o uso de conhecimentos nos processos relacionais e ético-morais, esperou-se promover maior reflexão sobre esses processos e ampliar a compreensão sobre o tema, suas implicações e formas de proteção.

Além da obtenção do TCLE dos participantes, esta pesquisa estabeleceu, entre outros, os seguintes compromissos: equilibrar cuidadosamente riscos e benefícios; seguir procedimentos para garantir a confidencialidade, privacidade e proteção dos participantes; demonstrar respeito pelos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos; e honrar os hábitos e costumes dos participantes; garantir o retorno dos dados e benefícios obtidos com a pesquisa para os participantes, por meio da publicação da tese na íntegra, disponibilizando uma cópia para o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e para a Biblioteca da UFSC, conforme as normas institucionais.

Para assegurar a confidencialidade, privacidade e proteção dos participantes, não foram divulgadas funções ou setores nos resultados e na discussão da tese. Para atingir esses critérios, foram adotadas as seguintes medidas:

a) Utilização de trechos das entrevistas gravadas e transcritas sem identificação dos setores ou categorias, bem como das pessoas que responderam ao roteiro de entrevista. Para garantir a confidencialidade das informações, os participantes foram identificados da seguinte forma: “Enf” seguido do número

sequencial para enfermeiros (Enf1, Enf2, Enf3...) e “TE” seguido do número sequencial para técnicos de enfermagem (TE1, TE2, TE3...).

b) O nome de indivíduos e de locais foi omitido quando mencionados nas entrevistas, sendo substituído por termos mais genéricos ou símbolos, de modo a garantir que a identidade dos participantes fosse preservada em todos os aspectos.

Reconheceu-se, entretanto, a possibilidade de quebra de sigilo das informações, mesmo que involuntária, e suas potenciais consequências para a vida pessoal e profissional dos participantes. Os dados gravados durante o estudo foram armazenados em *pendrives* e, juntamente com os TCLE, mantidos sob guarda do pesquisador responsável por, no mínimo, cinco anos, garantindo a confiabilidade do estudo (item XI.2.f da Resolução 466/12 e art. 28, inc. IV da Resolução 510/16).

Caso algum participante fosse prejudicado, o pesquisador principal comprometeu-se a reparar quaisquer danos, materiais ou imateriais, devidamente comprovados durante o processo de pesquisa, conforme a legislação vigente. Garantiu-se a indenização (itens IV.3.h e IV.4.c da Resolução 466/12; art. 9, inc. VII, art. 10 e art. 19, §2º da Resolução 510/16) caso ocorressem danos imprevistos.

Após a conclusão e aprovação da tese, o relatório final da pesquisa foi disponibilizado à DIPE do HCPA, e os resultados foram disseminados por meio da publicação de artigos em revistas científicas e apresentação em eventos acadêmicos. Esperou-se que essa contribuição resultasse em ações mais eficazes e bem fundamentadas para combater a violência no ambiente hospitalar, beneficiando a formação profissional e enriquecendo o campo da enfermagem como um todo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta os resultados e a discussão da pesquisa, organizados em conformidade com a Instrução Normativa nº 02/PEN/2021 do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, a qual estabelece diretrizes para a elaboração de teses em formato de artigos. Antes da apresentação dos manuscritos, são apresentados os relatórios analíticos derivados das etapas quantitativa e qualitativa do estudo, que compõem a base empírica e interpretativa utilizada na construção dos manuscritos da tese.

4.1 RELATÓRIOS ANALÍTICOS DA PESQUISA

4.1.1 Relatório 1 — Resultados da Etapa Quantitativa e Análise das Questões Contidas no Formulário

O primeiro relatório, correspondente à etapa quantitativa, apresenta a síntese dos achados obtidos junto aos 573 profissionais de enfermagem participantes. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial, incluindo distribuição sociodemográfica e ocupacional, prevalência dos diferentes tipos de violência, características dos agressores, fatores associados (como intenção de desligamento, percepção de hostilidade e indicadores institucionais) e consequências da violência.

Além da análise estruturada das variáveis quantitativas, esta etapa incluiu também o tratamento qualitativo das perguntas abertas presentes no formulário eletrônico, conforme descrito no relatório técnico. As respostas discursivas foram examinadas por meio de codificação temática indutiva análise lexicográfica de similitude com apoio do software IRaMuTeQ, permitindo identificar campos semânticos relacionados aos impactos emocionais, físicos, profissionais e morais da violência. Este relatório integrado (quanti + análise aberta) fundamenta especialmente os manuscritos 2, 3, 5 e 6, oferecendo um panorama sólido da magnitude da violência, dos fatores associados e de seus impactos.

4.1.2 Resultados da etapa quantitativa e análise das questões abertas

Os dados desta pesquisa foram de natureza quantitativa e qualitativa. Os dados quantitativos da pesquisa foram organizados e analisados com o auxílio do software IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, versão 26.0), sendo calculadas estatísticas descritivas e inferenciais. As estatísticas descritivas (frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão) foram calculadas com o objetivo de descrever os atributos dos participantes. Essas informações foram organizadas em tabelas e gráficos com base na frequência de respostas válidas, desconsiderando casos omissos (*missing*). Relativo às estatísticas inferenciais, para examinar a relação entre a vivência de violência no ambiente de trabalho (variável

dicotômica: sim/não) e características individuais e institucionais, foram realizados testes de associação do tipo qui-quadrado de Pearson (χ^2), utilizando como critério de significância estatística valores de $p < 0,05$. Ademais, foram realizadas análises *post hoc* por meio da comparação de proporções com correção de Bonferroni, a fim de localizar os pares de categorias com diferenças significativas.

Os dados qualitativos provenientes de questões abertas foram analisados separadamente por meio duas abordagens, nomeadamente a análise temática com codificação indutiva e a análise lexical (similitude). O processo de codificação indutiva, abordagem central em pesquisas qualitativas, se caracteriza pela identificação categorias temáticas e padrões discursivos extraídos diretamente a partir dos dados. O processo foi orientado pelas etapas propostas por Braun e Clarke (2006), a saber: (1) familiarização com os dados, (2) geração de códigos iniciais, (3) busca por temas (agrupamento dos códigos em categorias temáticas), (4) revisão dos temas, e (5) definição e nomeação dos temas. Complementarmente, foi realizada uma análise de similitude, com o auxílio do software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ; Camargo e Justo, 2013), com o objetivo de mapear graficamente as interrelações (coocorrências) entre os termos mais citados pelos participantes.

4.1.3 Análise de dados quantitativos

Inicialmente, foram calculadas estatísticas descritivas com vistas à caracterização amostral. A Tabela 2 sintetiza os atributos sociodemográficos da amostra.

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra.

Variáveis		f	%
Sexo biológico	Feminino	466	81.3%
	Masculino	107	18.7%
	Intersexo	0	0.0%
Gênero com o qual você se identifica?	Mulher	464	81.0%
	Homem	107	18.7%

	Transgênero	2	0.3%
	Travesti não-binário	0	0.0%
	Outro	0	0.0%
Orientação sexual com a qual você se identifica?	Heterossexual	540	94.2%
	Lésbica	7	1.2%
	Gay	16	2.8%
	Bissexual	9	1.6%
	Assexual	1	0.2%
	Pansexual	0	0.0%
	Outro	0	0.0%
Estado civil?	Solteiro(a)	140	24.4%
	Casado/ vive com o companheiro(a)	351	61.3%
	Separado / divorciado	70	12.2%
	Outro	12	2.1%
Cor da pele autodeclarada?	Branca	450	78.5%
	Amarela	2	0.3%
	Parda	58	10.1%
	Preta	62	10.8%
	Outro	1	0.2%
Religião?	Ateu	25	4.4%
	Agnóstico/cético	21	3.7%
	Cristã	102	17.8%
	Católico	225	39.3%
	Evangélico	33	5.8%
	Espírita	97	16.9%
	Judaísmo	0	0.0%
	Umbanda, candomblé ou outras religiões afro-brasileiras	59	10.3%
	Outra	11	1.9%
Você é portador de alguma deficiência?	Sim	29	5.1%
	Não	544	94.9%
Total		573	100%

Nota. f = frequência; % = porcentagem relativa.
Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Participaram do estudo 573 trabalhadores da área da saúde, com idades entre 22 e 71 anos ($M = 43,95$; $DP = 8,44$), provenientes de diferentes regiões do Brasil. A maioria dos participantes se autodeclarou como tendo sexo biológico feminino (81,3%) e autoidentificados como mulheres (81,0%) relativo à identidade de gênero. Não houve registros de participantes que se identificassem como travestis não-binários ou outro gênero. No que se refere à orientação sexual, a maioria se declarou heterossexual (94,2%), seguida por participantes que se identificaram como gays (2,8%), bissexuais (1,6%), lésbicas (1,2%) e assexual (0,2%). Não houve identificação com as categorias pansexual ou outro. Em relação ao estado civil, a maior parte dos dos respondentes informaram estar casados ou viver com um(a) companheiro(a) (61,3%). A respeito da cor da pele autodeclarada, a maioria dos participantes se identificaram como tendo como de pele brancas (78,5%), seguido de pessoas autodeclaradas como tendo cor de pele preta (10,8%) e pardas (10,1%). Quanto à religião, os participantes se identificaram majoritariamente como católicos(as) (39,3%), seguidos por espíritas (16,9%) e cristãos de outras denominações (17,8%). Nenhum participante se declarou judeu. Por fim, apenas 5,1% dos participantes relataram possuir alguma deficiência, enquanto 94,9% afirmaram não ter deficiência.

Acerca das características ocupacionais e institucionais da amostra (Tabela 2), a maioria dos participantes relatou que atuava como técnico(a) de enfermagem (61,8%), seguido por enfermeiros(as) (34,6%) e auxiliares de enfermagem (3,7%). As áreas de atuação mais frequentes foram o CTI adulto (28,3%), emergência adulta (14,8%) e unidades de internação clínica (11,2%) e cirúrgica (11,3%), com ampla distribuição nas demais unidades hospitalares. Quase todos os respondentes afirmaram a existência de Comissão de Ética na instituição (93,7%) e a maior parte relatou a realização de reuniões de equipe no trabalho (78,2%). No entanto, apenas 31,4% mencionaram a oferta de treinamentos sobre prevenção da violência no local de trabalho. Todos os profissionais possuíam vínculo efetivo (100%). Quanto ao turno, 35,8% trabalhavam à noite, 31,9% à tarde e 23,2% pela manhã. Entre os enfermeiros(as), 19,4% possuíam especialização, 12,4% mestrado, 3,1% doutorado e 0,3% pós-doutorado. Em média, os participantes tinham aproximadamente 19 anos

de experiência na área da enfermagem ($M = 19,32$; $DP = 8,04$) e 10 anos de atuação no Hospital de Clínicas de Porto Alegre ($M = 10,22$; $DP = 8,71$).

Tabela 3. Características ocupacionais e institucionais da amostra.

Variáveis		f	%
Função que exerce no hospital?	Enfermeiro(a)	198	34,6%
	Técnico de Enfermagem	354	61,8%
	Auxiliar de Enfermagem	21	3,7%
	Outro	0	0,0%
Área de atuação no Hospital?	Centro de Tratamento Intensivo Adulto - CTI	162	28,3%
	Emergência adulto	85	14,8%
	Unidade de Internação clínica	64	11,2%
	Unidade de Internação cirúrgica	65	11,3%
	Hemodinâmica	3	0,5%
	Unidade de Cuidados Coronarianos - UCC	0	0,0%
	Unidade de Métodos Não-invasivos	16	2,8%
	Hemodiálise	9	1,6%
	Radiologia	17	3,0%
	Unidade de Terapia Intensiva neonatal	10	1,7%
	Emergência Pediátrica	9	1,6%
	Unidades de Internação Pediátrica	30	5,2%
	Unidade de Oncologia Pediátrica	6	1,0%
	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica	22	3,8%
	Centro Obstétrico	10	1,7%
	Internação obstétrica	3	0,5%
	Bloco Cirúrgico	14	2,4%
	Unidade de Recuperação Pós Anestésica - URPA	4	0,7%

	Centro Cirúrgico Ambulatorial - CCA	3	0,5%
	Centro de Material e Esterilização - CME	8	1,4%
	Unidade de Internação Psiquiátrica	7	1,2%
	Unidade de Enfermagem de Adição	2	0,3%
	Unidade de Enfermagem de Psiquiatria da Infância e Adolescência	0	0,0%
	Enfermagem ambulatorial	2	0,3%
	Unidade de Ambiente Protegido	11	1,9%
	Unidade de Quimioterapia, Radioterapia	0	0,0%
	Agência Transfusional	7	1,2%
	Outros	4	0,7%
Existe Comissão de Ética na instituição?	Sim	537	93,7%
	Não	4	0,7%
	Não sei	32	5,6%
Ocorrem reuniões de equipe na sua unidade de trabalho?	Sim	448	78,2%
	Não	125	21,8%
Ocorrem treinamentos / capacitações no local de trabalho sobre aspectos relacionados à prevenção da violência?	Sim	180	31,4%
	Não	393	68,6%
Tipo de vínculo?	Efetivo	573	100,0%
	Temporário	0	0,0%
Qual o seu turno de trabalho?	Manhã	133	23,2%
	Tarde	183	31,9%
	Noite	205	35,8%
	Intermediário	14	2,4%
	Folguista	9	1,6%
	Final de semana	29	5,1%
	Não-Enfermeiros	362	63,2%

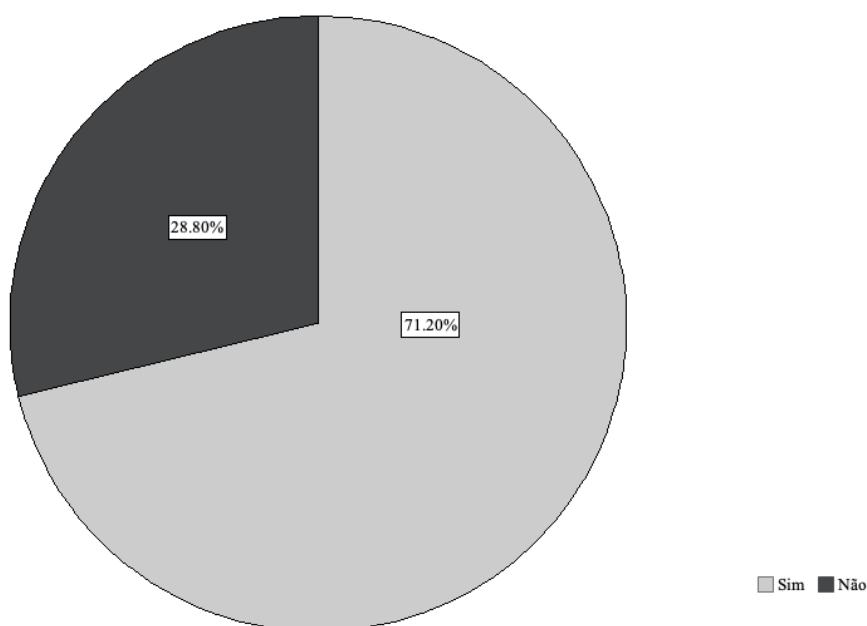
No caso de ser Enfermeiro, qual a titulação máxima?	Graduação	9	1,6%
	Especialização	111	19,4%
	Mestrado	71	12,4%
	Doutorado	18	3,1%
	Pós-doutorado	2	0,3%
Total		573	100%

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

4.1.4 Experiência de violência laboral

Na sequência, foi perguntado aos participantes se esses já haviam sofrido violência no trabalho. Dos 573 participantes, 408 (71,2%) relataram já ter sofrido algum tipo de violência no ambiente de trabalho (Figura 3). Entre os participantes que relataram ter vivenciado alguma violência, os tipos de violência mais frequentemente mencionados foram o assédio moral ou intimidação (76,5%), a violência verbal (49,8%) e a violência psicológica (43,9%). Violência física foi relatada por 8,1% dos participantes, assédio ou violência sexual por 5,6%, discriminação racial por 9,1%, discriminação de gênero por 6,4%, etarismo por 7,8% e capacitismo por 2,0%. Outros tipos de violência foram mencionados por 0,7% dos respondentes.

Figura 3. Já sofreu algum tipo de violência no trabalho?



A Tabela 4 sumariza a distribuição dos tipos de violência mencionadas pelos participantes, enquanto a sua frequência relativa é apresentada na Figura 4.

Tabela 4. Tipos de violência laboral experienciados pelos participantes (N = 408)

Tipo de Violência	Sim (%)	Não (%)
Assédio moral / Intimidação	312 (76,5%)	96 (23,5%)
Violência verbal	203 (49,8%)	205 (50,2%)
Violência psicológica	179 (43,9%)	229 (56,1%)
Violência física	33 (8,1%)	375 (91,9%)
Violência / Assédio sexual	23 (5,6%)	385 (94,4%)
Discriminação racial	37 (9,1%)	371 (90,9%)
Discriminação de gênero	26 (6,4%)	382 (93,6%)
Etarismo	32 (7,8%)	376 (92,2%)
Capacitismo	8 (2,0%)	400 (98,0%)
Outros	3 (0,7%)	405 (99,3%)

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Tabela 5. Frequência de experiências com violência laboral

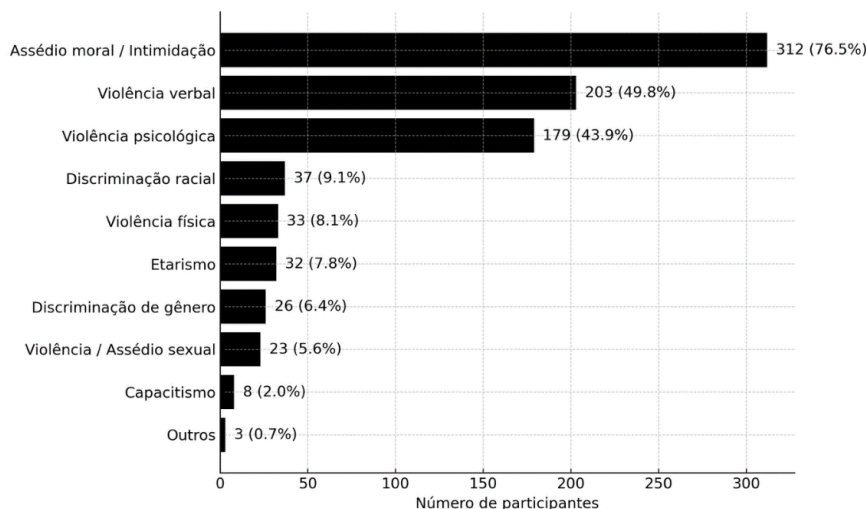
Nos últimos 12 meses, quantas vezes você sofreu algum tipo de violência no ambiente de trabalho?	f	%
Não	271	48,0
Uma vez	90	16,0
Dois vezes	73	12,9
Três vezes	26	4,6
Quatro Vezes	22	3,9
Cinco Vezes	19	3,4
Seis vezes	12	2,1
Oito vezes	6	1,1
Nove vezes	1	0,2
Dez vezes	3	0,5
Doze vezes	1	0,2
Quinze vezes	1	0,2
Não soube precisar ou muitas vezes	39	6,9

Total	564	100%

Nota. Missings = 9. f = frequência absoluta; % = porcentagem válida.

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Figura 4. Tipos de violência vivenciadas no contexto de trabalho (N = 408)



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

4.1.5 Associação entre experiência de violência e variáveis sociodemográficas/laborais

Foram conduzidas análises de qui-quadrado para verificar associações entre os tipos de violência sofrida e as características sociodemográficas/laborais dos participantes. A Tabela 5 sumariza a frequência de respostas relativas à violência laboral em cada uma das variáveis sociodemográficas. A Tabela 6 apresenta os valores-teste da associação entre as variáveis.

Tabela 6. Prevalência dos casos de violência laboral em termos de atributos sociodemográficos e laborais dos participantes

Variáveis		Já sofreu algum tipo de violência no ambiente de trabalho?			
		Sim		Não	
		f	%	f	%
Sexo biológico	Feminino	335 _a	71,9%	131 _a	28,1%
	Masculino	73 _a	68,2%	34 _a	31,8%
	Intersexo	0 ¹	0,0%	0 ¹	0,0%
Gênero com o qual você se identifica?	Mulher	333 _a	71,8%	131 _a	28,2%
	Homem	73 _a	68,2%	34 _a	31,8%
	Transgênero	2 _a	100,0%	0 ¹	0,0%
	Travesti não-binário	0 ¹	0,0%	0 ¹	0,0%
	Outro	0 ¹	0,0%	0 ¹	0,0%
Orientação sexual com a qual você se identifica?	Heterossexual	380 _a	70,4%	160 _a	29,6%
	Lésbica	4 _a	57,1%	3 _a	42,9%
	Gay	15 _a	93,8%	1 _b	6,3%
	Bissexual	8 _a	88,9%	1 _a	11,1%
	Assexual	1 _a	100,0%	0 ¹	0,0%
	Pansexual	0 ¹	0,0%	0 ¹	0,0%
	Outro	0 ¹	0,0%	0 ¹	0,0%
Estado civil?	Solteiro(a)	103 _a	73,6%	37 _a	26,4%
	Casado/ vive com o companheiro(a)	238 _a	67,8%	113 _b	32,2%
	Separado / divorciado	56 _a	80,0%	14 _a	20,0%
	Outro	11 _a	91,7%	1 _a	8,3%
Cor da pele autodeclarada?	Branca	324 _a	72,0%	126 _a	28,0%
	Amarela	1 _a	50,0%	1 _a	50,0%
	Parda	41 _a	70,7%	17 _a	29,3%
	Preta	41 _a	66,1%	21 _a	33,9%
	Outro	1 _a	100,0%	0 ¹	0,0%
Religião?	Ateu	19 _a	76,0%	6 _a	24,0%

	Agnóstico/cético	16 _a	76,2%	5 _a	23,8%
	Cristã	74 _a	72,5%	28 _a	27,5%
	Católico	155 _a	68,9%	70 _a	31,1%
	Evangélico	25 _a	75,8%	8 _a	24,2%
	Espírita	65 _a	67,0%	32 _a	33,0%
	Judaísmo	0 ¹	0,0%	0 ¹	0,0%
	Umbanda, candomblé ou outras religiões afro-brasileiras	45 _a	76,3%	14 _a	23,7%
	Outra	9 _a	81,8%	2 _a	18,2%
Você é portador de alguma deficiência?	Sim	20 _a	69,0%	9 _a	31,0%
	Não	388 _a	71,3%	156 _a	28,7%
Função que exerce no hospital?	Enfermeiro(a)	156 _a	78,8%	42 _b	21,2%
	Técnico de Enfermagem	235 _a	66,4%	119 _b	33,6%
	Auxiliar de Enfermagem	17 _a	81,0%	4 _a	19,0%
	Outro	0 ¹	0,0%	0 ¹	0,0%
Existe Comissão de Ética na instituição?	Sim	387 _a	72,1%	150 _a	27,9%
	Não	4 _a	100,0%	0 ¹	0,0%
	Não sei	17 _a	53,1%	15 _b	46,9%
Ocorrem reuniões de equipe na sua unidade de trabalho?	Sim	309 _a	69,0%	139 _b	31,0%
	Não	99 _a	79,2%	26 _b	20,8%
Ocorrem treinamentos / capacitações no local de trabalho sobre aspectos relacionados à prevenção da violência?	Sim	120 _a	66,7%	60 _a	33,3%
	Não	288 _a	73,3%	105 _a	26,7%
Qual o seu turno de trabalho?	Manhã	104 _a	78,2%	29 _b	21,8%
	Tarde	121 _a	66,1%	62 _a	33,9%
	Noite	148 _a	72,2%	57 _a	27,8%
	Intermediário	9 _a	64,3%	5 _a	35,7%
	Folguista	5 _a	55,6%	4 _a	44,4%
	Final de semana	21 _a	72,4%	8 _a	27,6%
No caso de ser Enfermeiro, qual a titulação máxima?	Não-Enfermeiros	241 _a	66,6%	121 _b	33,4%
	Graduação	6 _a	66,7%	3 _a	33,3%

Especialização	87 _a	78,4%	24 _a	21,6%
Mestrado	57 _a	80,3%	14 _a	19,7%
Doutorado	15 _a	83,3%	3 _a	16,7%
Pós-doutorado	2 _a	100,0%	0 ¹	0,0%

Nota. Valores na mesma linha e sub-tabela que não compartilham a mesma letra subscrita são significativamente diferentes a $p < 0,05$ no teste bicaudal de igualdade das proporções das colunas. Células sem subscrito não estão incluídas no teste. Os testes assumem variâncias iguais.²

¹ Esta categoria não é usada nas comparações porque a proporção da coluna é igual a zero ou um.

² Os testes são ajustados todas as comparações entre linhas, utilizando a correção de Bonferroni.

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Tabela 7. Associação entre variáveis sociodemográficas/laborais e a violência laboral

Variável	Qui-quadrado (χ^2)	gl	p
Sexo biológico	0,570	1	0,450
Gênero	1,344	2	0,511
Orientação sexual	6,602	4	0,158
Estado civil	7,451	3	0,059
Cor da pele	1,768	4	0,778
Religião	3,722	7	0,811
Deficiência	0,075	1	0,785
Função hospitalar	10,538	2	0,005
Área de atuação	36,961	24	0,044
Comissão de Ética	6,914	2	0,032
Reuniões de equipe	4,985	1	0,026
Treinamento	2,635	1	0,105
Turno	6,998	5	0,221
Titulação (enfermeiros)	11,614	5	0,04

Nota. gl = graus de liberdade; p = significância estatística.

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

De maneira geral, os resultados indicaram que não houve associações estatisticamente significativas entre a vivência de violência e o sexo biológico ($\chi^2(1) = 0,570$; $p = 0,450$), identidade de gênero ($\chi^2(2) = 1,344$; $p = 0,511$), orientação sexual ($\chi^2(4) = 6,602$; $p = 0,158$), estado civil ($\chi^2(3) = 7,451$; $p = 0,059$), cor da pele

autodeclarada ($\chi^2(4) = 1,768$; $p = 0,778$), religião ($\chi^2(7) = 3,722$; $p = 0,811$), deficiência ($\chi^2(1) = 0,075$; $p = 0,785$), treinamentos sobre prevenção da violência ($p = 0,105$) ou turno de trabalho ($p = 0,221$). Em contraste, foram encontradas associações significativas entre a vivência de violência no trabalho e as seguintes variáveis: função exercida no hospital ($\chi^2(2) = 10,538$; $p = 0,005$), área de atuação ($\chi^2(24) = 36,961$; $p = 0,044$), presença de comissão de ética na instituição ($\chi^2(2) = 6,914$; $p = 0,032$), reuniões de equipe na unidade ($\chi^2(1) = 4,985$; $p = 0,026$) e titulação máxima dos enfermeiros ($\chi^2(5) = 11,614$; $p = 0,040$).

As comparações múltiplas (Bonferroni) indicaram que o grupo de técnicos de enfermagem apresentou uma proporção significativamente maior de profissionais que não sofreram violência (33,6%) entre os auxiliares de enfermagem (19,0%) ($p = 0,004$) e que profissionais alocados no Centro de Tratamento Intensivo Adulto (CTI) apresentaram menor prevalência de relatos de violência (59,9%) em comparação a outras áreas, como internação pediátrica (83,3%) ($p < 0,001$). Além disso, participantes que afirmaram não saber da existência de uma comissão de ética em sua instituição apresentaram maior prevalência de relatos de violência (53,1%) do que aqueles que sabiam da existência da comissão (27,9%) ($p = 0,020$). Aqueles que não participavam de reuniões de equipe também relataram mais frequentemente ter sofrido violência (79,2%) do que aqueles que participavam (69,0%) ($p = 0,026$). Por fim, enfermeiros com titulação de graduação ou especialização relataram mais experiências de violência em comparação àqueles com formação *stricto sensu* ($p = 0,001$), o que pode indicar a relevância de investimentos em formação acadêmica mais aprofundada como fator de proteção (ver Tabela 6).

4.1.6 Tipos de agressores

Acerca dos agentes da agressão, a Tabela 8 apresenta a distribuição dos tipos de agressores relatados pelos participantes que indicaram ter sofrido alguma forma de violência laboral. Os resultados demonstram que a liderança ou chefia de unidade foi o tipo de agressor mais citado pelos participantes (37,3%). Em seguida, destacam-se a chefia imediata (26,2%), colegas de trabalho (28,4%) e familiares ou acompanhantes de pacientes (29,4%).

Tabela 8. Tipos de agressores relatados pelos participantes vítimas de violência laboral

Quem foi o agressor da violência experienciada?	Sim		Não	
	n	%	n	%
Liderança / chefia de unidade	152	37,3%	256	62,7%
Chefia imediata	107	26,2%	301	73,8%
Professor	29	7,1%	379	92,9%
Colega de trabalho	116	28,4%	292	71,6%
Familiar ou acompanhante de paciente	120	29,4%	288	70,6%
Paciente	75	18,4%	333	81,6%
Outros profissionais da saúde	65	15,9%	343	84,1%

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Conforme ainda apresenta a Tabela 9, os tipos de agressores menos citados foram professores (7,1%) e outros profissionais de saúde (15,9%). Entretanto, os participantes foram questionados, no caso de violência por outros profissionais da saúde, quem havia sido o agressor (Tabela 8). De modo geral, a maioria dos participantes respondeu que, dentre os profissionais de saúde, os agressores enfermeiros (44,9%), técnicos de enfermagem (21,6%) e médicos (21,1%). Os participantes relataram terem sofrido agressão por mais de uma vez pelo mesmo agressor (57,1%) e que na maioria dos casos a agressão foi cometida por uma mulher (59,3%).

Tabela 9. No caso de violência por outros profissionais da saúde, quem foi o agressor?

Agressor (Profissional de Saúde)	Sim		Não	
	f	%	f	%
Enfermeiro	183	44,9%	225	55,1%
Médico	86	21,1%	322	78,9%
Fisioterapeuta	2	0,5%	406	99,5%
Psicólogo	3	0,7%	405	99,3%
Nutricionista	2	0,5%	406	99,5%
Fonoaudiólogo	0	0,0%	408	100,0%
Técnico de Enfermagem	88	21,6%	320	78,4%
Outros	5	1,2%	403	98,8%

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

4.1.7 Consequências da violência laboral experienciada pelos participantes

Acerca das consequências da violência laboral, entre os participantes que relataram ter experienciado violência no ambiente de trabalho, 70,7% afirmaram ter sentido medo de retaliação ao considerar uma denúncia, e apenas 25,4% se sentiram protegidos para relatar o ocorrido. Ainda, entre os que relataram ter sido vítimas de violência laboral, somente 33,7% efetivamente denunciaram a violência de fato. As consequências à saúde mais relatadas pelos participantes foram a utilização de medicação (32,0%), a busca por tratamento psicológico (47,5%) e a procura por outros tratamentos (12,3%). Uma parcela dos respondentes relatou a ocorrência de afastamento por atestado (24,9%) e por licença via INSS (8,4%). No âmbito profissional, mais da metade dos profissionais que passaram por experiências de violência laboral pensou em pedir demissão ou trocar de emprego (50,2%), e uma parcela expressiva considerou mudar de profissão após os episódios (42,6%), conforme demonstrado na Tabela 10.

Tabela 10. Consequências da violência laboral para os participantes

Consequências	Sim		Não	
	f	%	f	%
Você se sentiu protegido para relatar / denunciar a violência ocorrida?	103	25,4%	303	74,6%
Você denunciou a violência ocorrida?	137	33,7%	269	66,3%
Você teve medo de retaliação por denunciar à violência sofrida no ambiente de trabalho?	287	70,7%	119	29,3%
Você já procurou o serviço médico ocupacional (SMO) devido à violência no ambiente de trabalho?	97	23,9%	309	76,1%
Já estive afastado (atestado) por motivos causados pela violência?	101	24,9%	305	75,1%
Já estive afastado (licença a saúde pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS) por motivos causados pela violência?	34	8,4%	372	91,6%
Você necessitou de tratamento com medicação após ter sofrido a violência no ambiente de trabalho?	130	32,0%	276	68,0%
Você necessitou de tratamento psicológico após ter sofrido a violência no ambiente de trabalho?	193	47,5%	213	52,5%

Você precisou de outros tratamentos de saúde após ter sofrido a violência no ambiente de trabalho?	50	12,3%	356	87,7%
Você pensou em pedir demissão e/ou trocar de emprego após ter sofrido violência no ambiente de trabalho?	204	50,2%	202	49,8%
Você pensou em mudar de profissão após o episódio de violência?	173	42,6%	233	57,4%

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Adicionalmente, foram conduzidas análises de qui-quadrado para verificar associações entre os tipos de violência sofrida e as consequências relatadas pelos participantes (Tabela 11).

Tabela 11. Associação dos tipos de violência vivenciadas pelos participantes e as consequências em suas vidas

Consequências	Assédio moral/intimidação	Violência verbal	Violência psicológica	Violência física	Violência/Assédio sexual	Discriminação racial	Discriminação de gênero
	χ^2 ; gl; p						
Sentiu-se protegido(a) para relatar	9,09; 1; 0,003	4,69; 1; 0,030	0,30; 1; 0,580	1,20; 1; 0,273	4,22; 1; 0,040	1,80; 1; 0,180	0,03; 1; 0,851
Teve medo de retaliação	22,73; 1; <0,001	3,43; 1; ,064	8,74; 1; 0,003	0,86; 1; 0,353	2,36; 1; 0,124	4,90; 1; 0,027	6,26; 1; 0,012
Procurou SMO	11,81; 1; <0,001	0,12; 1; 0,727	4,68; 1; 0,030	4,74; 1; 0,029	0,57; 1; 0,449	0,76; 1; 0,382	0,01; 1; 0,920
Afastamento por atestado	15,32; 1; <0,001	0,01; 1; 0,909	14,50; 1; <0,001	8,13; 1; 0,004	2,65; 1; 0,104	0,10; 1; 0,751	1,33; 1; 0,247
Afastamento por INSS	11,18; 1; <0,001	0,51; 1; 0,474	1,18; 1; 0,277	7,715; 1; ,005	15,46; 1; <0,001	0,31; 1; 0,575	0,74; 1; 0,389
Tratamento com medicação	23,19; 1; <0,001	0,04; 1; 0,832	17,78; 1; <0,001	0,05; 1; 0,825	0,08; 1; 0,770	2,35; 1; 0,125	0,02; 1; 0,888
Tratamento psicológico	31,13; 1; <0,001	0,48; 1; 0,487	35,84; 1; <0,001	0,70; 1; 0,400	0,16; 1; 0,688	0,23; 1; 0,626	1,14; 1; 0,284
Outros tratamentos	7,35; 1; 0,007	0,00; 1; 1,000	3,28; 1; 0,070	0,26; 1; 0,605	0,29; 1; 0,587	3,26; 1; 0,071	0,01; 1; 0,901

Pensou em pedir demissão	38,10; 1; <0,001	1,41; 1; 0,234	17,72; 1; <0,001	0,87; 1; 0,348	2,18; 1; 0,139	3,48; 1; 0,062	2,54; 1; 0,111
Pensou em mudar de profissão	25,09; 1; <0,001	2,26; 1; 0,132	38,57; 1; <0,001	0,11; 1; 0,730	1,92; 1; 0,165	6,36; 1; 0,012	2,58; 1; 0,108

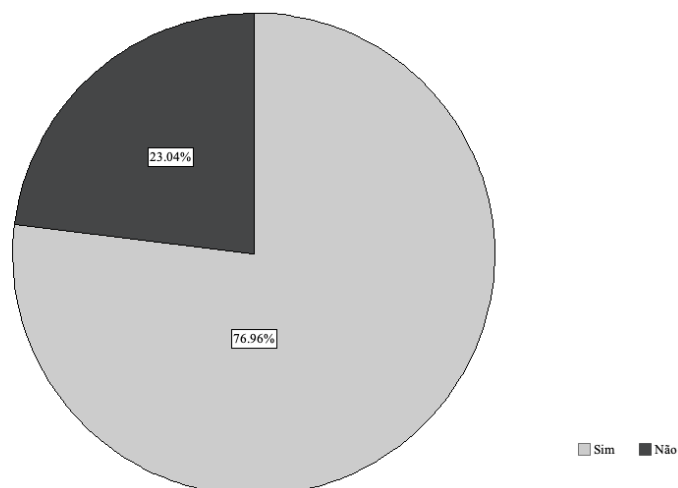
Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

De maneira geral, o assédio moral/intimidação apresentou associações significativas com todas as consequências avaliadas. A violência psicológica também se mostrou fortemente associada a múltiplos desfechos, incluindo medo de retaliação, afastamento por atestado, tratamento psicológico e intenção de mudança de profissão. A violência física foi associada ao uso do serviço médico ocupacional (SMO), afastamento por atestado e licença pelo INSS. A violência/assédio sexual apresentou associação com sentimento de não proteção institucional e afastamento por INSS. A discriminação racial foi associada ao medo de retaliação e à intenção de mudar de profissão. Por fim, a discriminação de gênero também se associou ao medo de retaliação.

4.1.8 Ter presenciado violência no trabalho

Após o relato das experiências pessoais com violências laborais, os participantes foram perguntados também já haviam presenciado situações de violência no ambiente de trabalho. Dos 573 participantes, 441 (77,0%) relataram já ter presenciado algum tipo de violência no ambiente de trabalho (Figura 5).

Figura 5. Você já presenciou situações de violência no ambiente de trabalho?



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

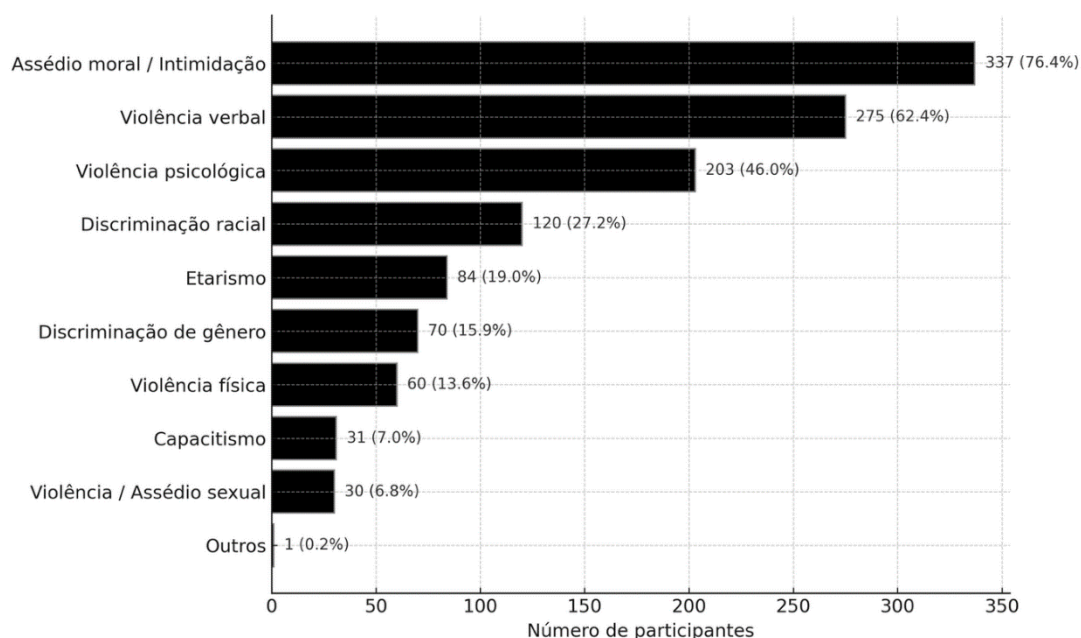
Entre os participantes que relataram ter presenciado algum tipo de violência no contexto do trabalho, os tipos de violência mais mencionados foram o assédio moral ou intimidação (76,4%), a violência verbal (62,4%) e a violência psicológica (46,0%). A Tabela 12 sumariza a distribuição dos tipos de violência percebida pelos participantes, enquanto sua frequência relativa é apresentada na Figura 6.

Tabela 12. Tipos de violência laboral presenciados pelos participantes

Tipo de violência	Sim (%)	Não (%)
Assédio moral / Intimidação	337 (76,4%)	104 (23,6%)
Violência verbal	275 (62,4%)	166 (37,6%)
Violência psicológica	203 (46,0%)	238 (54,0%)
Violência física	60 (13,6%)	381 (86,4%)
Violência / Assédio sexual	30 (6,8%)	411 (93,2%)
Discriminação racial	120 (27,2%)	321 (72,8%)
Discriminação de gênero	70 (15,9%)	371 (84,1%)
Etarismo	84 (19,0%)	357 (81,0%)
Capacitismo	31 (7,0%)	410 (93,0%)
Outros	1 (0,2%)	440 (99,8%)

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Figura 6. Violências laborais presenciadas pelos participantes



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Entre os participantes que presenciaram episódios de violência no ambiente de trabalho, os principais agressores relatados foram pacientes (51,2%) e familiares ou acompanhantes de pacientes (43,1%). Também foram frequentemente mencionadas a liderança ou chefia de unidade (36,1%) e a chefia imediata (35,6%). Colegas de trabalho foram citados por 27,9% dos participantes, enquanto outros profissionais da saúde representaram 20,6% dos casos. Professores foram apontados como agressores em 9,8% das situações. Ademais, entre aqueles que relataram ter presenciado violência no ambiente de trabalho, apenas 20,9% afirmaram ter denunciado o ocorrido, enquanto a maioria (79,1%) não realizou denúncia. A Tabela 13 apresenta a distribuição detalhada dos agressores da violência percebida pelos participantes.

Tabela 13. Tipos de agressores relatados pelos participantes que perceberam violência laboral

Quem foi o agressor da violência percebida?	Sim		Não	
	f	%	f	%
Liderança / chefia de unidade	159	36,1%	282	63,9%
Chefia imediata	157	35,6%	284	64,4%
Professor	43	9,8%	398	90,2%
Colega de trabalho	123	27,9%	318	72,1%
Familiar ou acompanhante de paciente	190	43,1%	251	56,9%
Paciente	226	51,2%	215	48,8%
Outros profissionais da saúde	91	20,6%	350	79,4%

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

4.1.9 Percepção de hostilidade no ambiente de trabalho

A maioria dos participantes (65,6%) relatou perceber hostilidade no ambiente de trabalho, i.e., que o ambiente de trabalho contém intolerâncias, discriminação e preconceitos (de ordem racial, social, religiosa, sexual, de gênero, etária, capacitista ou cultural) que levam a situações de violência (ver Tabela 14).

Tabela 14. Percepção de hostilidade no ambiente de trabalho

Hostilidade no ambiente de trabalho	f	%
Sim	376	65,6%
Não	197	34,4%
Total	573	100%

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Adicionalmente, como demonstra a Tabela 15, essa percepção mostrou-se significativamente associada a maiores incidências de relatos de vivência ($\chi^2(1) = 41,77$; $p < 0,001$) e de percepção ($\chi^2(1) = 26,44$; $p < 0,001$) de violência no ambiente

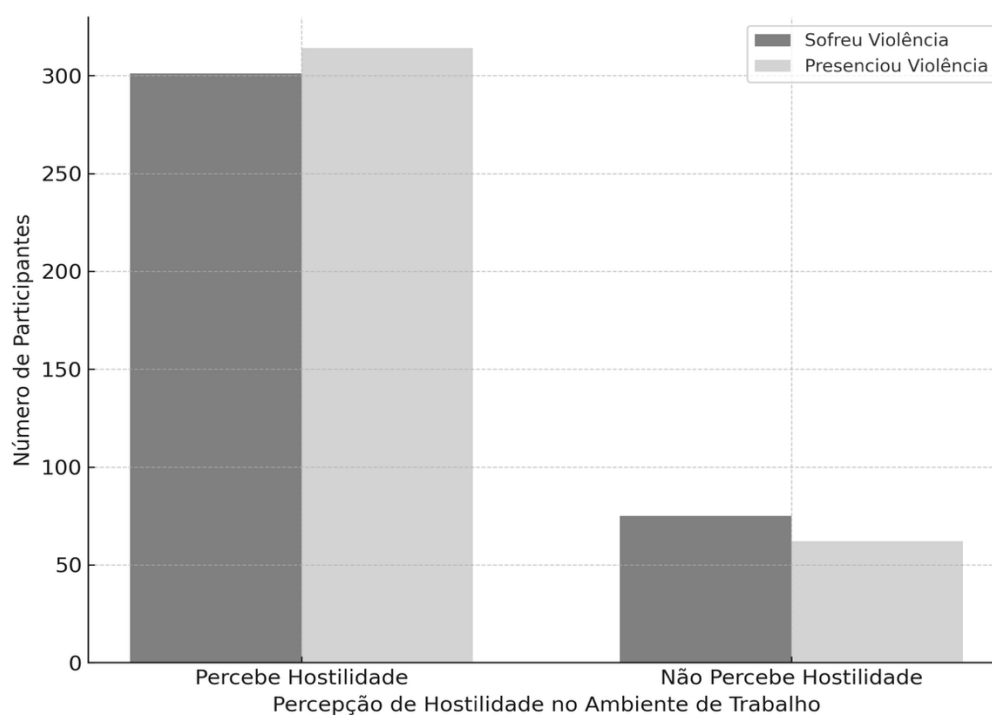
de trabalho. A representação gráfica dessa associação encontra-se apresentada na Figura 7.

Tabela 15. Associação entre percepção de hostilidade no ambiente de trabalho e violência laboral

Violência laboral	Percepção de hostilidade		χ^2	gl	p
	Sim (f)	Não (f)			
Sofreu violência	301	107	41,767	1	< 0,001
Não sofreu violência	75	90			
Presenciou violência	314	127	26,442	1	< 0,001
Não presenciou violência	62	70			

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Figura 7. Representação gráfica da associação entre percepção de hostilidade no ambiente de trabalho e violência laboral



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

4.1.10 Associação entre tipo de agressor e intenção de pedir demissão (com grupo que sofreu violência, com o que não sofreu violência e o grupo total dos 573)

Grupo total (N = 573): o objetivo desta análise foi verificar se o tipo de agressor estava associado à intenção de pedir demissão e/ou trocar de emprego após a ocorrência de violência no ambiente de trabalho, considerando a amostra total (N = 573). Foram realizados testes do qui-quadrado de Pearson para cada categoria de agressor. Os resultados evidenciaram associações estatisticamente significativas apenas quando o agressor ocupava posição hierárquica superior (Tabela 16).

Tabela 16 - Associação entre tipo de agressor e intenção de pedir demissão e/ou trocar de emprego após sofrer violência no ambiente de trabalho (N = 573)

Tipo de agressor	Pensou em pedir demissão		$\chi^2(1)$	p
	Sim (%)	Não (%)		
Liderança / chefia de unidade	67,1	32,9	27,62	<0,001
Chefia imediata	61,7	38,3	7,60	0,006
Professor	65,5	34,5	2,91	0,088
Colega de trabalho	56,0	44,0	2,18	0,140
Familiar ou acompanhante de paciente	43,3	56,7	3,26	0,071
Paciente	46,7	53,3	0,47	0,492
Outros profissionais da saúde	49,2	50,8	0,03	0,858

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Como demonstrado na Tabela 15, observou-se que a violência praticada por lideranças ou chefias de unidade esteve fortemente associada à intenção de desligamento, $\chi^2(1) = 27,62$, $p < 0,001$. De forma semelhante, verificou-se associação significativa quando o(a) agressor(a) foi a chefia imediata, $\chi^2(1) = 7,60$, $p = 0,006$. Nos demais tipos de agressores, como professores [$\chi^2(1) = 2,91$, $p = 0,088$], colegas de trabalho [$\chi^2(1) = 2,18$, $p = 0,140$], familiares ou acompanhantes de pacientes [$\chi^2(1) = 3,26$, $p = 0,071$], pacientes [$\chi^2(1) = 0,47$, $p = .492$] e outros profissionais da saúde [$\chi^2(1) = 0,03$, $p = 0,858$], as associações não foram estatisticamente significativas.

Grupo que sofreu violência: os dados são idênticos aos do grupo geral, tendo em vista que não houve casos de participantes que não sofreram violência e pensaram em pedir demissão.

4.1.11 Associação entre tipo de violência e intenção de pedir demissão (com grupo que sofreu violência, com o que não sofreu violência e o grupo total dos 573)

Grupo total (N = 573): o objetivo desta análise foi verificar se o tipo de violência sofrida estava associado à intenção de pedir demissão após a ocorrência de violência no ambiente de trabalho, considerando a amostra total (N = 573). Foram realizados testes do qui-quadrado de Pearson para cada categoria de violência. Os resultados evidenciaram associações estatisticamente significativas apenas para o assédio moral/intimidação e para a violência psicológica (Tabela 17).

Tabela 17 - Associação entre tipo de violência e intenção de pedir demissão e/ou trocar de emprego após sofrer violência no ambiente de trabalho (N = 573)

Tipo de violência	Pensou em pedir demissão		$\chi^2(1)$	p
	Sim (%)	Não (%)		
Assédio moral / intimidação	58,7	41,3	38,10	<0,001
Violência verbal	47,3	52,7	1,42	0,234
Violência psicológica	62,0	38,0	17,73	<0,001
Violência física	42,4	57,6	0,88	0,348
Violência / assédio sexual	65,2	34,8	2,19	0,139
Discriminação racial	64,9	35,1	3,48	0,062
Discriminação de gênero	65,4	34,6	2,55	0,111
Etarismo (preconceito etário)	53,1	46,9	0,12	0,734
Capacitismo (preconceito contra pessoas com deficiência)	66,7	33,3	0,66	0,418
Outros tipos de violência	33,3	66,7	0,35	0,556

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Como demonstrado na Tabela 16, o assédio moral/intimidação apresentou associação estatisticamente significativa com a intenção de pedir demissão, $\chi^2(1) =$

38,10, $p < 0,001$. De forma semelhante, observou-se associação significativa entre violência psicológica e intenção de demissão, $\chi^2(1) = 17,73$, $p < 0,001$. Nos demais tipos de violência, as associações não alcançaram significância estatística.

4.1.12 Análise de dados qualitativos (coletados na fase quantitativa)

A Figura 8 apresenta a representação gráfica dos termos mais mencionados pelos participantes acerca das consequências da violência laboral em suas vidas. Trata-se da nuvem de palavras que dimensiona os termos de acordo com a sua frequência no corpo textual, de modo que quanto maior a palavra na imagem, mais frequente foi no discurso dos participantes.

De maneira geral, as palavras mais mencionadas pelos profissionais foram medo, ansiedade, depressão, tristeza, impotência, trabalho, insegurança, chefia e desmotivação. Trata-se dos elementos centrais relativos ao impacto da violência na vida desses sujeitos. Ainda que essa seja uma análise importante, apresenta limitações quanto ao agrupamento dos termos, bem como na relação entre os temas. Para se observar como essas palavras interagem tematicamente, foi realizada uma análise temática (codificação indutiva) sobre as respostas dos participantes, cujos resultados encontram-se apresentados na Tabela 18.

Moralidade no trabalho	Desmotivação e descontentamento geral	Insatisfação, Desmotivação no trabalho, Falta de vontade de vir trabalhar, Desânimo, Descontentamento, Ausência de motivação, Sem ânimo para trabalhar	60
	Perda de confiança na instituição/liderança	Sentimento de impunidade, Falta de confiança nas lideranças, Falta de ética de chefia, Não me sinto seguro em expor, Falta de proteção, Falta de apoio, Banalização do caso, Não acreditar mais em equipe, Descrédito, Desvalorização do serviço de enfermagem, Desrespeito do agressor, Falta de respaldo e empatia, Sentimento de que o relato teve pouco valor, Não confio nesse chefe, Sentimento de que sou apenas um número, Sentimento de ser descartável, Não acredito em uma providência, Desesperança nos processos e na liderança	35
	Erosão da coesão e ambiente de trabalho	Tumulto no ambiente de trabalho, Mal-estar na equipe, Desconforto, Distanciamento, A equipe exclui, Dificulta o ambiente de trabalho, Mal-estar para trabalhar, Cobrança entre colegas, Desconforto constante com a chefia de unidade	12
	Sentimento de injustiça	Injustiça, Desrespeito	12
Medo e insegurança	Medo de agressão/retaliação	Medo de ir trabalhar, Medo de perseguição, Medo de falar/me expressar, Medo de perder o meu emprego, Medo de retaliação, Medo de ser acusado, Medo de me posicionar, Medo de violência física, Medo de me machucarem ou minha família, Receio, Temor, Pânico (ao ver a pessoa), Medo contínuo no local de trabalho, Medo de trabalhar com a pessoa, Medo de sofrer novamente, Medo da reação (dos familiares), Medo (geral/não especificado)	62
	Insegurança profissional	Insegurança no trabalho, Insegurança sobre a minha capacidade de trabalho, Medo de não receber uma boa nota na gestão de competência, Dúvidas quanto a minha capacidade técnica, Incapacidade de dizer não para atribuições, Insegurança em não ter certeza de receber respaldo sobre minhas queixas	11
	Insegurança geral/pessoal	Insegurança física e psicológica, Vulnerável, Sozinha, Desamparada, Desprotegida, Com um alvo nas costas	38
Saúde física	Distúrbios do sono	Não conseguia dormir, Insônia, Não durmo bem	13
	Distúrbios cardiovasculares	Taquicardia, Dor no peito, Palpitações	6
	Dores e tensão muscular	Contraturas musculares, Dor no corpo, Bruxismo, Cefaleia, Mialgia, Tensão, Tensão muscular, Dor física	11
	Alterações de peso e apetite	Emagrecimento, Aumento de peso, Perda do apetite, Obesidade pela compulsão	6
	Exaustão física geral	Cansaço, Cansaço mental, Prostração, Exaustão	6
	Outras manifestações físicas	Suave frio, Infecções oportunistas, Psoríase, Gastrite, Problema alérgico e asma, Herpes zoster	6
Consequências profissionais	Desejo de sair/mudar de profissão/setor	Pensamentos de mudar de profissão, Vontade de não voltar nunca mais na unidade e até no	21

		hospital, Demissão, Troca de turno e setor, Desejo de não trabalhar mais, Desgosto em trabalhar na profissão, Não querer atuar no mesmo turno, Vontade de pedir trocar unidade, Perda total da vontade de continuar trabalhando, Vontade de desistir, Demorei para conseguir trabalhar em outro hospital, Não aceitar (trabalhar) se fosse no mesmo setor, Vontade de não ir trabalhar (para sair)	
Dificuldade de relacionamento profissional		Dificuldade de relacionamentos, Distanciamento, Mais calada no ambiente de trabalho, Não dar minha opinião, Dificuldade de falar em público ou me expressar, Não conseguir me impor, Mudança de personalidade, Ficar em silêncio, Cautela ao lidar com certas pessoas, Eu me afastei, Não consigo me sentir confortável próximo do colega, Escolha setor para trabalhar, Me deixou mais fria e afastada das pessoas, Perda de empatia pelo próximo	16
Impacto no desempenho e produtividade		Atraso na realização das tarefas, Não me sinto produtiva, Dificuldade em progredir na carreira, Necessidade de provar que sou capaz, Cheguei a me colocar em dúvida a minha capacidade técnica, Afetou meu desempenho, Ser responsabilizada por situações ou demandas que não são pertinentes a mim, Me questiono todos os dias como que a instituição é permissiva, Não me sentir confiante, Deixa o profissional limitado ao desenvolvimento profissional, Incapacidade de trabalhar no ambiente	11
Adaptação e mudança de atitude no trabalho		Mudei minhas atitudes, Não exijo mais o cumprimento de normas quando sinto a possibilidade de agressão, Acabei ficando mais calada no ambiente de trabalho, Não me envolvo além do necessário, Mudança de postura dentro da instituição, Deixei de cumprir todas as minhas funções, para não ficar em evidência, Fiquei menos comprometida em fazer o certo	7
Resiliência e adaptação positiva		Amadurecer, me fortaleci, criei uma blindagem, Aprendizado, Busquei estratégias para superar, Resiliência, Coragem de falar e resolver, Lidei de forma direta, Não tive impactos pois não deixei me abalar, Consegui organizar meus pensamentos e recebi o apoio correto, Amadurecimento para o enfrentamento correto, Orientei outras e outros colegas, Hoje me posiciono, Ficar alerta e compartilhar, Não sinto impacto.	21
Outros impactos	Nenhum impacto relatado	Não observei impactos. Hoje nenhum, Penso que nenhum significativo, Nenhum	8

Nota. f = menções de sintomas/exemplos nos discursos dos participantes relativas a cada domínio.
 Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Os resultados da codificação indutiva revelam que a violência laboral exerce um impacto profundo e multifacetado sobre a vida dos profissionais. As categorias emergentes evidenciam que os impactos dessa violência extrapolam o âmbito profissional, comprometendo a saúde física e mental dos indivíduos, assim como seu bem-estar emocional e suas relações no ambiente de trabalho.

No domínio da saúde mental, destacam-se o sofrimento psicológico geral (f = 110 menções) relacionado à “angústia”, à “frustração”, à “tristeza”, ao “estresse” e ao “desânimo”, bem como a sintomatologia dos transtornos de humor e ansiedade (e.g., “ansiedade”, “pânico”, “depressão” e “burnout”), mencionados mais de oitenta vezes nos discursos dos participantes. Ainda no âmbito da saúde mental, a violência laboral, de acordo com os participantes, tende a comprometer a sua autoimagem e a sua autoeficácia, expressas por termos como “baixa autoestima”, “sentimento de incapacidade”, “desvalorização” e “humilhação”. Além disso, foram frequentes entre as respostas dos profissionais manifestações de episódios de desregulação emocional, expressas por meio de termos como “raiva”, “choro” e “irritação”.

A moral no local de trabalho também foi um domínio abordado pelos participantes como sendo extremamente afetado. A “desmotivação e o descontentamento geral” foram os impactos mais frequentes (f = 60 menções) estando relacionados a sentimentos como “insatisfação” e “falta de vontade de vir trabalhar”. Soma-se a isso uma significativa perda de confiança na instituição e na liderança (f = 35 menções), frequentemente acompanhada pela percepção de “impunidade” e “falta de apoio”.

Em continuidade, a dimensão do medo e da insegurança revelou que uma das consequências da violência laboral é a vivência de cenários de constante apreensão, dado o desenvolvimento de sentimentos como “medo de ir trabalhar”, “medo de perseguição” e “medo de perder o emprego”, vinculados ao medo de agressão ou retaliação. A sensação de insegurança pessoal também se destaca como um fator crítico estando vinculada a termos como “vulnerabilidade” e “desamparo”.

No que se refere aos sintomas físicos, os relatos indicam manifestações psicossomáticas expressivas, com destaque para “distúrbios do sono” (relacionado em grande parte à insônia abordada pelos participantes, com 13 menções) e “dores e tensão muscular” (f = 11 menções). Além desses aspectos, os profissionais relataram

também “distúrbios cardiovasculares”, “alterações de peso e apetite” e “exaustão física geral” ainda no âmbito dos impactos da violência nos sintomas físicos.

Ademais, os participantes também relataram diferentes consequências profissionais. Alguns participantes ($f = 21$ menções) relatou o desejo de “sair” ou “mudar de profissão/setor”. Paralelamente, alguns outros mencionaram a “resiliência e adaptação positiva”, indicando que, apesar dos desafios, alguns deles buscam “amadurecer”, “se fortalecer” ou “criar uma blindagem” para lidar com a violência. No entanto, também foram relatadas dificuldades de relacionamento profissional ($f = 16$ menções) e impactos negativos no desempenho e produtividade ($f = 11$ menções). Em síntese, os impactos da violência laboral na vida dos profissionais se configuram como uma experiência complexa, com impactos extensivos nas dimensões psicológica, emocional, física e ocupacional da vida dos trabalhadores. Esses impactos comprometem significativamente sua qualidade de vida e sua capacidade de atuar no ambiente de trabalho, sendo fatores determinantes da satisfação e do bem-estar psicossocial dos profissionais pesquisados.

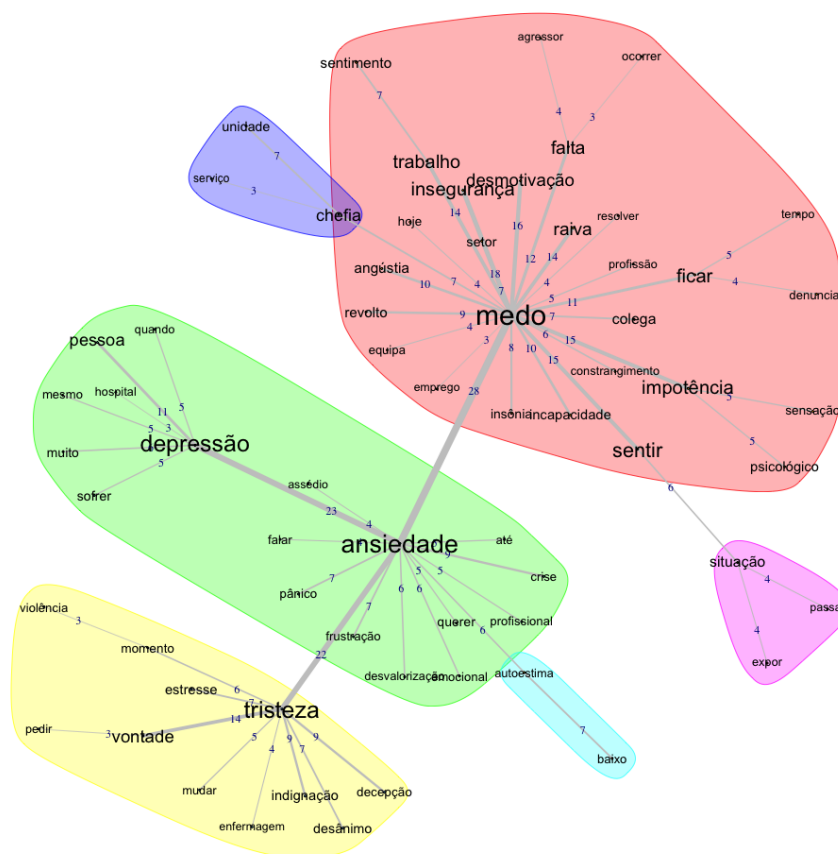
Após a realização da codificação indutiva, prosseguiu-se com uma análise textual complementar por meio da análise lexicográfica com o objetivo de verificar a relação semântica entre os termos evocados pelos participantes na resposta à pergunta sobre os impactos da violência laboral em suas vidas. Para tanto, foi conduzida uma análise de similitude, a qual possibilita a visualização gráfica das principais redes de coocorrência lexical, organizadas em campos semânticos interligados, como demonstrado na Figura 9.

Os resultados da análise de similitude (Figura 2) evidenciaram um quadro formado por seis agrupamentos semânticos principais, interligados por vocábulos centrais que estruturam os campos de sentido evocados pelos participantes. A palavra “medo” emergiu como o núcleo semântico mais central da rede, conectando-se diretamente a termos como “insegurança”, “impotência”, “desmotivação”, “falta”, “raiva”, “angústia” e “sentir”. Trata-se do eixo fundante de todos os outros clusters, o elemento central, na visão dos participantes, relativo às consequências da violência laboral em suas vidas. Indica que o medo não é apenas um fenômeno isolado, mas atua como eixo articulador de outras experiências afetivas e cognitivas de sofrimento.

Outro agrupamento de alta densidade está estruturado em torno dos termos “ansiedade”, “depressão” e “tristeza”. “Ansiedade” surge como segundo polo relevante

e está conectado a “assédio”, “frustração”, “pânico”, “crise”, “profissional”, “desvalorização emocional”, “autoestima” e “falar”. A ligação entre “ansiedade” e “depressão” é forte, reforçando a ideia de um eixo clínico-comportamental. O termo “depressão” conecta-se ainda a “sofrer”, “pessoa”, “quando”, “mesmo”, “hospital” e “muito”, ampliando o escopo para a saúde geral e até implicações médicas. Em geral, a coocorrência desses termos sugere a presença de quadros clínicos significativos, com sintomas compatíveis com transtornos de humor e ansiedade.

Figura 9. Árvore máxima de similitude acerca dos impactos da violência laboral na vida de enfermeiros.



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Em outro agrupamento, fundamentado pela palavra “Tristeza”, encontram-se conectados os termos “indignação”, “decepção”, “desânimo”, “estresse” e “vontade” (de sair, mudar). Nesse grupo, os termos “momento”, “violência” e “pedir” sugerem um caráter episódico, mas também acumulativo da experiência de dor, que pode trazer como ideia subjacente a compreensão de uma vivência de cansaço emocional, frustração e desencanto, frequentemente associado ao desejo de saída ou mudança de contexto profissional por parte dos participantes. A tristeza aparece como um estado afetivo persistente ligado à perda de propósito e motivação.

A árvore semântica também evidencia um campo lexical ligado à perda de confiança institucional, com destaque para termos como “impotência”, “incapacidade”, “constrangimento”, “falta de apoio”, além de “sentimento de injustiça” e “desmotivação”. O termo “chefia” aparece isolado, mas conectado a “unidade” e “serviço”, sugerindo que a relação com lideranças hierárquicas figura como um ponto

crítico de sofrimento. A chefia, portanto, aparece como um potencial fator ou vetor de violência, ligada ao local de atuação direta.

Embora com menor densidade na rede de similitude, os relatos codificados apontam impactos físicos diretos (e.g., distúrbios do sono, dores musculares, cansaço e alterações fisiológicas) e consequências profissionais como desejo de evasão, perda de produtividade e dificuldades de relacionamento no ambiente de trabalho. Esses impactos foram mencionados tanto nos relatos de “tristeza” e “vontade de sair”, quanto nas conexões com “profissional” e “crise”. Em suma, a análise de similitude evidencia uma estrutura centrada em medo, ansiedade, tristeza e depressão. A organização dos clusters também reforça dimensões relacionais e institucionais da violência, particularmente a partir da chefia e do ambiente de trabalho, demonstrando que as assimetrias de poder podem estar na origem do sofrimento.

4.1.13 Ações institucionais para impedir a violência laboral (Se o hospital possui ações para impedir violências no ambiente de trabalho, quais são?)

A Figura 10 apresenta uma nuvem de palavras sobre os termos evocados pelos participantes ao responderem sobre as ações institucionais realizadas em seus locais de trabalho para impedir a violência laboral. De modo geral, as palavras mais mencionadas pelos profissionais foram ouvidoria, ética, palestra, campanha, comitê e denúncia.

Quadro 4. Codificação indutiva sobre as ações institucionais face à violência laboral

Categorias	Estratégias específicas	Menções	
Canais de Denúncia	Ouvidoria	"Ouvidoria", "denuncia na ouvidoria", "já presenciei reunião para tentar resolver o que estava acontecendo no ambiente de trabalho pois havia ocorrido muitas denúncias", "conheço colegas que denunciaram no tal de ouvidoria, mas não deu em nada", "Seria ouvidoria, mas estas servem somente quando vem para servirem a clientela. Não cobrem nossas necessidades.", "Ouvidoria e canal de denúncia", "existe a ouvidoria, mas acho esse canal bem complexo, pois existe pessoas com mais tempo de hospital que usa esse canal para prejudicar um colega que ele não gosta", "Denuncia à Ouvidoria", "Denúncias na Ouvidoria".	
	Canais Abertos/Gerais	"canais abertos de escuta e registro da violência sofrida", "Canais de denúncia e campanhas abertas", "Existem canais para comunicação de situações que envolvem situações de violência.", "Canais de denúncia", "Possui em teoria, como canais de denúncia", "canal de denúncias", "canal de atendimento", "Canais de comunicação", "canal para denunciar", "existe canal para denunciar mas nunca o fiz", "Tem um canal de denúncia, mas nunca vi nenhuma medida tomada após a denúncia e nem que assegure a privacidade de quem denuncia".	
	Canais Anônimos	"meios de denunciar de forma anônima", "urna sem se identificar", "programa para denúncia anônima"	
	Outros Meios/Registro	"Notificação de eventos adversos", "Fluxo para denúncias", "E-mail", "Registro de CAT", "Denuncia via sistema institucional", "Notificando"	
Treinamento e Educação	Palestras	"palestras", "Palestras e vídeos de orientação", "algumas palestras", "Já ouvi	

		falar em um grupo que trata dessas questões, já vi anúncio de palestra sobre também", "Apenas palestras", "Atualmente palestras"	
	Treinamentos (Geral)	"treinamentos", "treinamento institucional", "Treinamentos combatendo a violência", "Treinamento, orientação"	
	Capacitações	"Capacitações", "Cursos de capacitação", "capacitação teóricas", "capacitações periódicas", "Capacitação e inclusão"	
	Cursos (incluindo EAD/Online)	"EAD", "Cursos em formato EAD", "Curso EAD", "Treinamentos EAD", "Curso on-line", "Cursos", "Cursinho", "Cursos EADS sobre comunicação não violenta"	
	Educação sobre Comunicação Não Violenta	"Educação sobre uma comunicação não violenta", "comunicação não violenta", "Cursos EADS sobre comunicação não violenta"	
	Ações Educativas/Orientativas	"programas", "Ações educativas", "orientações", "Conscientização", "educativa", "Ações de conscientização"	
	Vídeos Educativos/de Orientação	"vídeos educativos", "vídeos de orientação"	
	Simpósios	"simpósios"	
Campanhas e Comunicação	Campanhas de Conscientização/Prevenção	"Campanhas de sensibilização", "Campanhas de conscientização", "campanhas de prevenção", "campanhas", "Campanha contra racismo", "Campanha contra violência no trabalho", "Campanha de conscientização contra o preconceito"	
	Informativos/Visuais	"banners", "Informativo", "folders", "cartazes", "murais", "cards informativos", "Propaganda"	
	Divulgação em Mídias/Intranet	"divulgação de ações pelos canais de comunicação", "Campanhas nas redes e nos corredores", "divulgação nas mídias sociais do hospital sobre violência e assédio", "campanhas publicitárias", "intranet", "comunicações institucional com orientações", "campanha na intranet"	
	Pactos/Declarações	"Campanha do respeito", "Carta- compromisso pelo	

		Respeito", "declaração dos valores institucionais", "Missão e visão", "Pacto pelo respeito"	
Serviços de apoio	Serviço de Medicina Ocupacional (SMO)	"amparo do SMO", "acolhimento no SMO", "SMO faz acolhimento, médica e encaminha se necessário", "Atendimento no serviço ocupacional de equipe para esses casos", "encaminhamentos ao SMO", "acolhimento no serviço de medicina ocupacional", "fluxo de acolhimento a situações de violência, atendimento via SMO", "buscar auxílio do jurídico, do SMO", "SMO é o melhor recurso", "SMO/acolhimento", "procurar o SMO", "orientações e acolhimento dos profissionais", "Toda vez ocorrido, dizem para ir SMO.", "Mas acredito que precisa ser um trabalho em conjunto gestão, SMO, direção central e psicologia.", "não temos um acolhimento do SMO adequado", "Solicitar encaminhamento ao SMO"	
	Psicologia/Psiquiatria	"encontros com a psicologia", "Psicologia", "serviço de psicologia", "Psicólogo", "encaminhamento para a psicologia", "apoio psicológico no SMO", "redes de apoio psicológico", "Psiquiatria"	
	Jurídico	"jurídico", "Jurídicas", "buscar auxílio do jurídico"	
Comitês e Grupos	Comitê/Comissão/Conselho de Ética	"Comissão de ética", "Comitê de ética", "Conselho de ética", "setor de ética", "grupo de comissão de ética, mas percebo que infelizmente não é tão presente.", "código de conduta/comissão de ética não procurei o serviço com medo de retaliação", "cartilha ética"	
	Comitês/Comissões (Geral)	"Comitês", "comissões", "Diversos comitês", "comissões/ eventos que abordam o assunto"	
	Grupos de trabalho/Apoio	"grupos", "grupos de trabalho", "grupos de apoio", "grupos do SMO", "grupo que trata dessas questões", "Mas falta grupos mais amplos sobre este assunto."	
	Comitê da Diversidade/Equidade e Inclusão	"Comitê da Diversidade", "Comitê da	

		Diversidade/Equidade e Inclusão	
	CIPA	"CIPA"	
	CONSEQ	"CONSEQ"	
	Equipe multidisciplinar	"Equipe multidisciplinar para lidar com situações de discriminação"	
Políticas e Diretrizes	Código de Conduta/Ética	"código de conduta", "código de ética"	
	Regulamentos/Protocolos/Fluxogramas	"regulamento de condutas", "protocolos", "fluxogramas de atendimento para de assédio, racismo", "Protocolo de atendimento em situações de violência (Pediatria)"	
	Políticas de inclusão	"maior inclusão de profissionais de todas os gêneros, crenças, orientação sexual", "Inclusão de profissionais de todas os gêneros, crenças, orientação sexual", "atividades de inclusão", "políticas de inclusão"	
	Programa antirracistas	"Programa antirracistas"	
Ações da Gestão e Liderança	Diálogo/Reuniões com Chefia	"conversas e encontros", "algumas reuniões", "Conversa com a chefia", "reuniões no setor", "Reuniões", "relato à chefia imediata", "buscar auxílio junto a chefia", "denunciar a chefia", "chefias", "chefia da unidade", "convocação para conversa", "diálogo", "rodadas de conversas", "rodas de conversa", "reuniões para esclarecimento e conscientização", "reuniões para reabilitada", "fui amparada pela minha antiga chefia", "Considero as chefias abertas a diálogos e abertas para relatar quaisquer atos de violência.", "reuniões, onde ninguém fala nada por ter medo de sofrer represálias"	
	Gerenciamento de risco	"Gerência de risco", "Gestão de risco e integridade corporativa", "acionamento da gerência de risco", "notificações de conduta da gerência de risco", "Gerência de Risco e integridade"	
	Avaliação/Feedback	"Feedback", "Avaliações periódicas", "avaliações"	
	Ouvir as partes afetadas	"Ouvir as partes afetadas. Assim para poder entender a situação."	

	Tomada de Providências/Punição	"Chefias para tomar as devidas providências", "não vejo acontecer... punições de verdade", "o agressor parece que não sofre medidas para parar as agressões", "o próprio hospital (...) não tomam atitudes para proteger o servidor", "Enquanto não houver punição aos violadores, eles seguirão fazendo o que quiserem.", "nada é feito em relação"	
Recursos externos / Outros	Sindicato (Sindisaúde)	"Sindisaude", "Sindicato"	
	Segurança (Câmeras, Equipe)	"Câmera de segurança", "segurança do hospital", "seguranças", "não temos amparo da segurança do hospital (sempre chega quando as coisas já se resolveram)."	
	Boletim de Ocorrência	"Boletim de Ocorrência"	
	Plataformas (Moodle)	"moodle"	

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Dentre as categorias de respostas abordadas pelos participantes encontram-se menções relacionadas a canais de denúncia como ouvidorias e comitês de ética, treinamentos e capacitações (muitos em formato EAD), além de campanhas de conscientização e palestras. Muitos profissionais, no entanto, expressam desconhecimento sobre a existência ou efetividade dessas ações, ou relatam que, na prática, as medidas são insuficientes para prevenir a violência ou garantir punições adequadas. Em suma, há entre os participantes uma percepção geral de que, embora as ações existam "na teoria", sua aplicação e impacto real são limitados, com preocupações sobre a falta de apoio efetivo e o medo de retaliação ao denunciar.

4.1.14 Relatório 2 — Resultados da Etapa Qualitativa

O Relatório dos Resultados Qualitativos, por sua vez, deriva da análise de conteúdo de 45 entrevistas em profundidade, processadas e organizadas no ATLAS.ti®. Ele sintetiza categorias relacionadas à banalização da violência, às microviolências cotidianas, ao silenciamento institucional, ao impacto emocional e moral sobre os trabalhadores e às dinâmicas organizacionais que sustentam essas formas de violência. Também explora elementos estruturais da cultura hospitalar,

mecanismos de poder, fragilidades nas respostas institucionais e estratégias de enfrentamento adotadas pelos profissionais.

Esse relatório fundamenta diretamente os manuscritos 4, 5 e 6, oferecendo densidade interpretativa para compreender sentidos, significados, repercussões subjetivas e dilemas éticos presentes nas experiências narradas.

4.1.15 Resultados da etapa qualitativa e análise qualitativa no ATLAS.ti®

Após a gravação e a transcrição literal das entrevistas, o corpus qualitativo foi organizado e processado no software ATLAS.ti®, o que possibilitou a gestão sistemática dos dados e o desenvolvimento analítico da pesquisa. Com base nos objetivos do estudo, no referencial teórico adotado e nos princípios da análise de conteúdo, foram estruturados 549 códigos, aplicados a 2.723 citações, distribuídas ao longo das 45 entrevistas incluídas na etapa qualitativa. A construção dos códigos ocorreu de forma indutiva e dedutiva, a partir da leitura flutuante do material empírico e da identificação de unidades de sentido recorrentes e relevantes. Esse processo permitiu visualizar padrões, recorrências e relações entre segmentos textuais, favorecendo a construção de categorias temáticas consistentes.

A análise seguiu os princípios da análise de conteúdo temática, proposta por Bardin (2016). Na fase de pré-análise, realizou-se leitura flutuante das transcrições, organização inicial do corpus e definição dos eixos relevantes do material. Em seguida, na etapa de exploração dos dados, foram conduzidas a codificação aberta das unidades de sentido e a categorização progressiva, com agregações semânticas orientadas por proximidade conceitual e recorrência empírica. Por fim, na fase de tratamento e interpretação, os códigos e categorias foram refinados, integrados e articulados tanto à literatura quanto aos achados quantitativos, resultando nos temas centrais que sintetizam os desafios e obstáculos vivenciados pela enfermagem.

No ATLAS.ti®, os procedimentos foram conduzidos da seguinte forma:

1. Importação e preparação dos dados – as transcrições foram inseridas como *Documents* dentro de um *Project*, permitindo organização, limpeza e controle das entrevistas.
2. Codificação inicial (open coding) – utilizando a ferramenta *Code*, cada unidade de sentido foi destacada manualmente no texto, gerando códigos descritivos

e analíticos. O software registra automaticamente frequências, sobreposições e relações entre códigos.

3. Agrupamento e construção de categorias – os códigos foram organizados por similaridade em *Code Groups* ou *Networks*, possibilitando visualização gráfica das relações semânticas e hierárquicas.

4. Análise avançada e construção de temas – com recursos como *Code Co-occurrence*, *Query Tool* e *Network Views*, foram identificados padrões de convergência entre códigos, relações entre fenômenos e estruturas explicativas.

5. Triangulação com dados quantitativos – indicadores institucionais (hostilidade, proteção, retaliação), padrões emocionais (sofrimento, adoecimento) e elementos organizacionais (lideranças, fluxos de denúncia, cultura disciplinar) foram comparados aos resultados estatísticos, permitindo análises integradas e identificação de convergências entre fatores estruturais, relacionais e subjetivos.

Esse processo sistemático proporcionou uma análise robusta, transparente e auditável, garantindo rigor metodológico e coerência entre as etapas qualitativa e quantitativa.

As entrevistas foram transcritas integralmente, e os dados sociodemográficos dos participantes foram organizados no Microsoft Excel®, compondo um panorama descritivo da amostra.

Participaram do estudo 45 profissionais de enfermagem. A idade média foi de $40,5 \pm 7,0$ anos (mediana: 41,0; intervalo: 23–53) e o tempo médio de atuação na enfermagem foi de $17,7 \pm 6,9$ anos (mediana: 18,0; intervalo: 2–34), caracterizando uma força de trabalho experiente. Houve predomínio do sexo biológico feminino (66,7%) e de participantes que se identificam com o gênero mulher (66,7%). A cor da pele autorreferida foi majoritariamente branca (75,6%), seguida de parda (17,8%) e preta (6,7%). Quanto ao estado civil, 66,7% eram casados(as) ou viviam com companheiro(a). As afiliações religiosas mais frequentes foram católica (35,6%), cristã (26,7%), espírita (15,6%) e umbanda/candomblé/outras cultos afro-brasileiros (11,1%). A maioria não referiu deficiência (95,6%). Quanto ao perfil ocupacional, técnicos(as) de enfermagem representaram 55,6% da amostra e enfermeiros(as), 44,4% (Tabela 19).

Tabela 19. Características sociodemográficas da amostra (n=45). Florianópolis, SC, Brasil, 2025

Variável/Categoria	N	%
Amostra	45	100,0
Sexo biológico:		
Feminino	30	66,7
Masculino	15	33,3
Cor da pele autodeclarada?		
Branca	34	75,6
Parda	8	17,8
Preta	3	6,7
Estado civil?		
Casado/vive com o companheiro(a)	30	66,7
Solteiro(a)	10	22,2
Separado/divorciado	3	6,7
Outro	2	4,4
Religião?		
Católico	16	35,6
Cristã	12	26,7
Espírita	7	15,6
Umbanda, candomblé ou outras religiões afro-brasileiras	5	11,1
Ateu	2	4,4
Agnóstico/cético	2	4,4
Evangélico	1	2,2
Portador de alguma deficiência?		
Não	43	95,6
Sim	2	4,4
Função que exerce no hospital?		
Técnico de Enfermagem	25	55,6
Enfermeiro(a)	20	44,4

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Os três quadros a seguir sintetizam a estrutura analítica elaborada no ATLAS.ti® a partir da codificação das 45 entrevistas que compõem a etapa qualitativa do estudo. Eles apresentam, de forma organizada, as categorias, subcategorias e grupos de códigos que fundamentaram a construção dos resultados dos manuscritos 4, 5 e 6. Essa sistematização decorre do processo de análise de conteúdo (Bardin, 2016), operacionalizado no software mediante codificação aberta, agrupamentos semânticos, organização hierárquica das categorias e integração interpretativa. Assim, os Quadros 5, 6 e 7 representam a matriz analítica central utilizada para estruturar o corpo dos achados qualitativos, evidenciando a coerência interna entre os níveis macro, meso e micro da violência institucional e permitindo sua articulação com as perspectivas teóricas adotadas e com os dados quantitativos do estudo.

4.1.16 Estrutura dos grupos analíticos no ATLAS.ti®

O Quadro 5 sintetiza a estrutura analítica resultante do processamento das 45 entrevistas no ATLAS.ti®. Os *Document Groups* foram utilizados para classificar as transcrições conforme características relevantes do estudo, como tipo de participante, setor de trabalho e histórico de violência, permitindo análises comparativas e verificação de saturação temática.

Já os *Code Groups* representam agregações semânticas formadas após a etapa de codificação aberta. Esses grupos contêm conjuntos de códigos que compartilham afinidade conceitual e que, ao serem articulados, deram origem aos temas analíticos descritos nos Resultados Qualitativos. A disposição dos códigos e suas frequências relativas oferece rastreabilidade e rigor ao processo de análise.

A organização das categorias no quadro reflete a passagem da codificação descritiva para a interpretação analítica, evidenciando vínculos entre fenômenos, padrões de coocorrência e eixos estruturantes da violência hospitalar. Assim, o quadro atua como evidência do caminho metodológico percorrido, demonstrando como os achados qualitativos foram fundamentados, comparados e integrados ao corpo do estudo.

Quadro 5 – Resultados Qualitativos – Manuscrito 4 (QUALI)

Dimensão	Subcategorias Principais	Principais Códigos (síntese)
1. Governança e política institucional (macro)	1.1 Políticas e fluxos formais 1.2 Comunicação institucional 1.3 Canais de denúncia	Falhas de prevenção; ausência de responsabilização; naturalização institucional; necessidade de políticas claras; ferramentas de comunicação; registro formal; acolhimento institucional
2. Organização do trabalho e ambiente seguro (meso)	2.1 Dimensionamento e ambientes protegidos 2.2 Regras de acesso 2.3 Mediação / gestão ativa 2.4 Gatilhos contextuais	Ambientes inseguros; ausência de protocolos; mediação frágil; superlotação; conflitos por turno; vulnerabilidade de novatos
3. Pessoas, liderança e cultura de respeito (meso/micro)	3.1 Liderança humanizada 3.2 Competências relacionais 3.3 Estratégias de equipe	Falta de preparo da chefia; ausência de empatia; CNV/assertividade; escuta ativa; comunicação in loco; autorregulação
4. Resposta, cuidado ao trabalhador e aprendizagem (macro/meso/micro)	4.1 Acolhimento e redes de apoio 4.2 Avaliação e retorno seguro 4.3 Indicadores e devolutivas	Acolhimento frágil; necessidade de acompanhamento psicológico; uso de psicotrópicos; falta de devolutivas e indicadores
5. Estratégias individuais e de equipe (micro)	5.1 Reconhecimento rápido 5.2 De-escalada / CNV 5.3 Apoio imediato	Autorregulação; comunicação não violenta; estabelecimento de limites; acionamento de chefia/segurança

Tema: Violência no trabalho, cultura organizacional e práticas institucionais

Fonte: 45 entrevistas (ATLAS.ti®)

Referencial: Violência Laboral

Método: Análise de conteúdo (Bardin, 2016)

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Quadro 6. Resultados Qualitativos – Manuscrito 5 (Métodos Mistos)

Categoria Final	Sentido Interpretativo	Principais Códigos (síntese)
1. Banalização do ambiente hostil	Violência como rotina naturalizada	Banalização; omissão institucional; hierarquia rígida; clima tenso; ausência de escuta; desrespeito entre categorias
2. O mal banal e o não-julgamento ético	Falta de responsabilização e reflexão moral	Impunidade; omissão da chefia; perseguição; abuso de poder; ameaça; incoerência entre regras e prática

3. Microviolências e cotidiano do desprezo	Violências sutis e simbólicas persistentes	Piadas; discriminação; preconceitos múltiplos; racismo; machismo; LGBTfobia; desqualificação profissional
4. Estigma e impacto da vitimização	Sufrimento invisibilizado e isolamento	Sufrimento emocional; medo; retraimento; impacto psicossocial; autocensura; afastamento do trabalho
5. Naturalização e conformismo (“sempre foi assim”)	Violência incorporada à identidade do trabalho	Aceitação forçada; silêncio; tolerância para evitar conflito; assédio persistente; formação marcada por violência

Tema: Violência laboral, banalização, contexto organizacional e intenção de rotatividade

Fonte: 45 entrevistas

Referencial: Hannah Arendt

Método: Análise de conteúdo (Bardin, 2016)

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Quadro 7. Resultados Qualitativos – Manuscrito 6 (Métodos Mistos – QUALI + QUAN)

Categoria Final	Sentido Interpretativo	Principais Códigos (síntese)
1. Relações hierárquicas e violência institucionalizada	Verticalização do poder, autoritarismo e desvalorização	Poder médico sobre enfermagem; abuso de poder; assédio; exposição pública; punição; omissão da chefia
2. Silenciamento e medo como barreiras à ação	Perda de voz, medo antecipatório e ausência de escuta	Medo de denunciar; retaliação; falta de sigilo; autocensura; trauma; ausência de canais eficazes
3. Normalização e banalização da violência	Violência vista como parte do trabalho	Microviolências; agressões verbais; piadas; omissão institucional; resistência ao cuidado emocional
4. Fragilidades institucionais e ausência de suporte	Falta de políticas, proteção e resposta efetiva	Impunidade; falha de prevenção; ausência de valorização; canais pouco resolutivos; acolhimento ineficaz
5. Impactos emocionais e estratégias de resistência	Adoecimento e formas de enfrentamento/reconstrução	Sofrimento emocional; retraimento; burnout; uso de psicotrópicos; apoio entre colegas; mediação; autocuidado

Tema: Desafios e obstáculos da enfermagem diante da violência hospitalar

Fonte: 45 entrevistas (triangulação com dados QUAN)

Referencial: Hannah Arendt – banalidade do mal e conformismo

Método: Análise de conteúdo (Bardin, 2016)

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Quadro 8. Estrutura dos grupos analíticos (*Document Groups* e *Code Groups*) derivados da codificação no ATLAS.ti®. Florianópolis, SC, Brasil, 2025.

Grupo de Documentos (<i>Document Groups</i>)	Código (<i>Code Groups</i>)
Violência verbal – entre profissionais	Agressão verbal Agressor - a certeza da impunidade Agressor - enfermeiro para enfermeiro Agressor - enfermeiro para técnico Agressor - médico para enfermeiro Agressor – técnico para técnico Desrespeito entre profissionais – hierarquia e tratamento ríspido Desrespeito interprofissional Violência psicológica – agressões verbais Violência psicológica – agressões verbais entre colegas Violência Psicológica – agressões verbais entre colegas/chefia

	Violência Psicológica – agressões verbais entre colegas/médicos Violência verbal – entre profissionais
Violência verbal – por usuários/familiares	Violência psicológica – agressões verbais entre equipe e familiares de pacientes Violência Psicológica – agressões verbais entre familiares Violência psicológica – agressões verbais por usuários/familiares Violência psicológica – agressões verbais/ameaças por usuários/familiares Violência Psicológica – familiares contra equipe Violência Psicológica – intimidação verbal por familiar
Violência verbal – por médico	Desrespeito entre profissionais – médicos e equipe de enfermagem Violência por parte de profissional médico Violência verbal – médico
Violência verbal – desvalorização do técnico de enfermagem	Falha institucional – desvalorização do técnico Violência verbal – desvalorização de técnico de enfermagem
Violência psicológica – desvalorização/exclusão	Impacto – desvalorização profissional Violência psicológica – desqualificação do sofrimento Violência psicológica – exclusão e desvalorização Violência simbólica – desqualificação profissional implícita
Violência psicológica – piadas/brincadeiras	Banalização – brincadeira (violência disfarçada de humor) Violência psicológica – piadas e brincadeiras
Violência psicológica – preconceitos e intolerâncias	LGBTfobia explícita Violência psicológica – intolerância a opiniões e crenças Violência psicológica – intolerância a opiniões e crenças / diversidade sexual Violência psicológica – intolerância a opiniões e crenças / imaturidade profissional Violência psicológica – intolerância a opiniões e crenças / orientação sexual Violência Psicológica – preconceito de gênero Violência Psicológica – preconceito/lgbt Violência Psicológica – preconceito/machismo Violência psicológica – preconceitos múltiplos
Violência psicológica – por chefia	Comunicação não efetiva – chefia Violência psicológica – chefia
Violência reativa (resposta à tensão/estresse)	Violência reativa Violência reativa – projeção emocional nos colegas
Assédio moral (geral/organizacional)	Assédio moral Assédio moral – abuso de poder Assédio moral – ameaça de desligamento Assédio moral – calúnia e difamação Assédio moral – centralização e retirada de autonomia Assédio moral – coação/intimidação Assédio moral – cobrança Assédio moral – cobrança excessiva Assédio moral – cobrança excessiva/controle

	Assédio moral – cobrança/avaliação punitiva Assédio moral – cobrança/controle excessivo Assédio moral – cobrança/exposição punitiva Assédio moral – cobrança/exposição vexatória Assédio moral – cobrança/hostilidade Assédio moral – cobrança/hostilidade persistente Assédio moral – cobrança/retaliação Assédio moral – competição institucionalizada Assédio moral – controle/retaliação via escala Assédio moral – desconsideração da complexidade do cuidado Assédio moral – desqualificação profissional Assédio moral – desqualificação pública Assédio moral – desqualificação/hostilidade de ingresso Assédio moral – discriminação direcionada Assédio moral – em ambiente coletivo Assédio moral – entre pares Assédio moral – entre pares/liderança Assédio moral – exposição pública Assédio moral – favorecimento/grupo fechado Assédio moral – insegurança/ameaça percebida pela chefia Assédio moral – interprofissional Assédio moral – intimidação de novos profissionais Assédio moral – intimidação/ameaça Assédio moral – perseguição Assédio moral – por parte do médico Assédio moral – punição por não ser subserviente Assédio moral – retaliação Assédio moral – retaliação/manipulação de escala Assédio moral – sabotagem profissional Assédio moral – tratamento desigual Assédio moral – vigilância excessiva Assédio moral institucional
Violência psicológica – conotação sexual	Violência Psicológica – conotação sexual
Violência psicológica – racismo/discriminação étnico-racial	LGBTfobia explícita Racismo – microagressões e discriminação velada Violência psicológica – racismo e discriminação étnico-racial Violência racial – racismo/colorismo Violência simbólica – linguagem racista e discriminatória
Violência simbólica/psicológica (geral)	Reconhecimento de violência simbólica Violência simbólica – desqualificação profissional implícita Violência simbólica – linguagem racista e discriminatória Violência simbólica/discriminatória Violência simbólica/psicológica
Violência física	Violência física Violência física – agressão por pacientes/familiares Violência física – ameaça de agressão Violência física – paciente idoso agredido por familiar Violência física – tentativa de agressão por familiar
Violência sexual – assédio físico	Violência sexual – assédio físico
Violência reiterada/assédio continuado	Comportamento persistente – continuidade dentro e fora do trabalho Violência reiterada – agressor recorrente

Violência estrutural – gênero	Violência de gênero – machismo Violência estrutural – gênero
Violência hierárquica – desvalorização da liderança de enfermagem	Relações hierárquicas – poder médico sobre equipe de enfermagem Relações hierárquicas complexas – médico/enfermeira Violência hierárquica – desvalorização da liderança da enfermagem
Violência institucional (persistente/estrutural)	Violência institucional Violência institucional (rotatividade/retorno imposto como risco de revitimização) Violência institucional persistente
Violência no trabalho – alcance coletivo/ambiente	Violência no trabalho – alcance coletivo Violência no trabalho – reflexo de contornos sociais mais amplos
Silenciamento/normalização e barreiras	Silenciamento institucional Silenciamento institucional – ausência de escuta Silenciamento institucional – autocensura como defesa Silenciamento institucional – dúvidas sobre “para onde encaminhar” Silenciamento institucional – tentativa de denúncia sem resultado
Silenciamento individual (medo/evitação)	Ameaça explícita Clima organizacional – medo antecipatório Medo de exposição - medo de falar Silenciamento – medo de denunciar Silenciamento – recusa em relatar situação Silenciamento – tolerância para evitar conflito
Normalização/banalização da violência	Banalização Banalização – brincadeira (violência disfarçada de humor) Banalização – desde a formação Banalização – hierarquia naturalizada Banalização – invisibilização das microviolências Banalização – invisibilização de competências Banalização – naturalização institucional Banalização – naturalização pela aceitação forçada Banalização – resistência ao cuidado emocional Banalização – resistência ao enfrentamento por medo Banalização/normalização da violência História do marisco da pedra - analogia Impacto positivo – satisfação no ambiente de trabalho Normalização da violência – banalização Normalização da violência – naturalização institucional Normalização da violência – omissão institucional Normalização da violência – omissão institucional ou entre pares Normalização da violência – resistência ao cuidado emocional Percepção de diminuição da violência
Sobrecarga, vulnerabilidade e saúde mental	Sobrecarga – situações emergenciais simultâneas Sobrecarga de funções – acúmulo de responsabilidades não pertencentes à enfermagem Sobrecarga emocional

Vulnerabilidade emocional/individual	Fatores individuais – comportamento como fator de risco Fatores individuais – percepção de vulnerabilidade pessoal Vulnerabilidade emocional
Saúde mental – sofrimento/adoecimento	Impacto - afastamento do trabalho Impacto - sintomas de depressão Impacto - sofrimento emocional Impacto – adoecimento psicológico Impacto – auxílio psicológico Impacto – auxílio psiquiátrico Impacto – medicação psicotrópica Impacto – múltiplos fatores associados ao sofrimento Impacto – saúde mental Impacto emocional – sofrimento silenciado
Trauma psicossocial relacionado ao trabalho	Trauma - medo de penalização/retaliação Trauma - medo, constrangimento Trauma - sentimento de fracasso Trauma – dano emocional Trauma – ideiação suicida Trauma – medo da avaliação de desempenho Trauma – medo de comunicar à chefia Trauma – medo de ir ao trabalho/dano emocional Trauma – medo de ser reconhecida pela violência Trauma – superação parcial
Impacto no trabalho (desempenho/produtividade/carreira)	Impacto – desejo de afastamento do trabalho Impacto – desmotivação profissional Impacto – dúvida sobre conduta profissional Impacto – limitações no desenvolvimento profissional Impacto – progressão de carreira/salário Impacto – qualidade do cuidado Impacto – retraimento e isolamento profissional Impacto emocional – desejo de desistir da profissão Impacto emocional – desvalorização ética e profissional Impacto emocional do trabalho na vida pessoal/familiar Impacto no trabalho – desempenho afetado por conflitos
Impacto na trajetória/decisões profissionais	A violência e o afastamento repercutem diretamente em progressão de carreira Consequência – pedido de desligamento Impacto - medo da demissão Impacto – afastamento do ambiente de trabalho Impacto – desejo de afastamento do trabalho Impacto – trajetória profissional Impacto – troca de ambiente de trabalho

Impacto psicossocial (autoestima/relacionamentos)	Impacto - autoestima Impacto - relações fora do trabalho/familiares Impacto – desmotivação profissional Impacto – retraimento e isolamento profissional Impacto – sentimento de humilhação Impacto – vida pessoal/relacionamentos Impacto emocional – desvalorização ética e profissional Impacto emocional – percepção de perseguição Impacto emocional – sofrimento silenciado
Estratégias de coping pessoais (autocuidado/ajustes)	Impacto - abuso de alimento Impacto - abuso de bebida alcoólica Impacto – amadurecimento como fator de proteção Resultado positivo – responsabilização do agressor Salário emocional
Falhas institucionais (prevenção, fluxo, responsabilização)	Ambiente de trabalho – clima tenso Ambiente de trabalho – uso inadequado de canais informais de comunicação Cultura institucional – ausência de valorização da diversidade Estratégia de prevenção – educação antidiscriminatória Estratégia de prevenção – reforço de valores institucionais Estratégias institucionais – mudança cultural Falha da mediação institucional – diálogo ineficaz Falha institucional Falha institucional – atuação apenas reativa Falha institucional – atuação insuficiente Falha institucional – ausência de ações efetivas de prevenção Falha institucional – ausência de ações efetivas diante de denúncias Falha institucional – ausência de diversidade e integração interprofissional Falha institucional – ausência de gestão de conflitos Falha institucional – ausência de integração interprofissional Falha institucional – ausência de medidas efetivas Falha institucional – ausência de políticas efetivas de comunicação Falha institucional – ausência de políticas efetivas de prevenção Falha institucional – ausência de responsabilização Falha institucional – ausência de sigilo nos relatos Falha institucional – ausência de transparência nas medidas tomadas Falha institucional – ausência de transparência/registro do processo Falha institucional – ausência de valorização da categoria/profissão Falha institucional – ausência de valorização da diversidade profissional e cultural Falha institucional – critérios opacos para alocação Falha institucional – desvalorização do técnico Falha institucional – desvalorização por vínculo Falha institucional – fragilidade na comunicação interna Falha institucional – impunidade e reincidência de violência Falha institucional – inadequação do fluxo de atendimento Falha institucional – omissão da chefia diante de violência Falha institucional – omissão diante de violências praticadas por médicos Falha institucional – omissão diante do assédio Falha institucional – protocolos rígidos e pouco adaptáveis Falta de apoio – ausência de divulgação de canais de denúncia Falta de apoio – ausência de registro formal

	Falta de apoio – ausência saúde do trabalhador Falta de clareza institucional – desconhecimento sobre políticas de denúncia Falta de preparo da chefia – ausência de gestão humanizada Fragilidade institucional – ausência de aplicação do código de conduta Fragilidade institucional – falta de formalização Incoerências institucionais – regras vs. prática Necessidade de ações corretivas e punitivas Necessidade de ações educativas – comunicação não violenta Potencial de conflito decorrente de falha institucional Recursos institucionais insuficientes – segurança física
Recursos institucionais – acolhimento/registro/segurança	Estratégia de enfrentamento – Ouvidoria Estratégia de enfrentamento – presença de seguranças Ouvidoria – canal pouco resolutivo Reconhecimento da baixa visibilidade do tema Reconhecimento da importância de múltiplos recursos institucionais Reconhecimento de necessidade de desenvolvimento de habilidades de gestão de conflitos Reconhecimento institucional – valorização de postura conciliadora Recursos institucionais – acesso a apoio psicológico e chefia Recursos institucionais – acolhimento de denúncias Recursos institucionais – conhecimento prévio da chefia Recursos institucionais – encaminhamento de casos de violência Recursos institucionais – equipe multiprofissional Recursos institucionais – procedimentos formais de registro Recursos institucionais – uso de normas/regras para mediação de conflitos Sugestões estratégias institucionais – ouvidoria / segurança institucional

Recursos institucionais – comunicação/ferramentas	Comunicação institucional – importância da formalização de denúncias Comunicação institucional – necessidade de clareza no conteúdo educativo Recursos institucionais – ferramenta de comunicação mal utilizada Recursos institucionais – ferramentas de comunicação
Necessidades institucionais – políticas e cultura (tolerância zero)	Necessidade de cultura institucional de tolerância zero à violência Necessidade de equidade nas ações institucionais Necessidade de liderança conectada à realidade assistencial Necessidade de políticas institucionais de prevenção Necessidade de transparência institucional
Necessidades institucionais – gestão de conflitos	Necessidade de ações institucionais – abordagem direta Necessidade de ações institucionais – ampliação de canais de suporte Necessidade de ações institucionais – criação de grupos de apoio Necessidade de ações institucionais – gestão ativa de conflitos
Ações institucionais insuficientes	Ações institucionais insuficientes – agenda desequilibrada Ações institucionais insuficientes – falta de abordagem direta Ações institucionais insuficientes – foco técnico sem eixo psicossocial Ações institucionais insuficientes – iniciativas tímidas/ineficazes Ações institucionais insuficientes – treinamento sem eixo psicossocial Ações institucionais insuficientes – treinamento superficial Ações institucionais insuficientes – treinamento/agenda superficial Falta de apoio – chefia Falta de apoio – chefia (médica)
Relações interpessoais fragilizadas (clima tenso/conflituoso)	Conflito interpessoal – equipe e familiares de pacientes Conflito interpessoal entre colegas de enfermagem Conflito interpessoal no ambiente de trabalho Exposição a práticas restaurativas Falta de apoio – colegas Falta de empatia Impacto - culpabilização Impacto emocional – desconforto Relações interpessoais fragilizadas – clima tenso constante

Relações de trabalho positivas (apoio, respeito, coesão)	Apoio – colegas Apoio da chefia Apoio institucional – SMO/acolhimento Impacto positivo – melhoria na assistência ao paciente Relações de trabalho positivas Relações de trabalho positivas – acolhimento e apoio entre colegas Relações de trabalho positivas – ambiente de apoio e flexibilidade Relações de trabalho positivas – apoio da chefia Relações de trabalho positivas – coesão e respeito na equipe Relações de trabalho positivas – comunicação efetiva Relações de trabalho positivas – confiança e credibilidade Relações de trabalho positivas – empatia Relações de trabalho positivas – flexibilidade da chefia Relações de trabalho positivas – mediação de conflitos Relações de trabalho positivas – mediação/ajuste de convivência Relações de trabalho positivas – respeito e consideração mútua Relações de trabalho positivas – vínculos interpessoais
Rede de apoio extra-institucional (família/comunidade)	Rede de apoio – familiar
Estratégias de enfrentamento – comunicação/assertividade/registro	Estratégia de enfrentamento Estratégia de enfrentamento - resistência psicológica Estratégia de enfrentamento – adiar resolução para evitar escalada Estratégia de enfrentamento – adiar resolução para momento mais calmo Estratégia de enfrentamento – afastamento temporário Estratégia de enfrentamento – amadurecimento/limites Estratégia de enfrentamento – antecipação de conflitos Estratégia de enfrentamento – argumentação técnica Estratégia de enfrentamento – ausência de formalização da denúncia Estratégia de enfrentamento – autocontrole e adaptação relacional Estratégia de enfrentamento – autocuidado/lazer Estratégia de enfrentamento – autocuidado/terapias complementares Estratégia de enfrentamento – autocuidado/terapias e rotinas Estratégia de enfrentamento – autorreflexão e autocrítica Estratégia de enfrentamento – autorregulação emocional Estratégia de enfrentamento – auxílio psicológico Estratégia de enfrentamento – boletim de ocorrência Estratégia de enfrentamento – comunicação assertiva Estratégia de enfrentamento – comunicação firme Estratégia de enfrentamento – comunicação não violenta Estratégia de enfrentamento – comunicar à chefia Estratégia de enfrentamento – comunicar à segurança Estratégia de enfrentamento – controle de canais de comunicação Estratégia de enfrentamento – disponibilidade para atender familiares Estratégia de enfrentamento – encaminhamento formal posterior Estratégia de enfrentamento – encaminhamento/acolhimento Estratégia de enfrentamento – encaminhamento/afastamento e tratamento Estratégia de enfrentamento – encaminhamento/ajustes posteriores Estratégia de enfrentamento – encaminhamento/seguimento terapêutico Estratégia de enfrentamento – enfrentamento direto Estratégia de enfrentamento – enfrentamento direto de injustiça

	Estratégia de enfrentamento – escuta da vítima Estratégia de enfrentamento – evitação/passividade Estratégia de enfrentamento – evitar confronto Estratégia de enfrentamento – evitar exposição e escalada de conflitos Estratégia de enfrentamento – firmeza na comunicação Estratégia de enfrentamento – intervenção precoce Estratégia de enfrentamento – manter postura cordial e respeitosa Estratégia de enfrentamento – mediação de conflitos Estratégia de enfrentamento – mediação de conflitos presencialmente Estratégia de enfrentamento – mediação direta de conflitos Estratégia de enfrentamento – minimização individual do impacto Estratégia de enfrentamento – negociação/arranjos informais Estratégia de enfrentamento – organização pessoal para prevenir conflitos Estratégia de enfrentamento – Ouvidoria Estratégia de enfrentamento – planejamento de saída Estratégia de enfrentamento – posicionamento assertivo Estratégia de enfrentamento – postura questionadora Estratégia de enfrentamento – presença de seguranças Estratégia de enfrentamento – preservação da saúde mental Estratégia de enfrentamento – prevenção da escalada de conflitos Estratégia de enfrentamento – prevenção de situações de violência Estratégia de enfrentamento – reflexão posterior Estratégia de enfrentamento – registro documental Estratégia de enfrentamento – reorganização pessoal/profissional Estratégia de enfrentamento – reposicionamento assertivo Estratégia de enfrentamento – resiliência Estratégia de enfrentamento – resolução restrita ao grupo diretamente envolvido Estratégia de enfrentamento – respeito como forma de evitar conflitos Estratégia de enfrentamento – resposta assertiva Estratégia de enfrentamento – ressignificação/aprendizado Estratégia de enfrentamento – tentativa de mitigação de conflitos Estratégia de enfrentamento – transparência e clareza
Enfrentamento institucional – denúncia e seguimento	Encaminhamento institucional – denúncia Enfrentamento – registro oficial da violência Enfrentamento/denúncia pelo trabalhador Estratégia de enfrentamento – Ouvidoria

Sugestões de estratégias institucionais – treinamento e suporte	Estratégia institucional – treinamento obrigatório após violência Sugestões estratégias institucionais – ambientes protegidos Sugestões estratégias institucionais – avaliação psicológica periódica Sugestões estratégias institucionais – comunicação não violenta Sugestões estratégias institucionais – conscientização sobre respeito e tratamento igualitário Sugestões estratégias institucionais – divulgação de canais de denúncia Sugestões estratégias institucionais – divulgação de canais de denúncia e orientações para vítimas Sugestões estratégias institucionais – educação emocional/relacional Sugestões estratégias institucionais – educação formativa Sugestões estratégias institucionais – espaços de escuta/acolhimento Sugestões estratégias institucionais – mediação de conflitos Sugestões estratégias institucionais – ouvidoria / segurança institucional Sugestões estratégias institucionais – presença ativa das lideranças Sugestões estratégias institucionais – prevenção da violência Sugestões estratégias institucionais – regras e protocolos para familiares Sugestões estratégias institucionais – reuniões com psicólogos Sugestões estratégias institucionais – treinamentos em comunicação assertiva Sugestões estratégias institucionais – treinamentos sobre ética e limites no exercício da liderança Sugestões estratégias institucionais – treinamentos sobre liderança e gestão de pessoas Sugestões estratégias institucionais – treinamentos sobre liderança e relações interpessoais Sugestões estratégias institucionais – treinamentos sobre violência/assédio
Proteção e fatores protetores	Ausência de assédio moral por parte da chefia Ausência de discriminação direta Ausência de violência física Ausência de violência psicológica – agressões verbais entre colegas Ausência de vivência direta de violência Ausência declarada de violência Estratégia de proteção Exceção percebida – ausência de violência direta Percepção de exceção – ausência de vivência direta de violência Proteção – ambiente preventivo contra conflitos Proteção – apoio de rede familiar Proteção – autocontrole emocional Proteção – busca de alternativas (capacitação/apoio) Proteção – estratégia subjetiva Proteção – mudança de trajetória como autopreservação Proteção – priorização da saúde mental como eixo institucional Proteção – proposta de comitê e marco anual

Contexto/Setor – características de unidade e dinâmica assistencial	Contexto específico – característica da unidade (UTI pediátrica) Contexto específico – UTI pediátrica Contexto organizacional – rotina administrativa Contexto profissional – necessidade de mediação de conflitos Contexto profissional – proximidade da enfermagem com familiares de pacientes Contexto profissional – reuniões de equipe multidisciplinar Contexto situacional – maternidade/centro obstétrico
Gatilhos contextuais (turno/limites/novatos/superlotação)	Estratégia de resistência – imposição de limites pessoais Fatores contextuais – superlotação e demora no atendimento Fatores sociais e contextuais – intensificação de conflitos em contextos de fragilidade Gatilho – cultura de não violência Gatilho – limites impostos Gatilho – limites impostos a novatos Gatilho – turno de trabalho diurno Intensificação de conflitos em contextos de fragilidade

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

4.2 APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS

Após a apresentação dos relatórios, seguem os seis manuscritos que compõem este capítulo:

O manuscrito 2 – Quando cuidar vira um sofrimento: as consequências da violência no trabalho da enfermagem, analisa os impactos da violência laboral sobre 573 trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário, destacando repercussões emocionais, físicas e profissionais. Utilizando análise lexicográfica (IRaMuTeQ) e análise de conteúdo, evidenciam-se sofrimento psíquico, humilhação, ansiedade, depressão, somatizações e, em casos extremos, ideação suicida. Os resultados mostram que a violência impacta diretamente a subjetividade, a prática assistencial e o vínculo com o trabalho, reforçando a necessidade de políticas institucionais de prevenção e suporte psicossocial.

Este manuscrito 3 – Violência laboral na enfermagem: prevalência e natureza dos incidentes em hospital universitário terciário, apresenta a prevalência, tipos e características da violência vivenciada por 573 profissionais de enfermagem. A análise estatística revela prevalência de 71,2% de violência, com predomínio de assédio moral, violência verbal e psicológica. Chefias, colegas, pacientes e familiares figuram entre os principais agressores. A violência associa-se a hostilidade no ambiente, adoecimento, uso de medicação, afastamentos e intenção de desligamento, em um cenário marcado por subnotificação. Os achados reforçam a urgência de políticas institucionais efetivas de proteção e acolhimento.

O manuscrito 4 – Estratégias multicomponentes por níveis de prevenção e ação para enfrentar a violência no trabalho em enfermagem, apresenta os achados qualitativos de 45 entrevistas, sistematizando estratégias institucionais de prevenção e enfrentamento da violência. Organizado por níveis de prevenção (primária, secundária e terciária) e níveis de ação (macro, meso e micro), o estudo propõe um modelo operacional que integra governança, cultura organizacional, liderança, gestão do trabalho e estratégias individuais e coletivas. O manuscrito oferece um arcabouço prático para orientar políticas, fluxos institucionais e intervenções no ambiente hospitalar.

Em relação ao Manuscrito 5 – Violência no trabalho e impactos na saúde da enfermagem: o papel da banalização e do contexto organizacional em hospital terciário – estudo de métodos mistos, este integra os achados quantitativos e qualitativos e evidencia como a violência se articula a processos de banalização, silenciamento e omissão institucional. A partir de um desenho de métodos mistos, o estudo demonstra que a violência produz impactos significativos na saúde física, emocional e moral dos trabalhadores, sendo sustentada por dinâmicas hierárquicas, microviolências e fragilidades organizacionais. À luz de Hannah Arendt, o fenômeno é interpretado como estrutural e simbólico, atravessando práticas, relações e culturas institucionais.

O manuscrito 6 – Desafios e obstáculos da enfermagem diante da violência no ambiente hospitalar: uma análise de métodos mistos, examina, de forma integrada, os desafios enfrentados pela enfermagem para lidar com a violência hospitalar. A etapa quantitativa identificou prevalência elevada, medo de retaliação, subnotificação e baixa proteção institucional. Na etapa qualitativa, emergiram dinâmicas de silenciamento, banalização das agressões, autoritarismo hierárquico e fragilidade das respostas institucionais, além de estratégias de resistência dos trabalhadores. A integração dos dados revela a violência como fenômeno multifacetado, sustentado por relações de poder, cultura organizacional e lacunas institucionais.

Por fim, o manuscrito 7 – Métodos mistos na pesquisa de temas sensíveis: uma reflexão teórica sobre a investigação da violência no trabalho, teórico-reflexivo discute a aplicabilidade dos métodos mistos para investigar fenômenos sensíveis e complexos, como a violência no ambiente de trabalho em saúde. Explora fundamentos dos desenhos mistos, potencialidades da triangulação e das metainferências, bem como desafios epistemológicos, operacionais e éticos da integração de dados. A reflexão dialoga diretamente com a experiência desta tese, propondo um arcabouço metodológico que qualifica pesquisas futuras na área.

4.2.1 Manuscrito 2 – Quando cuidar vira um sofrimento: as consequências da violência no trabalho da enfermagem

QUANDO CUIDAR VIRA UM SOFRIMENTO: AS CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA NO TRABALHO DA ENFERMAGEM¹

Fábio Silva da Rosa²

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas³

Elaine Cristina Novatzki Forte⁴

RESUMO

Objetivo: Analisar os impactos da violência no trabalho dos profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar. **Método:** Estudo qualitativo, de natureza explanatória e descritiva, realizado em hospital universitário público da região Sul do Brasil. A coleta de dados ocorreu entre agosto e setembro de 2024, com 573 profissionais de enfermagem, por meio de formulário online. A análise foi conduzida por abordagem lexicográfica clássica e análise de conteúdo. **Resultados:** Predominaram mulheres, com média etária de 43,9 anos, tempo profissional de 19,3 anos e alta titulação entre enfermeiros. Os impactos da violência incluíram sofrimento psíquico, sintomas depressivos, medo, raiva, irritabilidade, insegurança, insatisfação, desmotivação, humilhação e esgotamento. Relataram-se ainda manifestações somáticas e pensamentos suicidas isolados. Os achados convergem com evidências robustas da literatura. **Conclusões:** A violência no trabalho de enfermagem gera impactos intensos e multifatoriais, comprometendo a saúde física e mental dos profissionais, e demanda estratégias institucionais urgentes de prevenção e cuidado psicossocial.

Descritores: Violência no Trabalho; Enfermagem; Saúde do Trabalhador; Exposição à Violência; Estresse Ocupacional

INTRODUÇÃO

¹ Artigo em processo de submissão na Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn).

² Enfermeiro. Especialista em Terapia Intensiva. Mestre em Enfermagem. Doutorando em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do PRÁXIS: Laboratório de Pesquisa sobre Trabalho, Ética, Saúde e Enfermagem. E-mail: fabiorosa18@gmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: ambrosina.mara@ufsc.com

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: elaine.cnforte@gmail.com

A violência laboral é caracterizada como incidentes em que a pessoa sofre abusos, ameaças ou ataques em circunstâncias relacionadas com seu trabalho, incluindo o trajeto entre a casa e o trabalho, que ponham em perigo, implícita ou explicitamente, sua segurança, seu bem-estar e sua saúde. Aparece em relações marcadas pela opressão, intimidação e medo, revelando a ligação entre violência e poder, onde as relações se tornam hierárquicas e as diferenças se transformam em desigualdades (Sé *et al.*, 2023; Santos *et al.*, 2021).

O trabalho em saúde, afeta os trabalhadores dessa área devido à exposição à violência, no qual acredita-se que seja especialmente prevalente no setor de saúde devido às características ocupacionais, incluindo, mas não se limitando, a longas horas; trabalho em turnos; contato frequente com a morte; e a falta de recursos humanos, materiais e equipamentos (Bernardes *et al.*, 2020). A violência no trabalho em saúde inclui desde violência direcionada com risco de vida envolvendo armas letais até abuso verbal duradouro, afetando a saúde física e mental dos profissionais de saúde, prejudicando o desempenho no trabalho (Rehan *et al.*, 2023), comprometendo a qualidade da assistência prestada.

A violência no ambiente hospitalar contra os profissionais de saúde configura-se como um problema de saúde global, podendo ser praticada pelo paciente ou familiar e pelo próprio colega de trabalho (violência horizontal). Nesse contexto, se destacam os profissionais da área de enfermagem, que sofrem diariamente violência emocional, verbal ou física, ocasionando a violação da dignidade e da integridade física e mental do trabalhador. Sendo descrito como “atos de violência contra profissionais de saúde correspondem a todas as situações em que eles são submetidos a maus-tratos físicos, assediados, ameaçados, discriminados, difamados, injuriados ou coagidos em condições relacionadas com o seu trabalho” (Guimarães *et al.*, 2023).

Estudo envolvendo 950 profissionais de enfermagem de hospitais públicos do sudeste da Espanha (Vidal-Alves *et al.*, 2022), demonstrou que os impactos da violência têm repercussões negativas no profissional da saúde, resultando em exaustão emocional, despersonalização, ansiedade, depressão, disfunção social, estresse psicológico, sintomas de burnout e qualidade de trabalho inadequada, em virtude, sobretudo, da violência psicológica, comprometendo a saúde geral. Outro estudo semelhante evidenciou o aumento da violência horizontal entre os profissionais

da saúde, sendo a principal causa da rotatividade, ou seja, tendência a apresentar maior intenção de deixar seus cargos (Habibzadeh; Namadi; Mahdi-Akhgar, 2022). Ainda, esses profissionais tendem a apresentar desempenho profissional reduzido, menor qualidade de atendimento e mais erros cometidos durante o cuidado (Habibzadeh; Namadi; Mahdi-Akhgar,).

Profissionais da saúde são os que mais sofrem violência laboral no Brasil, representando 25% de todos os casos registrados (Sé *et al.*, 2023). Logo, é necessário compreender os motivos que contribuem para essa violência e as consequências físicas e mentais desses trabalhadores, para que seja possível propor soluções que garantam ambientes de trabalho adequados e seguros.

Nesse sentido, a Resolução 1.421 de 2018 da Organização Internacional do Trabalho incluiu na pauta da próxima sessão ordinária da Conferência um item intitulado "Violência e Assédio no Mundo do Trabalho" para uma segunda discussão com vistas à adoção de um acordo complementado por uma recomendação (International Labour Organization, 2019).

OBJETIVO

Analisar os impactos da violência no trabalho dos profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar.

MÉTODO

Estudo de abordagem qualitativa, com estratégia explanatória e descritiva, realizado entre agosto e setembro de 2024, em um hospital universitário público da região sul do Brasil. A população foi composta por profissionais de enfermagem: enfermeiros e técnicos. No período de coleta de dados o número de trabalhadores de enfermagem no hospital era de 2.518. Obteve-se respostas de 573 profissionais de enfermagem (198 enfermeiros e 375 técnicos de enfermagem), selecionados por conveniência, que responderam a um formulário com questões abertas e fechadas. A amostra foi determinada visando à exploração ampla dos impactos da violência, com ênfase na diversidade de experiências e impactos relatados.

A coleta de dados foi por meio de um instrumento elaborado pelos pesquisadores e através de um formulário online no *Google Forms*®, estruturado em cinco partes: (1) apresentação do projeto de pesquisa; (2) Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido (TCLE); (3) questões voltadas à caracterização sociodemográfica dos profissionais de enfermagem; (4) questões abertas relacionadas aos impactos físicos, emocionais e profissionais da violência no ambiente de; (5) mensagem de agradecimento pela participação. As perguntas foram previamente testadas, buscando adequação para a investigação do fenômeno em questão. Enviou-se o formulário aos profissionais por e-mail.

Os critérios de inclusão foram profissionais de enfermagem com pelo menos um ano de experiência na instituição hospitalar, uma vez que esse período mínimo é necessário para que os profissionais vivenciem diferentes situações de violência e suas repercussões. Não houve critérios de exclusão baseados no tipo de vínculo ou setor de atuação. A participação foi voluntária, com convite enviado por correio eletrônico e consentimento livre e esclarecido obtido antes do início das entrevistas.

Os dados sociodemográficos foram organizados em uma planilha utilizando o programa *Microsoft Excel 2013*®, para que assim fosse possível descrever o perfil dos participantes. O material empírico foi formatado e reunido em um arquivo único, denominado corpus, para análise no *software Interface de R pour les Analyses Multimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ), (IRaMuTeQ, [s.d.]).

Realizou-se uma análise lexicográfica clássica com o intuito de verificar estatísticas relacionadas à quantidade de segmentos de texto (ST), evocações e formas. Dentre as várias abordagens de tratamento dos dados textuais disponíveis no IRaMuTeQ, optou-se pela análise lexicográfica clássica que identifica e formata as unidades de texto, identifica a quantidade de palavras, frequência média e hapax (palavras com frequência um), pesquisa o vocabulário e reduz as palavras com base em suas raízes (formas reduzidas) e Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Nesse método, os segmentos de texto são classificados de acordo com seus vocabulários, sendo o conjunto desses segmentos dividido com base na frequência das formas reduzidas.

Para análise dos conteúdos descritivos, seguiu-se as três etapas previstas no método da Análise de Conteúdo (Bardin, 2010): pré-análise, exploração do material, tratamento dos dados obtidos/interpretação. Na primeira fase, foram organizados os textos a serem analisados. Nesse momento foram verificadas as classes emergentes criadas pelo software IRaMuTeQ. Na segunda fase, após a leitura dos textos para confirmação das impressões para definição dos nomes das classes emergentes,

procedeu-se à seleção dos trechos dos textos que mais expressavam as classes. Na terceira fase, realizou-se a interpretação dos dados de cada classe.

O projeto foi submetido e aprovado junto ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme parecer 7.241.146. A todos os participantes da pesquisa, garantiram-se o caráter sigiloso dos dados e o anonimato. Este estudo seguiu a lista de verificação COREQ (Souza *et al.*, 2021).

RESULTADOS

O presente estudo contou com a participação de 573 profissionais de enfermagem, sendo que a amostra foi composta majoritariamente por mulheres, com 466 participantes (81,3%), refletindo a predominância histórica de mulheres na profissão de enfermagem.

Dentre os profissionais, 198 (34,5%) eram enfermeiros e 375 (65,5%), técnicos de enfermagem. A faixa etária dos participantes variou de 22 a 71 anos, com uma idade média de 43,9 anos, o que evidencia a presença de uma força de trabalho com significativa experiência profissional acumulada. O tempo de exercício na profissão de enfermagem variou de 1 a 47 anos, com média de 19,3 anos, sugerindo que os participantes possuíam trajetória profissional consolidada.

Constatado que 105 (53%) possuem título de especialização, 71 enfermeiros (35,9%) alcançaram o grau de mestre e 16 (8,1%) com o título de doutorado. Logo, há elevado nível de formação acadêmica entre os enfermeiros da amostra, o que pode estar associado ao contexto universitário em que atuam, o qual favorece o desenvolvimento acadêmico e a pesquisa.

Os valores apresentados no quadro 9 refletem os sintomas e sensações mais frequentes, com destaque para sintomas depressivos, sensação de irritabilidade e raiva, sensação de insatisfação, humilhação e medo de ir ao local de trabalho como os mais comuns entre ambos os grupos.

Quadro 9. Impactos causados pela violência no ambiente de trabalho. Florianópolis, SC, Brasil, 2025.

Impactos da Violência	Frequência em Enfermeiros	Frequência em Técnicos de Enfermagem	Soma dos Impactos
Sintomas depressivos (autorreferido)	43 (21,7%)	58 (15,4%)	101 (17,6%)
Medo/falta de vontade de voltar ao trabalho	31 (15,6%)	42 (11,2%)	73 (12,7%)
Sensação de irritabilidade e raiva	27 (13,6%)	45 (12%)	72 (12,5%)
Sensação de insatisfação e humilhação	22 (11,1%)	43 (11,4%)	65 (11,3%)
Sintomas de ansiedade	28 (14,1%)	35 (9,3%)	63 (10,9%)
Sensação de impotência	22 (11,1%)	36 (9,6%)	58 (10,1%)
Desmotivação em relação ao trabalho	25 (12,6%)	24 (6,4%)	49 (8,5%)
Insegurança	19 (9,5%)	24 (6,4%)	43 (7,5%)
Esgotamento	8 (4%)	8 (2,1%)	16 (2,7%)
Estresse ocupacional	4 (2%)	11 (2,9%)	15 (2,6%)
Sentimento de desvalorização	7 (3,5%)	8 (2,1%)	15 (2,6%)
Autoestima reduzida	5 (2,5%)	8 (2,1%)	13 (2,2%)
Sentimento de isolamento	3 (1,5%)	8 (2,1%)	11 (1,9%)
Crise de pânico	1 (0,5%)	8 (2,1%)	9 (1,5%)
Intenção de abandonar a profissão	5 (2,5%)	3 (0,8%)	8 (1,3%)
Baixa produtividade e qualidade do trabalho	4 (2%)	2 (0,5%)	6 (1%)

Fonte: Elaborado pelos autores, Florianópolis, SC, Brasil, 2024.

* O cálculo das porcentagens simples foi realizado para compreender melhor o impacto do quantitativo na amostra total.

Os sintomas depressivos emergem como o fenômeno mais prevalente em ambas as categorias profissionais. Isso ressalta o peso emocional significativo que a violência exerce sobre esses trabalhadores, com a depressão manifestando-se como uma resposta comum ao estresse crônico e à sensação de impotência diante de situações adversas.

[...] Nervosismo, estresse, depressão, ansiedade, vontade de mudar de setor ou trabalhar em outra coisa. Para me afastar da pessoa (T31)

[...] Tive depressão, não consegui viver um bom tempo sem medicação e fiquei sem coragem de pedir para voltar até saber que a pessoa não estava mais no local de trabalho, sofri muito pois amo o que faço (T94)

[...] Irreparáveis, sofro de depressão em decorrência de assédio moral recorrente durante 10 anos pela mesma pessoa constantemente, que só terminou quando essa pessoa saiu do hospital e que voltei a ter qualidade de vida. (T186)

O medo de ir ao local de trabalho é uma das respostas mais prevalentes entre os profissionais de enfermagem. Esse receio constante em relação a potenciais

episódios de violência coloca esses trabalhadores em um estado diário de alerta e desconforto.

[...] Medo de trabalhar com a pessoa que me assediou moralmente (T12).

[...] Sempre que vejo a pessoa me dá pânico (E43).

[...] Medo, sensação de impotência pois foi relatado para a chefia imediata (chefe do setor) e o agressor já havia agredido outras colegas e colaboradores e não houve nenhum desfecho com o agressor. (E73)

A irritabilidade e a raiva são sintomas frequentes, com maior incidência nos enfermeiros, indicando uma resposta direta à frustração e à falta de controle frente às situações de violência vivenciadas. Essas emoções podem se agravar ao longo do tempo, impactando tanto o comportamento no trabalho quanto às interações pessoais.

[...] Me sinto mais agressiva com as pessoas (T27)

[...] Raiva, ódio e vontade de mudar de trabalho e profissão (T105)

[...] Indignação e revolta com o trabalho. (E241)

[...] Ira, Revolta pelo Desrespeito; vontade de processar judicialmente, fazer denúncia no Grupo de Enfermagem (T504)

A insatisfação e a humilhação refletem um profundo sentimento de desrespeito e desvalorização, gerando a percepção de que seus esforços e competências não são reconhecidos no ambiente laboral.

[...] Me senti humilhado e insignificante perante os demais (A112)

[...] Sentimento diminuído, fraqueza, ridicularização (T143)

[...] Me senti constrangida e coagida pelas colegas de trabalho (T415)

A ansiedade se apresenta de maneira expressiva podendo estar relacionada ao medo contínuo de novas ocorrências de violência, somado ao medo que os mantém em estado de alerta, prejudicando seu bem-estar psicológico e sua capacidade de desempenhar funções de maneira plena.

[...] Ansiedade, cheguei a me colocar em dúvida a minha capacidade técnica, ficando insegura. (E135)

[...] Não durmo bem, não como bem, tenho crise de ansiedade e depressão, e sinto com um alvo nas costas, minha cabeça fica ecoando falas 23 horas por dia de situações que passei e que eu possa passar (T137)

[...] Aumento da ansiedade no trabalho e fora dele, falta de vontade e medo de ir trabalhar. Tive que trocar de universidade. (T348)

O sentimento de impotência e a desvalorização evidenciam uma percepção de falta de controle sobre suas funções e uma ausência de reconhecimento adequado.

[...] Desvalorização e desmotivação, ansiedade, medo de vir trabalhar, palpitações, insônia, vontade de trocar de setor (me candidatei a processos de realocação interna) (E129)

[...] Desesperança relacionado à denúncia, desvalida do serviço de enfermagem, vindo da própria enfermagem. A equipe exclui, dificulta o ambiente de trabalho como represália velada por saber da denúncia. Nos rotulam como loucas e/ou histéricas por realizar denúncia. Sensação de que não adianta denunciar, mas não me calo! (T155)

[...] Sentimento, de impotência. De ter sido pouco ouvida e ter o relato do ocorrido com pouco valor. Pareceu que não foi levado a sério como deveria ter sido. (E512)

A insegurança ressalta a sensação de vulnerabilidade vivida por esses profissionais, comprometendo qualidade do cuidado prestado e propiciando ambiente de trabalho tenso e desconfortável.

[...] Insegurança física e psicológica, baixa autoestima, sentimento de incapacidade de liderar (E83)

[...] Insegurança sobre a minha capacidade de trabalho. (E544)

A desmotivação e a exaustão são manifestações da violência no ambiente de trabalho, evidenciados pela diminuição do entusiasmo. A falta de vontade de comparecer ao trabalho é um sintoma recorrente, associado à exaustão emocional e física. Profissionais frequentemente relatam sintomas de *burnout*, esgotamento e estresse ocupacional, refletindo a sobrecarga psicológica e física da profissão. Esses sintomas podem gerar um desejo crescente de abandonar a carreira.

[...] Desmotivação com a profissão. Humor deprimido. Imensa vontade de pedir demissão e trocar de profissão. Sem ânimo para trabalhar. Aumento das sessões de terapia (E163)

[...] Naquele momento angústia, frustração e vontade de sair do setor. Também tive sintomas de falta de paciência, respostas mais agressivas e exaustão. (T419)

[...] Vontade de desistir, não querer mais trabalhar na enfermagem (E457)

Os sintomas físicos decorrentes da violência no ambiente de trabalho são evidentes, com a somatização manifestando-se de várias formas, como dores, mialgia, taquicardia, tensão muscular e crises de pânico, afetando tanto enfermeiros quanto técnicos de enfermagem. Esses sintomas refletem a internalização do estresse e da ansiedade gerados pela violência, impactando não apenas o bem-estar emocional, mas também a saúde física desses profissionais. No grupo dos técnicos de enfermagem, as somatizações são ainda mais diversas, incluindo alergias, asma,

herpes zoster e psoríase, sugerindo que a violência pode atuar como um gatilho para o surgimento ou agravamento de doenças físicas de origem emocional.

[...] Síndrome pânico, necessidade de uso medicações controladas, e acompanhamento psicológico, dificuldade de falar em público ou me expressar em pequenas rodas de conversa (E120)

[...] Insônia, taquicardia, ansiedade, falta de atenção, perda do apetite, labilidade emocional, descontrole emocional (chorava sempre que falava no assunto), Frustração, desmotivação com o trabalho, desvalorização, muito desrespeitada e injustiçada, tristeza, depressão, infecções oportunistas por conta da queda da imunidade. (E146)

[...] Tive herpes zoster (T368)

[...] Problema alérgico e asma (T572)

Adicionalmente, a sensação de injustiça percebida, sugere que a resposta institucional precisa aprimorar mecanismos de apoio e intervenções eficazes.

[...] Constrangimento, tristeza no primeiro momento. Após denunciar e ver que nenhuma atitude foi tomada senti Indignação e raiva e no terceiro momento fiquei desmotivada e me questiono todos os dias como que a instituição é permissiva com tais atos. (E166)

As consequências mais graves da violência no ambiente de trabalho são evidenciadas neste estudo pelo relato de um enfermeiro e de um técnico quando associam os impactos da violência no trabalho a pensamentos suicidas, o que ressalta a gravidade do impacto emocional enfrentado.

[...] Depressão, suicídio, psoríase. Eu tinha vontade de tocar meu carro para fora da pista, eu ia chorando trabalhar, eu passei horrores, sabe. (T161)

[...] Ansiedade/Depressão/Pensamentos suicidas/Contraturas musculares/subluxações na coluna (E179)

Além disso, demonstrado como o estresse e a carga emocional do trabalho se estendem para além do ambiente profissional, comprometendo o bem-estar geral e a qualidade de vida dos trabalhadores.

[...] Me deixou mais fria e afastada das pessoas, me sinto introspectiva e procuro não dar minha opinião. (E53)

[...] Desestabilizou minha vida pessoal (T367)

[...] Não consigo confiar nas pessoas, dificuldade de expor sentimentos, medo de represálias e exposição (T523)

A comparação entre enfermeiros e técnicos de enfermagem revela que alguns sintomas de violência no trabalho são mais frequentes entre os enfermeiros. Sintomas como depressão, irritabilidade e medo de ir ao trabalho apresentam maior prevalência

nos enfermeiros, sugerindo que eles podem vivenciar os impactos da violência de maneira mais intensa ou frequente.

DISCUSSÃO

A maior prevalência de profissionais de enfermagem expostos à violência laboral foram as profissionais do gênero feminino, jovens e com menor tempo de experiência, perfil confirmado noutros estudos semelhantes (Jain *et al.*, 2021; Busnello *et al.*, 2022).

A caracterização dos participantes revela um grupo de profissionais com alta qualificação acadêmica e significativa experiência prática, o que pode impactar diretamente na forma como percebem e respondem aos desafios impostos pelo ambiente de trabalho, incluindo a violência laboral. A elevada titulação dos enfermeiros, em especial, sugere uma capacidade crítica e reflexiva potencialmente maior, o que pode influenciar sua postura diante de situações de adversidade no ambiente hospitalar.

Há uma tendência nos profissionais contratados por tempo determinado de serem mais propensos a apresentar sintomas depressivos em comparação com os profissionais com cargo mais estável. Devido às estruturas de benefícios desiguais dos enfermeiros, os enfermeiros contratados têm um menor nível de satisfação no trabalho, o que pode fazer com que eles apresentem sintomas depressivos (Shang *et al.*, 2014; Liu *et al.*, 2023; Li; Fu, 2024).

A análise dos resultados revela um panorama preocupante sobre os impactos da violência no ambiente de trabalho dos profissionais de enfermagem. As consequências psicológicas, emocionais e físicas da violência são amplamente relatadas tanto por enfermeiros quanto por técnicos de enfermagem, mas com algumas diferenças notáveis na frequência e na natureza dos achados em cada grupo.

Em um contexto de violência laboral, sentimento de insegurança, medo e sofrimento, podem impactar a saúde mental dos profissionais e comprometer a qualidade da assistência de enfermagem. Em muitos casos, os profissionais evitam o contato direto com o agressor, o que leva a adaptações na maneira de atender. Essas mudanças podem criar barreiras no acesso e na continuidade do cuidado, dificultando a coordenação integral do atendimento ao usuário agressor. Como resultado desse

ambiente, a equipe de enfermagem tende a prestar uma assistência menos segura, com maior risco de incidentes ou complicações que afetam a segurança do paciente (Busnello *et al.*, 2022).

Os sintomas depressivos emergem como manifestações mais prevalentes, com 43 (21,7%) enfermeiros e 58 (15,4%) técnicos de enfermagem relatando sua ocorrência. Isso ressalta o peso emocional significativo que a violência exerce sobre esses trabalhadores, com a depressão manifestando-se como uma resposta comum ao estresse crônico e à sensação de impotência diante de situações adversas. Estudos mostram que profissionais com menor nível educacional, menor renda, mais trabalho noturno por semana, mais anos de trabalho, mais horas de trabalho por semana ou trabalhando em serviços de emergência são mais propensos a ter sintomas depressivos (Gao *et al.*, 2011; Xie *et al.*, 2020; Zhou *et al.*, 2023; Li; Fu, 2024).

O medo de ir ao local de trabalho é uma das respostas mais prevalentes entre os profissionais de enfermagem, afetando 31 (15,6%) enfermeiros e 42 (11,2%) técnicos. Esse receio constante em relação a potenciais episódios de violência coloca esses trabalhadores em um estado diário de alerta e desconforto. Os medos de atos de retaliação de violência e violência futura no trabalho são as consequências negativas e podem causar grande sofrimento psicológico (Hsu; Chou; Ouyang, 2022).

A irritabilidade e a raiva são sintomas frequentes, relatados por 27 (13,6%) enfermeiros e 45 (12%) técnicos, indicando uma resposta direta à frustração e à falta de controle frente às situações de violência vivenciadas. Essas emoções podem se agravar ao longo do tempo, impactando tanto o comportamento no trabalho quanto às interações pessoais. Estudo realizado com 954 estudantes de enfermagem em 10 universidades chinesas demonstra que estudantes que testemunharam ou vivenciaram a violência relataram mais problemas psicológicos, como medo, raiva e irritação, do que outros (Zhu *et al.*, 2022).

As reações emocionais à violência no ambiente de trabalho são marcantes entre os profissionais de enfermagem. Além disso, a insatisfação e humilhação, relatadas por 22 (11,1%) enfermeiros e 43 (11,4%) técnicos, refletem um profundo sentimento de desrespeito e desvalorização, gerando a percepção de que seus esforços e competências não são reconhecidos no ambiente laboral. Essas reações emocionais não apenas prejudicam o bem-estar dos profissionais, mas também

podem afetar a qualidade da assistência prestada. As experiências de violência no local de trabalho dos enfermeiros afetam negativamente a exaustão emocional dos enfermeiros e as percepções de segurança do paciente. Além disso, a exaustão emocional dos enfermeiros acaba por influenciar a relação entre a violência e a percepção de segurança do paciente (Kim; Mayer; Jones, 2021; Sulistyowati *et al.*, 2023).

Além disso, a ansiedade se apresenta de maneira expressiva, afetando 28 (14,1%) enfermeiros e 35 (9,3%) técnicos de enfermagem, podendo estar relacionada ao medo contínuo de novas ocorrências de violência, o que mantém os profissionais em um estado de alerta constante e desconforto, prejudicando seu bem-estar psicológico e sua capacidade de desempenhar funções de maneira plena (Kabir *et al.*, 2022).

Os sentimentos de impotência e desvalorização, relatados por 22 (11,1%) enfermeiros e 36 (9,6%) técnicos (impotência) e 7 (3,5%) enfermeiros e 8 (2,1%) técnicos (desvalorização), evidenciam uma percepção de falta de controle sobre suas funções e uma ausência de reconhecimento adequado. Esses sentimentos intensificam o impacto emocional da violência no ambiente de trabalho, levando os profissionais a se sentirem despreparados para lidar com essas situações (Chang; Hsu; Ouyang, 2022).

A insegurança, relatada por 19 (9,5%) enfermeiros e 24 técnicos (6,4%), ressalta a sensação de vulnerabilidade vivida por esses profissionais, comprometendo diretamente sua capacidade de atuar com eficiência e segurança. Isso prejudica a qualidade do cuidado prestado e aumenta o risco de erros, além de gerar um ambiente de trabalho mais tenso e desconfortável (Fu *et al.*, 2021).

A desmotivação e a exaustão são impactos claros da violência no ambiente de trabalho, evidenciados pela diminuição do entusiasmo, relatada por 25 (12,6%) enfermeiros e 24 (6,4%) técnicos de enfermagem. A falta de vontade de comparecer ao trabalho é um sintoma recorrente, associado à exaustão emocional e física. Profissionais frequentemente enfrentam altos níveis de *burnout* (5 (2,5%) enfermeiros e 5 (1,3%) técnicos), esgotamento (8 (4%) enfermeiros e 8 (2,1%) técnicos) e estresse ocupacional (4 (2%) enfermeiros e 11 (2,9%) técnicos), refletindo a sobrecarga psicológica e física da profissão. Esses sintomas podem gerar um desejo crescente de abandonar a carreira, conforme observado em 5 (2,5%) enfermeiros e 3 (0,8%)

técnicos, evidenciando o impacto profundo e duradouro da violência sobre a saúde mental e o comprometimento desses trabalhadores com suas funções (Tsukamoto *et al.*, 2022; Fei *et al.*, 2023).

Os sintomas físicos decorrentes da violência no ambiente de trabalho são evidentes, e refletem a internalização do estresse e da ansiedade gerados pela violência, impactando não apenas o bem-estar emocional, mas também a saúde física desses profissionais. As somatizações sugerem que a violência pode atuar como um gatilho para o surgimento ou agravamento de doenças físicas de origem emocional. Esses sinais físicos alertam para o impacto profundo e multidimensional da violência, que se estende além do psicológico, afetando a saúde integral dos profissionais (Hsu; Chou; Ouyang, 2022).

Além disso, a sensação de injustiça percebida, mencionada por 5 (2,5%) enfermeiros e 8 (2,1%) técnicos, sugere que a resposta institucional à violência é insatisfatória, com poucos mecanismos de apoio e intervenções eficazes, o que aprofunda a frustração e a desmotivação dos trabalhadores.

As consequências mais graves da violência no ambiente de trabalho são evidenciadas por relatos de pensamentos suicidas, com um (0,5%) enfermeiro e um (0,2%) técnico expressando essa preocupação, o que ressalta a gravidade do impacto emocional enfrentado. Esses relatos não apenas indicam o desespero que pode surgir em resposta à violência, mas também alertam para a necessidade de intervenções imediatas e eficazes. Além disso, a percepção de que a vida profissional exerce uma influência negativa na vida privada, identificada por um (0,5%) enfermeiro e 4 técnicos (1,07%), demonstra como o estresse e a carga emocional do trabalho se estendem para além do ambiente profissional, comprometendo o bem-estar geral e a qualidade de vida dos trabalhadores. Essa intersecção entre a vida profissional e pessoal evidencia a urgência de abordagens que promovam a saúde mental e o suporte adequado aos profissionais de saúde. Resultados de uma pesquisa com enfermeiros sobre estresse ocupacional descobriram que a violência no local de trabalho pode ter impactos graves na saúde mental dos enfermeiros, incluindo estresse pós-traumático, incidência depressiva grave, ansiedade generalizada, pânico e transtornos por uso de álcool com potencial para ideação e tentativa de suicídio (Nelson *et al.*, 2023).

Essas diferenças podem estar relacionadas a variações nas dinâmicas de trabalho, como maior contato direto com os pacientes, uma carga de tarefas mais

elevada ou vulnerabilidades específicas associadas à sua posição hierárquica. Essas discrepâncias evidenciam a necessidade de atenção particular a esses profissionais, que podem estar mais expostos ao impacto psicológico da violência laboral.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como limitação, destaca-se a amostragem por conveniência, que restringe a generalização dos achados. Contudo, os resultados apontam para a necessidade de estudos futuros em diferentes contextos hospitalares, com delineamentos metodológicos que permitam aprofundar a análise dos impactos da violência laboral na saúde dos profissionais de enfermagem e das estratégias institucionais de prevenção e enfrentamento.

Contribuições para a Enfermagem, Saúde e Política Pública

Nosso estudo contribui significativamente para compreender o impacto profundo e multifacetado da violência laboral dos profissionais de enfermagem, o que traz implicações relevantes para a prática profissional, gestão em saúde e formulação de políticas públicas. Para a Enfermagem, este estudo contribui com a urgência da implementação de estratégias institucionais de prevenção à violência, apoio psicológico aos trabalhadores e fortalecimento da cultura de segurança no ambiente hospitalar. No campo da saúde, o estudo demonstra como a violência afeta diretamente a qualidade da assistência, a motivação das equipes e a permanência dos profissionais nos serviços. Em termos de política pública, os dados reforçam a necessidade de regulamentações mais rígidas de proteção ao trabalhador da saúde, bem como o desenvolvimento de programas nacionais de enfrentamento à violência laboral, valorizando a escuta qualificada e a promoção da saúde mental no trabalho.

CONCLUSÃO

A violência no ambiente de trabalho de enfermagem tem impactos profundos e multifacetados, atingindo tanto o bem-estar mental quanto físico dos profissionais. Os sintomas de depressão, ansiedade, irritabilidade e esgotamento são predominantes,

sugerindo que a exposição à violência é vinculada ao desgaste emocional e à insatisfação no trabalho. Relatos de somatização e pensamentos suicidas indicam que esses impactos não devem ser subestimados, demandando intervenções urgentes para a proteção e o cuidado da saúde desses trabalhadores.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2010.

BERNARDES, M. L. G.; *et al.* Workplace violence among nursing professionals. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 18, n. 3, p. 250–257, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.47626/1679-4435-2020-531>.

BUSNELLO, G. F.; *et al.* Violence against nursing workers: repercussions on patient access and safety. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 4, e20210765, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0765>.

CHANG, Y. C.; HSU, M. C.; OUYANG, W. C. Effects of integrated workplace violence management intervention on occupational coping self-efficacy, goal commitment, attitudes, and confidence in emergency department nurses: a cluster-randomized controlled trial. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 5, 2835, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph19052835>.

FEI, Y.; *et al.* Workplace violence and burnout among Chinese nurses during the COVID-19 pandemic: does the sense of coherence mediate the relationship? **BMC Psychiatry**, v. 23, p. 573, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05060-9>.

FU, C.; *et al.* Fear of future workplace violence and its influencing factors among nurses in Shandong, China: a cross-sectional study. **BMC Nursing**, v. 20, p. 123, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00644-w>.

GAO, Y. Q.; *et al.* Depressive symptoms among Chinese nurses: prevalence and the associated factors. **Journal of Advanced Nursing**, v. 68, n. 5, p. 1166–1175, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05832.x>.

GUIMARÃES, I.; COSTA, L.; MOREIRA, M.; CUNHA, A. F. A violência faz parte do trabalho? **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 18, n. 45, p. 3794, 2023. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3794](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3794).

HABIBZADEH, H.; NAMADI, F.; MAHDI-AKHGAR, M. Nurse-to-nurse horizontal violence during the COVID-19 pandemic and its impact on turnover intention: a cross-sectional study. **Nursing Open**, v. 10, n. 4, p. 2631–2637, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nop2.1523>.

HSU, M. C.; CHOU, M. H.; OUYANG, W. C. Dilemmas and repercussions of workplace violence against emergency nurses: a qualitative study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 5, 2661, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph19052661>.

INTERFACE DE R POUR LES ANALYSES MULTIDIMENSIONNELLES DE TEXTES ET DE QUESTIONNAIRES (IRAMUTEQ). **Software**. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/>. Acesso em: 10 jul. 2025.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. **Centenary declaration for the future of work**. United Nations A/73/L.117, 10 set. 2019. Disponível em: <https://docs.un.org/en/A/73/L.117>. Acesso em: 10 jul. 2025.

JAIN, G.; *et al.* Workplace violence towards resident doctors in Indian teaching hospitals: a quantitative survey. **Tropical Doctor**, v. 51, n. 3, p. 463–465, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/00494755211010005>.

KABIR, H.; *et al.* Workplace violence and turnover intention among the Bangladeshi female nurses after a year of pandemic: an exploratory cross-sectional study. **PLOS Global Public Health**, v. 2, n. 4, e0000187, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000187>.

KIM, S.; MAYER, C.; JONES, C. B. Relationships between nurses' experiences of workplace violence, emotional exhaustion and patient safety. **Journal of Research in Nursing**, v. 26, n. 1–2, p. 35–46, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1744987120960200>.

LI, C.; FU, C. Workplace violence and depressive symptoms: the mediating role of fear of future workplace violence and burnout among Chinese nurses. **BMC Psychiatry**, v. 24, p. 379, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05827-8>.

LIU, Y.; *et al.* The relationship between job satisfaction and depressive symptoms among Chinese adults aged 35–60 years: the mediating role of subjective well-being and life satisfaction. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, n. 3, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph20032023>.

NELSON, S.; *et al.* Workplace violence against nurses in Canada: a legal analysis. **Policy, Politics & Nursing Practice**, v. 24, n. 4, p. 239–254, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/15271544231182583>.

REHAN, S. T.; *et al.* Workplace violence against healthcare workers in Pakistan: call for action, if not now, then when? A systematic review. **Global Health Action**, v. 16, n. 1, 2273623, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/16549716.2023.2273623>.

SANTOS, J.; *et al.* Violências relacionadas ao trabalho e variáveis associadas em profissionais de enfermagem que atuam em oncologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 12, p. 5955–5966, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212612.14942021>.

SÉ, A. C. S.; MACHADO, W. C. A.; GONÇALVES, R. C. S.; FIGUEIREDO, N. M. A. Violência no trabalho na perspectiva dos enfermeiros do atendimento pré-hospitalar móvel. **Physis**, v. 33, e33046, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-7331202333046>.

SHANG, J.; *et al.* Nurse employment contracts in Chinese hospitals: impact of inequitable benefit structures on nurse and patient satisfaction. **Human Resources for Health**, v. 12, p. 1, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1478-4491-12-1>.

SOUZA, V. R. S.; *et al.* Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, eAPE02631, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>.

SULISTYOWATI, D.; *et al.* Exploring the aftermath: work demands, workplace violence, and job satisfaction among nurses in a public hospital in the post-COVID-19 era. **Belitung Nursing Journal**, v. 9, n. 5, p. 448–456, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.33546/bnj.2731>.

TSUKAMOTO, S. A. S.; *et al.* Burnout syndrome and workplace violence among nursing staff: a cross-sectional study. **São Paulo Medical Journal**, v. 140, n. 1, p. 101–107, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2021.0068.R1.31052021>.

VIDAL-ALVES, M. J.; *et al.* (Un)Broken: lateral violence among hospital nurses, user violence, burnout, and general health. **Frontiers in Medicine**, v. 9, p. 1045574, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.1045574>.

XIE, N.; *et al.* Prevalence of depressive symptoms among nurses in China: a systematic review and meta-analysis. **PLoS One**, v. 15, n. 7, e0235448, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235448>.

ZHOU, Y.; *et al.* The role of sleep quality and perceived stress on depressive symptoms among tertiary hospital nurses: a cross-sectional study. **BMC Psychiatry**, v. 23, p. 416, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04936-0>.

ZHU, L.; *et al.* Characteristics of workplace violence, responses and their relationship with the professional identity among nursing students in China: a multicenter cross-sectional study. **BMC Nursing**, v. 21, p. 262, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01037-3>.

4.2.2 Manuscrito 3 –Violência laboral na enfermagem: prevalência e natureza dos incidentes em hospital universitário terciário

VIOLÊNCIA LABORAL NA ENFERMAGEM: PREVALÊNCIA E NATUREZA DOS INCIDENTES EM HOSPITAL UNIVERSITARIO TERCIÁRIO¹

Fábio Silva da Rosa²

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas³

Elaine Cristina Novatzki Forte⁴

RESUMO

Objetivo: analisar a prevalência e a natureza dos incidentes de violência laboral vivenciados pela equipe de enfermagem em um hospital universitário de nível terciário. **Método:** estudo transversal, de caráter exploratório e descritivo, conduzido com 573 profissionais de enfermagem da área hospitalar. Realizou-se análise estatística descritiva e inferencial múltipla. **Resultados:** participaram 573 profissionais de enfermagem, a maioria do sexo feminino (81,3%), com idade média de 43,9 anos. A violência laboral foi relatada por 71,2% dos participantes, predominando assédio moral/intimidação (76,5%), violência verbal (49,8%) e psicológica (43,9%). Violência física (8,1%), sexual (5,6%) e discriminações racial (9,1%), de gênero (6,4%), etarismo (7,8%) e capacitismo (2,0%) tiveram menor frequência. Os principais agressores foram lideranças (37,3%), familiares/acompanhantes (29,4%) e colegas de trabalho (28,4%) e pacientes (18,4%). Entre os impactos relatados destacam-se uso de medicação (32%), tratamento psicológico (47,5%), afastamentos laborais, intenção de desligamento (50,2%) e mudança de profissão (42,6%). Apenas 33,7% dos profissionais denunciaram os episódios de violência. **Conclusão:** a violência laboral na enfermagem é frequente e afeta saúde, bem-estar e desempenho profissional. Diferentes formas de violência, incluindo assédio e discriminações, mostram-se associadas a impactos negativos significativos, enquanto a subnotificação e a hostilidade no ambiente reforçam a necessidade de estratégias institucionais de prevenção e suporte.

Descritores: Condições de Trabalho; Enfermagem; Estresse Ocupacional; Riscos Ocupacionais; Saúde Ocupacional; Violência no Trabalho.

¹ Artigo em processo de submissão no Periódico *International Journal of Environmental Research and Public Health (IJERPH)*.

² Enfermeiro. Especialista em Terapia Intensiva. Mestre em Enfermagem. Doutorando em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do PRÁXIS: Laboratório de Pesquisa sobre Trabalho, Ética, Saúde e Enfermagem. E-mail: fabiorosa18@gmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: ambrosina.mara@ufsc.com

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: elaine.cnforte@gmail.com

INTRODUÇÃO

A violência configura-se como um fenômeno em expansão, frequentemente banalizado na rotina dos serviços de saúde no Brasil. Trata-se de um problema ainda pouco quantificado, classificado ou devidamente compreendido, sendo, por vezes, percebido pelos profissionais como um risco inerente à prática laboral (Busnello *et al.*, 2021). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência como o uso intencional, ou ameaça de uso, da força física contra outra pessoa ou contra si próprio, que resulte ou tenha probabilidade de resultar em lesão, morte ou dano psicológico (World Health Organization, 2002).

No âmbito da saúde, foi desenvolvido em colaboração entre a Organização Internacional do Trabalho (OIT), o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Internacional de Serviços Públicos, o *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector*, com o objetivo de oferecer diretrizes globais para a compreensão e o enfrentamento da violência laboral em serviços de saúde. Nesse documento, a violência no local de trabalho é definida como incidentes nos quais trabalhadores sofrem abuso, ameaças ou agressões em circunstâncias relacionadas às suas atividades profissionais, incluindo o trajeto de ida e volta ao trabalho, configurando um desafio explícito ou implícito à sua segurança, saúde e bem-estar (International Labour Organization *et al.*, 2005).

A OIT, por sua vez, na Convenção sobre Violência e Assédio (2019), define a violência e o assédio no mundo do trabalho como um conjunto de comportamentos e práticas inaceitáveis, ou ameaças, de ocorrência única ou repetida, que visam, resultam ou podem resultar em danos físicos, psicológicos, sexuais ou econômicos (International Labour Organization, 2019).

Segundo a OMS, entre 8% e 38% dos profissionais de saúde sofrem violência física em algum momento de suas carreiras. Paralelamente, um número ainda maior é exposto a agressões verbais ou ameaças (World Health Organization, 2022). No caso da enfermagem, a violência — verbal, física ou sob forma de ameaças — ocorre com tanta frequência que, em muitos contextos, já é encarada como parte inerente ao trabalho. Esse processo de

naturalização contribui para a subnotificação de incidentes violentos (Ashton; Morris; Smith, 2018).

Apesar do reconhecimento internacional da violência como um grave problema laboral, sua magnitude permanece subestimada no Brasil, marcada por índices elevados de subnotificação e pela naturalização dos episódios no cotidiano dos serviços de saúde. Estudos nacionais apontam que o fenômeno é pouco explorado em termos de mensuração e tipificação (Tsukamoto *et al.*, 2019).

A situação torna-se ainda mais preocupante entre profissionais de enfermagem. Levantamento realizado pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP), em 2023, revelou que 80% dos profissionais já sofreram algum tipo de agressão no ambiente de trabalho, sendo 90% delas de natureza verbal. Além disso, 48% relataram ter sido agredidos mais de uma vez (Conselho Regional De Enfermagem De São Paulo, 2025). No Distrito Federal, estudo conduzido pelo COREN-DF, em 2022, apontou que 82,7% dos profissionais de enfermagem já sofreram violência física, com pelo menos uma agressão verbal ou física, ocorrendo diariamente (Conselho Regional De Enfermagem do Distrito Federal, 2022).

Esses dados evidenciam a dimensão do fenômeno e a dificuldade na adoção de estratégias eficazes de prevenção e enfrentamento. A equipe de enfermagem, por atuar na linha de frente do cuidado, manter contato direto e contínuo com pacientes e familiares, e enfrentar longas jornadas de trabalho, destaca-se como um dos grupos mais vulneráveis. Pesquisa realizada em hospital público da Região Sul do Brasil revelou que 15,2% dos profissionais de saúde sofreram violência física, enquanto 48,7% foram vítimas de violência psicológica, incluindo agressões verbais (35,4%), assédio moral (24,9%), discriminação racial (8,7%) e assédio sexual (2,5%) (Pai *et al.*, 2018).

Outro estudo, desenvolvido em unidades hospitalares da 8ª Regional de Saúde do Paraná, identificou que 44% dos profissionais de enfermagem vivenciaram algum tipo de violência laboral nos últimos 12 meses. A violência verbal foi a mais prevalente (47,7%), seguida da violência física (11,9%) e do assédio sexual (2,8%) (Amaral *et al.*, 2025).

O assédio moral e a violência verbal no ambiente hospitalar constituem, portanto, realidades frequentes para a enfermagem, manifestando-se principalmente por meio de humilhações e agressões verbais perpetradas por superiores hierárquicos

ou colegas de trabalho. Suas consequências incluem, sobretudo, danos psicológicos, como ansiedade, depressão, sentimento de incapacidade no trabalho e desinteresse pela profissão (Uzeda *et al.*, 2024).

As repercussões da violência no trabalho ultrapassam os danos físicos imediatos, afetando negativamente a produtividade, a saúde mental e física dos trabalhadores, e suas relações sociais. Além disso, comprometem a segurança do profissional e a qualidade do cuidado prestado, enfraquecendo processos de humanização na assistência. Diante disso, ressalta-se a urgência de implementação de estratégias institucionais de prevenção, apoio psicológico e medidas disciplinares que minimizem os impactos da violência no contexto da enfermagem hospitalar (Uzeda *et al.*, 2024).

Assim, torna-se fundamental aprofundar a compreensão acerca da prevalência, natureza e características da violência no ambiente hospitalar, especialmente entre profissionais de enfermagem. Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo analisar a prevalência e a natureza dos incidentes de violência laboral vivenciados pela equipe de enfermagem em um hospital universitário de nível terciário.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, de caráter exploratório e descritivo, conduzido com profissionais de enfermagem atuantes em unidades hospitalares. A fim de garantir a transparência e a qualidade na apresentação dos métodos e resultados, este estudo foi descrito de acordo com as recomendações do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) (Von Elm *et al.*, 2007).

Cenário do estudo

O estudo foi realizado em um hospital universitário de grande porte, com 890 leitos, situado na região sul do Brasil, cuja assistência é voltada

majoritariamente a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), contemplando também convênios privados e atendimento particular.

População, amostra e critérios de elegibilidade

A população do estudo compreendeu trabalhadores da enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), sendo elegíveis aqueles que ocupassem vagas com contrato de tempo indeterminado e possuem pelo menos um ano de exercício ativo no hospital durante o período de coleta de dados. Esse tempo mínimo de atuação foi definido para garantir a familiarização com o ambiente hospitalar, a cultura organizacional e as políticas institucionais. O convite para participação foi enviado aos serviços de enfermagem da instituição, organizados por grandes áreas hospitalares: clínica e internação, emergência, terapia intensiva, cirúrgica, cardiovascular, nefrologia e imagem, neonatologia e pediatria, psiquiatria, materno-infantil e centro cirúrgico.

Para a estimativa amostral, considerou-se um tamanho populacional de 2.518 profissionais de enfermagem, intervalo de confiança de 95%, erro amostral de 4% e proporção de desfecho de 50%, a fim de garantir a maior estimativa amostral possível. Com base nesses parâmetros, o tamanho mínimo estimado da amostra foi de 503 participantes. Entretanto, obteve-se uma amostra final de 573 profissionais, visando identificar a prevalência e os tipos de violência no ambiente de trabalho.

Variáveis de estudo e instrumentos

Para a caracterização dos desfechos, considerou-se como variável principal a ocorrência de violência no ambiente hospitalar (presença ou ausência). Foram mensurados os tipos de violência ocorridos pelos profissionais de enfermagem incluindo violência física, psicológica, agressão verbal, intimidação/assédio moral, assédio sexual e discriminação racial, a frequência de ocorrência, os grupos com maior prevalência de vítimas, bem como o perfil de agressores e vítimas.

Para identificação das características sociais da amostra, foi utilizado um questionário elaborado pelos autores do estudo, contendo questões sobre sexo, gênero, idade, cor da pele autorreferida, estado civil, tempo de serviço, categoria

profissional, setor, turno de trabalho e experiências de vitimização por violência (física, psicológica, agressão verbal, intimidação/assédio moral, assédio sexual e discriminação racial), avaliadas quanto à ocorrência no último ano. A elaboração do instrumento pelos autores buscou contemplar de forma mais fidedigna a realidade dos participantes e as especificidades do objeto investigado.

Além da caracterização da ocorrência de violência, o estudo investigou os impactos decorrentes dessas experiências sobre os profissionais de enfermagem. Foram avaliados aspectos relacionados ao adoecimento físico e psicológico, ao absenteísmo e ao afastamento laboral após os episódios de violência, bem como a percepção dos participantes sobre o impacto dessas situações em sua saúde, bem-estar e desempenho profissional. Essas informações permitem compreender não apenas a frequência e os tipos de violência, mas também suas consequências diretas sobre os trabalhadores e o ambiente organizacional.

Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de formulário online, cujo *link* de acesso foi disponibilizado aos participantes pela diretoria de enfermagem do hospital. Os indivíduos elegíveis receberam uma carta-convite e o link para participação por meio de e-mail institucional.

A fase de coleta de dados ocorreu ao longo de 28 dias entre 12 de agosto de a 09 de setembro de 2024. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi disponibilizado em formato eletrônico, sendo assinado eletronicamente pelos participantes. Após a leitura do documento, o respondente deveria selecionar a caixa de confirmação, indicando ciência e concordância em participar do estudo.

Por se tratar de uma pesquisa online, foram adotados cuidados adicionais, como o aviso prévio de que o preenchimento do formulário eletrônico demandaria entre 15 e 20 minutos. Ressaltou-se, ainda, que não seria necessário responder a questões que gerassem desconforto e que seria

possível encerrar a participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou ônus.

Tratamento e análise de dados

Os dados deste estudo foram analisados utilizando o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 26.0. Na análise descritiva, foram apresentadas frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão de cada categoria investigada, com o objetivo de caracterizar os participantes. Em relação às análises inferenciais, a associação entre a vivência de violência no ambiente de trabalho (variável dicotômica) e características individuais e institucionais foi avaliada por meio do teste qui-quadrado de Pearson (χ^2), considerando-se significância estatística para valores de $p < 0,05$. Adicionalmente, foram realizadas análises *post hoc* com comparação de proporções e correção de Bonferroni, a fim de identificar os pares de categorias com diferenças significativas.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi conduzido em conformidade com as normas nacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob o Parecer Consubstanciado nº 7.241.146 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 80554324.7.3001.0121, em 27 de julho de 2024.

RESULTADOS

Participaram do estudo 573 profissionais de enfermagem, com idades entre 22 e 71 anos ($M = 43,95$; $DP = 8,44$), sendo a maioria dos participantes era do sexo feminino, com idade entre 41 a 50 anos. Quanto à orientação sexual, a maioria se declarou heterossexual, seguida por gays, bissexuais, lésbicas e assexuais. Em relação ao estado civil, a maior parte dos respondentes informou estar casado ou vivendo com um companheiro. Quanto à cor da pele autodeclarada, a maioria se identificou como branca, seguida por preta e parda. Apenas 5,1% relataram possuir alguma deficiência. Acerca das características ocupacionais e institucionais da amostra, a maioria dos participantes relatou atuar como técnico de enfermagem,

seguido por enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Quanto ao turno, 35,8% trabalhavam à noite, 31,9% à tarde e 23,2% pela manhã. Entre os enfermeiros, 19,4% possuíam especialização, 12,4% mestrado, 3,1% doutorado e 0,3% pós-doutorado. Em média, os participantes tinham aproximadamente 19 anos de experiência na área da enfermagem ($M = 19,32$; $DP = 8,04$) e 10 anos de atuação na instituição ($M = 10,22$; $DP = 8,71$). A caracterização completa da amostra está apresentada na Tabela 20.

Tabela 20. Caracterização da amostra (n = 573). Florianópolis, SC, Brasil, 2025.

Caracterização da amostra	n (573)	%
Sexo		
Feminino	466	81.3%
Masculino	107	18.7%
Idade		
20 a 30 anos	31	5,4%
31 a 40 anos	162	28,3%
41 a 50 anos	261	45,5%
Mais que 50 anos	119	20,8%
Orientação sexual		
Heterossexual	540	94.2%
Lésbica	7	1.2%
Gay	16	2.8%
Bissexual	9	1.6%
Assexual	1	0.2%
Estado civil		
Solteiro	140	24.4%
Casado/ vive com o companheiro	351	61.3%
Divorciado / Viúvo	70	12.2%
Outro	12	2.1%
Cor		
Branca	450	78.5%
Amarela	2	0.3%
Parda	58	10.1%
Preta	63	11%
Portador de deficiência		
Sim	29	5.1%
Não	544	94.9%
Categoria		
Enfermeiro	198	34,6%
Técnico de Enfermagem	354	61,8%
Auxiliar de Enfermagem	21	3,7%
Turno de trabalho		

Manhã	133	23,2%
Tarde	183	31,9%
Noite	205	35,8%
Intermediário	14	2,4%
Substituto de folga	38	6,7%
Titulação máxima (Enfermeiros)		
Graduação	9	1,6%
Especialização	111	19,4%
Mestrado	71	12,4%
Doutorado	18	3,1%
Pós-doutorado	2	0,3%

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Em relação à vivência de violência no trabalho, 408 participantes (71,2%) relataram já ter sofrido algum tipo de violência, conforme apresentado na Tabela 2. Entre os tipos mais mencionados, destacaram-se o assédio moral ou intimidação (76,5%), a violência verbal (49,8%) e a violência psicológica (43,9%). Já a violência física (8,1%), o assédio ou violência sexual (5,6%), a discriminação racial (9,1%), de gênero (6,4%), etarismo (7,8%), capacitismo (2,0%) e outros tipos (0,7%) foram menos frequentes. Ressalta-se que, embora 165 participantes (28,8%) tenham declarado não ter sido alvo direto de violência, eles foram incluídos na análise por terem presenciado situações de violência envolvendo outros profissionais da equipe de enfermagem.

Tabela 21. Distribuição dos tipos de violência. Florianópolis, SC, Brasil, 2025.

Tipos e frequência de violências	n	%
Você já sofreu violência no local de trabalho?		
Sim	408	71,2%
Não	165	28,8%
Você já sofreu assédio moral / Intimidação?		
Sim	312	76,5%
Não	96	23,5%
Você já sofreu violência verbal?		
Sim	203	49,8%
Não	205	50,2%

Você já sofreu violência psicológica?

Sim	179	43,9%
Não	229	56,1%

Você já sofreu violência física?

Sim	33	8,1%
Não	375	91,9%

Você já sofreu violência / assédio sexual?

Sim	23	5,6%
Não	385	94,4%

Você já sofreu discriminação racial?

Sim	37	9,1%
Não	371	90,9%

Você já sofreu discriminação de gênero?

Sim	26	6,4%
Não	382	93,6%

Você já sofreu etarismo?

Sim	32	7,8%
Não	376	92,2%

Você já sofreu capacitismo?

Sim	8	2,0%
Não	400	98,0%

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Conforme apresentado na Tabela 22, a análise das consequências da violência laboral entre os 408 profissionais que relataram vivenciar tais episódios evidenciou impactos relevantes na saúde e no ambiente de trabalho. Aproximadamente um quarto dos participantes (25,4%) declarou sentir-se protegido para denunciar os incidentes, embora 70,7% tenham referido medo de retaliação. Apesar disso, apenas 33,7% efetivamente denunciaram a violência sofrida. Entre as estratégias de enfrentamento, 23,9% procuraram o Serviço de Medicina Ocupacional, 24,9% tiveram afastamento com atestado médico e 8,4% recorreram ao afastamento pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

No âmbito do cuidado à saúde, 32% dos profissionais fizeram uso de medicação e 47,5% buscaram tratamento psicológico em decorrência das agressões.

Além disso, 50,2% relataram ter pensado em pedir demissão e 42,6% consideraram mudar de profissão. As análises estatísticas revelaram associações significativas entre o assédio moral e a maioria das consequências avaliadas, seguido pela violência psicológica, violência física, violência/assédio sexual e discriminações (racial e de gênero), evidenciando a gravidade e o alcance do problema.

Tabela 22. Consequências da violência laboral e associações significativas com os tipos de violência (n = 408). Florianópolis, SC, Brasil, 2025

Consequência	Sim		Não		Associações significativas (χ^2 ; gl; p < 0,05)
	n	%	n	%	
Sentiu-se protegido para denunciar	103	25,4%	303	74,6%	Assédio moral (9,09;1;0,003); Violência verbal (4,69;1;0,030); Violência/assédio sexual (4,22;1;0,040)
Medo de retaliação	287	70,7%	119	29,3%	Assédio moral (22,73;<0,001); Violência psicológica (8,74;0,003); Discriminação racial (4,90;0,027); Discriminação de gênero (6,26;0,012)
Denunciou a violência	137	33,7%	269	66,3%	Sem associação.
Procurou o Serviço Médico Ocupacional	97	23,9%	309	76,1%	Assédio moral (11,81;<0,001); Violência psicológica (4,68; <0,030); Violência física (4,74; <0,029)
Afastamento (atestado)	101	24,9%	305	75,1%	Assédio moral (15,32;<0,001); Violência psicológica (14,50;<0,001); Violência física (8,13; <0,004)
Afastamento (INSS)	34	8,4%	372	91,6%	Assédio moral (11,18;<0,001); Violência física (7,71;<0,005); Violência/assédio sexual (15,46;<0,001)
Tratamento com medicação	130	32,0	276	68%	Assédio moral (23,19;<0,001); Violência psicológica (17,78;<0,001)
Tratamento psicológico	193	47,5%	213	52,5%	Assédio moral (31,13;<0,001); Violência psicológica (35,84;<0,001)
Outros tratamentos	50	12,3%	356	87,7%	Assédio moral (7,35; <0,007)
Pensou em pedir demissão	204	50,2%	202	49,8%	Assédio moral (38,10;<0,001); Violência psicológica (17,72;<0,001)
Pensou em mudar de profissão	173	42,6%	233	57,4%	Assédio moral (25,09;<0,001); Violência psicológica (38,57;<0,001); Discriminação racial (6,36;0,012)

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Conforme apresentado na Tabela 23, a análise dos agressores responsáveis pelos episódios de violência laboral revelou que os principais agressores externos foram familiares ou acompanhantes de pacientes (29,4%) e os próprios pacientes (18,4%). Entre os agressores internos, destacaram-se lideranças ou chefias de unidade (37,3%), colegas de trabalho (28,4%) e chefia imediata (26,2%).

Quando a violência ocorreu entre outros profissionais de saúde, os enfermeiros (44,9%), seguidos por técnicos de enfermagem (21,6%) e médicos (21,1%), foram os

mais mencionados. Profissionais de outras áreas, como psicologia, fisioterapia e nutrição, foram citados com menor frequência (<1%), enquanto 7,1% dos participantes relataram professores como agressores. Esses achados evidenciam que a violência no ambiente hospitalar é multifacetada, envolvendo tanto fontes externas (pacientes e familiares) quanto internas, incluindo relações hierárquicas e multiprofissionais.

Tabela 23. Tipos de agressores relatados pelos participantes vítimas de violência laboral (n = 408). Florianópolis, SC, Brasil, 2025.

Categoria de Agressor	Sim (n)	Sim (%)	Não (n)	Não (%)
Agressores externos				
Familiares/acompanhantes	120	29,4%	288	70,6%
Pacientes	75	18,4%	333	81,6%
Agressores internos – hierárquicos				
Liderança/chefia de unidade	152	37,3%	256	62,7%
Chefia imediata	107	26,2%	301	73,8%
Agressores internos – colegas de trabalho				
Colegas de trabalho	116	28,4%	292	71,6%
Agressores internos – outros profissionais de saúde				
Enfermeiros	183	44,9%	225	55,1%
Técnicos de enfermagem	88	21,6%	320	78,4%
Médicos	86	21,1%	322	78,9%
Psicólogos	3	0,7%	405	99,3%
Fisioterapeutas	2	0,5%	406	99,5%
Nutricionistas	2	0,5%	406	99,5%
Fonoaudiólogos	0	0,0%	408	100%
Outros	5	1,2%	403	98,8%
Agressores internos – docentes				
Professores	29	7,1%	379	92,9%

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Conforme apresentado na Tabela 24, 65,6% dos participantes relataram perceber hostilidade no ambiente de trabalho. A análise demonstrou associação estatisticamente significativa entre a percepção de hostilidade e a ocorrência de violência laboral. Profissionais de enfermagem que relataram hostilidade tiveram maiores proporções de violência sofrida (79,9% vs. 54,3%; $\chi^2(1) = 41,77$; $p < 0,001$) e violência presenciada (83,5% vs. 64,5%; $\chi^2(1) = 26,44$; $p < 0,001$) em comparação aos que não perceberam hostilidade. Esses achados evidenciam que a percepção de um ambiente hostil está diretamente associada ao aumento do risco de vivenciar ou presenciar episódios de violência no contexto hospitalar.

Tabela 24. Percepção de hostilidade no ambiente de trabalho e associação com violência laboral entre profissionais de enfermagem (N = 573). Florianópolis, SC, Brasil, 2025.

Percepção de hostilidade	Sofreu violência – n (%)	Não sofreu violência – n (%)	χ^2 (gl)	p
Sim n=376 (65,6%)	301 (79,9%)	75 (20,1%)	41,77 (1)	<0,001
Não n=197 (34,4%)	107 (54,3%)	90 (45,7%)		
Percepção de hostilidade	Presenciou violência – n (%)	Não presenciou violência – n (%)	χ^2 (gl)	p
Sim n=376 (65,6%)	314 (83,5%)	62 (16,5%)	26,44 (1)	<0,001
Não n=197 (34,4%)	127 (64,5%)	70 (35,5%)		

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

DISCUSSÃO

Este estudo evidenciou uma elevada prevalência de violência laboral entre profissionais de enfermagem, com predominância de assédio moral/intimidação, violência verbal e psicológica, além de registros menores, porém relevantes, de violência física e sexual. Esses achados são consistentes com investigações nacionais e internacionais que apontam a enfermagem como um dos grupos mais expostos, dada a posição na linha de frente do cuidado, o contato contínuo com usuários e familiares e a assimetria hierárquica no interior das organizações de saúde (Pai *et al.*, 2018; Fernández Rubio; Pagola Pascual; Izco García, 2019; Uzeda *et al.*, 2024; Amaral *et al.*, 2025).

Em termos comparativos, revisões e estudos multicêntricos sugerem que a violência não física, como agressões verbais, assédio moral e violência psicológica, tendem a superar a ocorrência de eventos físicos, estando relacionada a clima organizacional, estilos gerenciais e sobrecarga de trabalho (Pai *et al.*, 2018; Berger *et al.*, 2024; Amaral *et al.*, 2025). Um estudo realizado com enfermeiros que trabalham em todos os ambientes clínicos e serviços comunitários na Itália, revelou que 32,4% dos enfermeiros relataram ter sofrido violência no local de trabalho nos 12 meses anteriores, com 46% desses episódios ocorrendo na semana anterior à pesquisa (Liu *et al.*, 2019).

A literatura da área tem demonstrado que o assédio moral é um preditor robusto de estresse ocupacional, *burnout*, intenção de deixar o emprego e piora de indicadores assistenciais, o que converge com os resultados deste estudo, no qual o assédio moral

apresentou associações estatisticamente significativas com a maioria das consequências avaliadas (adoecimento, uso de medicação, afastamentos e intenção de desligamento) (Liu *et al.*, 2019; Uzeda *et al.*, 2024).

A violência laboral, incluindo o assédio moral, repercute de forma negativa tanto sobre os profissionais quanto sobre a assistência prestada. A exposição a situações de violência está diretamente associada à redução da identidade profissional, ao aumento do *burnout* e ao comprometimento da segurança do paciente. Esses impactos não ocorrem de maneira isolada, mas interligada: a violência fragiliza a identidade profissional, o que favorece o esgotamento emocional, e ambos os fatores, em conjunto, ampliam os riscos à qualidade do cuidado e à segurança assistencial (Bagnasco *et al.*, 2024).

A violência verbal contra profissionais de saúde representa um importante fator de risco para a saúde ocupacional. Enfermeiros apresentaram risco significativamente maior de exposição, com probabilidade 3,1 vezes superior à de outros profissionais. A violência verbal incluiu gritos, insultos e ameaças legais, causando impacto moderado a grave nos profissionais, manifestando-se como estresse emocional, diminuição da satisfação no trabalho, aumento da intenção de desligamento, absenteísmo e redução do desempenho assistencial (Yang *et al.*, 2023).

A violência psicológica no local de trabalho afeta significativamente a saúde mental e a satisfação profissional dos enfermeiros. Um estudo realizado com enfermeiros clínicos em um hospital terciário na China investigou a relação entre violência psicológica, satisfação no trabalho e intenção de desligamento. Os resultados demonstraram que a violência psicológica estava negativamente correlacionada com a satisfação no trabalho e positivamente correlacionada com a intenção de desligamento. A análise de mediação indicou que a satisfação no trabalho exerce um papel mediador parcial nessa relação, representando 43,97% do impacto total. Dessa forma, a violência psicológica no ambiente laboral prevê diretamente a intenção de rotatividade dos enfermeiros, com a satisfação profissional atuando como mediadora dessa associação (Doehring *et al.*, 2024).

A violência física contra enfermeiros é um problema relevante e recorrente no contexto hospitalar, com impactos que incluem busca por atendimento médico, afastamentos laborais e comprometimento da saúde física e mental dos profissionais. Um estudo realizado em hospitais da Jordânia identificou que aproximadamente

25,5% dos enfermeiros relataram ter sofrido violência física, sendo que 38,2% desses casos envolveram o uso de armas (Luo *et al.*, 2024). De forma semelhante, hospitais públicos da Etiópia, encontraram prevalência geral de violência variando entre 26,7% e 64%, incluindo violência física e sexual (Alnaeem *et al.*, 2025). E a violência sexual contra enfermeiros apresentou crescimento, passando de 9,9% em 2022 para 11,8% em 2023, com mais da metade dos casos originados de pacientes e permanecendo um cenário persistente de vulnerabilidade dos enfermeiros (Temesgen *et al.*, 2024).

No presente estudo, embora em menor frequência em comparação com outras formas de violência, foram identificadas ocorrências significativas de discriminação no ambiente de trabalho, incluindo casos de discriminação racial, de gênero, etarismo e capacitismo entre os profissionais de enfermagem. Esses achados evidenciam que a violência laboral transcende agressões físicas ou verbais, incorporando práticas discriminatórias estruturais.

Os sistemas de saúde frequentemente perpetuam práticas excludentes e preconceituosas, criando barreiras ao exercício pleno de direitos por grupos étnico-raciais minoritários. As experiências de enfermeiros com discriminação racial, étnica, cultural e religiosa no ambiente de trabalho, evidenciam que tais práticas ocorrem em diferentes fases: antes do encontro com pacientes ou colegas, durante o episódio discriminatório e após sua ocorrência. Os impactos sobre o bem-estar emocional, confiança profissional e engajamento no trabalho, indicam que a discriminação institucionalizada não apenas compromete a saúde mental dos enfermeiros, mas também reforça desigualdades estruturais dentro do ambiente assistencial (Friese *et al.*, 2024).

Com base em uma pesquisa realizada com 514 enfermeiros pertencentes a minorias raciais/étnicas, foi observada alta prevalência de discriminação no ambiente de trabalho: 60% dos participantes relataram ter presenciado episódios discriminatórios e 28,3% afirmaram vivenciar discriminação pessoalmente. Essa exposição esteve associada a impactos negativos significativos, incluindo pior qualidade de vida, aumento do estresse ocupacional, redução da satisfação profissional e maior risco de intenção de desligamento. Além disso, os efeitos da discriminação racial comprometeram o engajamento no trabalho e a percepção de suporte institucional, evidenciando que práticas discriminatórias estruturais

prejudicam não apenas os profissionais de enfermagem, mas também a qualidade da assistência prestada aos pacientes (Saadi *et al.*, 2023).

Os estereótipos de gênero influenciam significativamente a produção do trabalho de enfermagem, muitas vezes invisibilizando as desigualdades presentes no ambiente laboral. Essas desigualdades de gênero contribuem para situações de violência e assédio no trabalho, afetando a valorização profissional e a percepção de legitimidade do cuidado prestado. A discriminação de gênero, ao se somar a outros tipos de violência laboral, pode comprometer a saúde física e mental dos profissionais, reduzir a satisfação no trabalho e aumentar a rotatividade (Chen *et al.*, 2025).

A discussão sobre etarismo e capacitismo evidencia impactos significativos na saúde, na subjetividade e na segurança dos profissionais de enfermagem. Práticas discriminatórias baseadas na idade e na deficiência são comuns e frequentemente invisibilizadas, comprometendo a qualidade de vida, o bem-estar e a capacidade de trabalho dos trabalhadores. Enfermeiros mais velhos e aqueles com deficiências enfrentam desafios adicionais, como estigmatização, limitações nas oportunidades de ascensão profissional e maior carga de trabalho, fatores que aumentam a vulnerabilidade à violência institucional e ao desgaste emocional. A baixa capacidade de trabalho está associada a maior exposição a agressões físicas, psicológicas e verbais (Mundim *et al.*, 2024).

Os impactos observados nesta pesquisa como uso de medicação, busca de tratamento psicológico, afastamentos com atestado ou via INSS, intenção de pedir demissão ou mudar de profissão reforçam que a violência no trabalho excede o dano físico imediato, produzindo agravos mentais, absenteísmo e rotatividade, com repercussões para a qualidade e segurança do cuidado. A exposição contínua à violência está associada a aumento do estresse ocupacional e elevados níveis de burnout, caracterizados por exaustão emocional, despersonalização e redução da realização profissional, o que contribui para maior absenteísmo e intenção de desligamento. Além disso, trabalhadores submetidos a essas condições apresentam desempenho reduzido, maior propensão a lapsos de atenção e risco de erros assistenciais (Magnavita; Meraglia, 2024).

A subnotificação permanece um desafio crítico. Embora 25,4% dos profissionais deste estudo relatem sentir-se protegidos para denunciar, 70,7% afirmam ter medo de retaliação, e apenas 33,7% registraram efetivamente a ocorrência. Essa

realidade, no entanto, não se restringe ao contexto nacional, configurando-se como um fenômeno global. Em um estudo norte-americano, verificou-se que 88% dos profissionais que relataram violência não registraram formalmente os incidentes (Volonnino *et al.*, 2024). Em unidades de terapia intensiva, até 80% das ocorrências não são notificadas (Arnetz *et al.*, 2015). Na Eslovênia, embora 74,7% dos profissionais tenham vivenciado violência, apenas 18,2% reportaram formalmente todos os casos, enquanto 15,6% não notificaram nenhum. No contexto israelense, 72% relataram experiências de violência, mas somente 26,6% registraram os episódios por escrito (Berger *et al.*, 2024).

A subnotificação da violência no ambiente de trabalho é recorrente entre profissionais de enfermagem, evidenciando que muitos eventos, tanto físicos quanto psicológicos, permanecem não registrados, o que dificulta a percepção da real magnitude do problema e a implementação de estratégias institucionais de prevenção e proteção (Pai *et al.*, 2018; Amaral *et al.*, 2025). Muitos casos são ocultados tanto pelas vítimas quanto pelas testemunhas em virtude do receio de represálias institucionais e interpessoais (Amaral *et al.*, 2025). Além disso, o assédio moral, tende a ser naturalizado e reproduzido como parte da cultura organizacional, o que contribui para a banalização dos episódios e reforça a baixa taxa de registros (Pai *et al.*, 2018).

Do ponto de vista organizacional, os dados sobre percepção de hostilidade (associada de forma significativa a diversas formas de violência) sugerem um clima psicossocial que facilita a ocorrência e a normalização do problema. Estudos em hospitais públicos brasileiros já haviam relacionado à estrutura e organização do trabalho, incluindo déficit de pessoal, alta demanda, comunicação verticalizada e conflitos de papéis, à maior frequência de eventos violentos, inclusive perpetrados por fontes internas (lideranças e colegas) e externas (pacientes e acompanhantes), o que está em linha com o perfil de agressores (Pai *et al.*, 2018).

Nesse sentido, os hospitais podem avançar na prevenção da violência ao implementar políticas que conciliem produtividade e segurança do trabalhador, por meio da realocação de recursos, criação de comitês internos e fortalecimento das ferramentas de prevenção. Isso inclui protocolos de notificação claros e acessíveis, fluxos de resposta e treinamentos contínuos em saúde e segurança do trabalho, com ênfase em lideranças e equipes de maior risco. Também se destaca a necessidade de articulação interinstitucional, envolvendo órgãos de saúde, trabalho e justiça, bem

como a atualização periódica das políticas institucionais com base em dados e auditorias internas. Por fim, o estabelecimento de indicadores de violência e sistemas de monitoramento contínuo permite avaliar a efetividade das medidas e ajustar as estratégias conforme a realidade do serviço (Hurtado *et al.*, 2025).

As diretrizes internacionais reconhecem que a violência e o assédio no trabalho constituem violação de direitos humanos e risco ocupacional prevenível. O *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector* e a OIT apontam caminhos práticos para prevenção, investigação e responsabilização, com foco em sistemas de notificação acessíveis, apoio às vítimas, formação de lideranças e ambientes psicologicamente seguros (International Labour Organization *et al.*, 2005; International Labour Organization, 2019).

Quanto às limitações desta pesquisa, pontuamos que se trata de um estudo transversal, com instrumentos autoaplicáveis enviados por meios digitais, não sendo possível generalizar os resultados ou inferir causalidade, nem afastar vieses de memória ou de resposta. Além disso, indivíduos afastados do trabalho não foram incluídos, o que pode limitar a compreensão do fenômeno. Adicionalmente, reconhece-se a possibilidade de viés de auto seleção inerente à coleta on-line e ao uso de instrumentos autoaplicáveis. É possível que profissionais com experiências mais negativas tenham se sentido mais motivados a participar, utilizando o estudo como uma forma de expressão ou ‘válvula de escape’. Pesquisas longitudinais e métodos mistos, incluindo abordagens qualitativas, são recomendados para aprofundar o entendimento dos mecanismos organizacionais e da efetividade das intervenções.

As contribuições deste estudo para o avanço científico incluem a geração de evidências sobre fatores organizacionais e individuais que impactam a saúde e a segurança dos profissionais de enfermagem. Além disso, os achados podem subsidiar a elaboração de políticas institucionais e públicas voltadas à proteção desses profissionais, potencialmente aprimorando o ambiente de trabalho e a qualidade da assistência prestada, beneficiando tanto trabalhadores quanto instituições de saúde.

CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou que a violência laboral é um fenômeno altamente prevalente entre os profissionais de enfermagem. Os tipos mais frequentes incluíram assédio moral/intimidação, violência verbal e psicológica, enquanto a violência física, sexual e as discriminações (racial, de gênero, etarismo e capacitismo) apresentaram menor frequência, porém impacto significativo. Esses dados confirmam que a violência no ambiente hospitalar é multifacetada, envolvendo tanto agressores externos (pacientes e familiares) quanto internos (chefias, colegas e outros profissionais de saúde), e está fortemente associada à percepção de hostilidade no trabalho.

As consequências para os profissionais incluem adoecimento físico e psicológico, uso de medicação, busca por tratamento psicológico, afastamentos laborais, redução da satisfação profissional, aumento do estresse ocupacional, *burnout* e intenção de desligamento ou mudança de profissão. A subnotificação da violência, evidência barreiras institucionais e culturais à notificação, reforçando a necessidade de estratégias eficazes de prevenção e proteção.

Além disso, práticas discriminatórias estruturais, como racismo, sexismo, etarismo e capacitismo, demonstraram impactar negativamente o engajamento, a valorização profissional e a saúde mental dos enfermeiros, reforçando desigualdades históricas no ambiente assistencial. Esses achados destacam que a violência no trabalho ultrapassa danos físicos imediatos, comprometendo o bem-estar, a produtividade e a qualidade da assistência prestada.

Portanto, os resultados reforçam a necessidade de implementação de políticas institucionais e públicas que promovam ambientes de trabalho seguros, sistemas acessíveis de notificação, suporte às vítimas e medidas de prevenção de práticas discriminatórias, contribuindo para a proteção dos profissionais, a valorização da enfermagem e a melhoria da qualidade da assistência prestada.

REFERÊNCIAS

- ALNAEEM, M. M.; *et al.* Prevalence, consequences, and contributing factors beyond verbal and physical workplace violence against nurses in peripheral hospitals. **Frontiers in Public Health**, v. 12, p. 1418813, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1418813>.
- AMARAL, E. dos S.; *et al.* Violence at work experienced by nursing professionals working in hospital units: an exploratory and correlational study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 33, e4527, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7451.4527>.
- ARNETZ, J. E.; *et al.* Underreporting of workplace violence: comparison of self-report and actual documentation of hospital incidents. **Workplace Health & Safety**, v. 63, n. 5, p. 200–210, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2165079915574684>.
- ASHTON, R. A.; MORRIS, L.; SMITH, I. A qualitative meta-synthesis of emergency department staff experiences of violence and aggression. **International Emergency Nursing**, v. 39, p. 13–19, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.12.004>.
- BAGNASCO, A.; *et al.* Protective and risk factors of workplace violence against nurses: a cross-sectional study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 33, n. 12, p. 4748–4758, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.17169>.
- BERGER, S.; *et al.* Violence against healthcare professionals in intensive care units: a systematic review and meta-analysis of frequency, risk factors, interventions, and preventive measures. **Critical Care**, v. 28, p. 61, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13054-024-04844-z>.
- BUSNELLO, G. F.; TRINDADE, L. de L.; PAI, D. D.; BECK, C. L. C.; RIBEIRO, O. M. P. L. Types of workplace violence in nursing in the Family Health Strategy. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 4, e20200427, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0427>.
- CHEN, A. C.; *et al.* Discrimination and quality of life during the COVID-19 pandemic: experiences of racial/ethnic minority nursing staff in the United States. **International Nursing Review**, v. 72, n. 2, e70021, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/inr.70021>.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Nurses are frequent victims of physical and verbal abuse in the workplace**. Portal Coren-SP, 15 jul. 2025. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/noticias/enfermeiros-sao-vitimas-recorrentes-de-agressoes-fisicas-e-verbais-no-ambiente-de-trabalho/>. Acesso em: 10 jul. 2025.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO DISTRITO FEDERAL. **Survey reveals violence against nursing professionals in the Federal District**. Coren-DF, 1 jul. 2022. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/levantamento-evidencia-violencia-contra-profissionais-de-enfermagem-no-df/>. Acesso em: 10 jul. 2025.

DOEHRING, M. C.; *et al.* Workplace violence in a large urban emergency department. **JAMA Network Open**, v. 7, n. 11, e2443160, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.43160>.

FERNÁNDEZ RUBIO, M.; PAGOLA PASCUAL, M. I.; IZCO GARCÍA, M. N. Una aproximación a los cuidados invisibles desde la enfermería. **Conocimiento Enfermería**, v. 2, n. 4, p. 55–57, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.60108/ce.61>.

FRIESE, C. R.; *et al.* Nurse-reported workplace violent events: results from a repeated statewide survey. **Nursing Outlook**, v. 72, n. 5, p. 102265, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2024.102265>.

HURTADO, S. L. B.; *et al.* Occupational health and safety policies in Brazil and France: contradictions analysis for the development of prevention. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, n. 6, e19680, 2025. Disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/occupational-health-and-safety-policies-in-brazil-and-france-contradictions-analysis-for-the-development-of-prevention/19680>. Acesso em: 10 jul. 2025.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. **C190 – Violence and Harassment Convention, 2019 (No. 190): convention concerning the elimination of violence and harassment in the world of work**. Geneva: ILO, 2019. Disponível em: https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C190. Acesso em: 10 jul. 2025.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION; INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES; WORLD HEALTH ORGANIZATION; PUBLIC SERVICES INTERNATIONAL. **Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector**. Geneva: WHO, 2005. Disponível em: https://webapps.ilo.org/public/libdoc/ilo/2005/105B09_454_engl.pdf. Acesso em: 10 jul. 2025.

LIU, J.; *et al.* Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. **Occupational and Environmental Medicine**, v. 76, n. 12, p. 927–937, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/oemed-2019-105849>.

LUO, Y.; *et al.* The impact of psychological violence in the workplace on turnover intention of clinical nurses: the mediating role of job satisfaction. **BMC Nursing**, v. 23, n. 1, p. 844, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02477-9>.

MAGNAVITA, N.; MERAGLIA, I. Poor work ability is associated with workplace violence in nurses: a two-wave panel data analysis. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 21, n. 9, p. 1118, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph21091118>.

MUNDIM, G. D. A.; *et al.* Analysis of care and gender stereotypes in nursing scientific research: a scoping review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 58, e20240066, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0066en>.

PAI, D. D.; *et al.* Physical and psychological violence in the workplace of healthcare professionals. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 1, e2420016, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018002420016>.

SAADI, A.; *et al.* Nurses' experiences with racial, ethnic, cultural, and religious discrimination in the workplace: a qualitative study. **American Journal of Nursing**, v. 123, n. 5, p. 24–34, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000931892.39368.e1>.

TEMESGEN, S.; *et al.* Magnitude of workplace violence and its associated factors against nurses working in public hospitals of Western Ethiopia: a cross-sectional study. **BMC Nursing**, v. 23, p. 843, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02497-5>.

TSUKAMOTO, S. A. S.; *et al.* Occupational violence in the nursing team: prevalence and associated factors. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 4, p. 425–432, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900058>.

UZEDA, A. de L.; *et al.* Experiences and consequences of workplace moral harassment among nursing professionals. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 33, e20240155, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2024-0155en>.

VOLONNINO, G.; *et al.* Healthcare workers: heroes or victims? Context of the Western world and proposals to prevent violence. **Healthcare (Basel)**, v. 12, n. 7, p. 708, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/healthcare12070708>.

VON ELM, E.; *et al.* The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. **The Lancet**, v. 370, n. 9596, p. 1453–1457, 2007. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61602-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61602-X).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing violence against health workers**. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/activities/preventing-violence-against-health-workers>. Acesso em: 10 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on violence and health**. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2025.

YANG, Q.; *et al.* Workplace violence against nursing interns and patient safety: the multiple mediation effect of professional identity and professional burnout. **Nursing Open**, v. 10, n. 5, p. 3104–3112, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nop2.1560>.

4.2.3 Manuscrito 4 – Estratégias multicomponentes por níveis de prevenção e ação para enfrentar a violência no trabalho em enfermagem

ESTRATÉGIAS MULTICOMPONENTES POR NÍVEIS DE PREVENÇÃO E AÇÃO PARA ENFRENTAR A VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM ENFERMAGEM¹

Fábio Silva da Rosa²

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas³

Elaine Cristina Novatzki Forte⁴

RESUMO

Objetivo: identificar estratégias de prevenção e de promoção da segurança e saúde de profissionais de enfermagem diante da violência no trabalho em um hospital universitário de nível terciário. **Método:** estudo qualitativo descritivo, com análise **Tipo e local do estudo**

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo por meio de Análise de Conteúdo de Bardin (BARDIN, 2016), realizado em um hospital universitário do Sul do Brasil.

de conteúdo (Bardin) realizado em um hospital universitário do Sul do Brasil, com 45 trabalhadores de enfermagem entre fevereiro e maio de 2025, por meio de entrevistas semiestruturadas presenciais. A codificação foi conduzida no ATLAS.ti®, com dupla checagem e resolução por consenso. **Resultados:** Emergiram cinco categorias analíticas organizadas pelo cruzamento nível de prevenção (primária/secundária/terciária) e nível de ação (macro/meso/micro): (1) governança e política institucional; (2) organização do trabalho e ambiente seguro; (3) pessoas, liderança e cultura de respeito; (4) resposta, cuidado ao trabalhador e aprendizagem; e (5) estratégias individuais e de equipe. Os achados oferecem alvos operacionais para prevenção e promoção da saúde no contexto hospitalar. **Conclusão/Implicações práticas:** recomenda-se institucionalizar governança com política de tolerância zero, canais não punitivos e devolutivos em prazos definidos; fortalecer o ambiente seguro; e consolidar microestratégias no ponto de cuidado. A integração entre níveis (macro, meso e micro) e entre camadas preventivas (primária, secundária e terciária) sustenta ciclos de melhoria contínua e protege trabalhadores e pacientes.

Palavras-chave: Violência no Trabalho; Saúde Ocupacional; Enfermagem; Prevenção; Hospital.

¹ Manuscrito será submetido na Revista Texto & Contexto Enfermagem.

² Enfermeiro. Especialista em Terapia Intensiva. Mestre em Enfermagem. Doutorando em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do PRÁXIS: Laboratório de Pesquisa sobre Trabalho, Ética, Saúde e Enfermagem. E-mail: fabiorosa18@gmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: ambrosina.mara@ufsc.com

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: elaine.cnforte@gmail.com

INTRODUÇÃO

A violência no trabalho (VT) contra profissionais de enfermagem é um fenômeno recorrente e multifatorial, com impactos sobre saúde ocupacional e qualidade e a segurança do cuidado, abrangendo violência física e não física (psicológica, verbal e assédio). Em diferentes sistemas de saúde, estudos recentes apontam prevalências elevadas de eventos não físicos, além de associação com exaustão emocional, intenção de rotatividade e pior percepção de segurança (Amaral *et al.*, 2025).

Em âmbito internacional, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) reconhece a VT como risco ocupacional que requer medidas integradas através de legislação, avaliação de risco, diálogo social, suporte às vítimas. Em consonância, no Brasil, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) vem destacando a urgência de políticas institucionais, ambientes laborais seguros e mecanismos de proteção, reforçando que a VT deve ser tratada como problema organizacional e de sistema, não como déficit individual (International Labour Organization, 2024). Apesar do acúmulo de evidências sobre a VT, persiste uma lacuna prática: faltam sínteses qualitativas organizadas por níveis de prevenção (primária, secundária, terciária) e níveis de ação (macro, meso, micro) que orientem a implementação em hospitais universitários brasileiros.

No Brasil, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) tem enfatizado a VT como um risco ocupacional crescente, reforçando a urgência de políticas de prevenção, promoção de ambientes seguros e fortalecimento de medidas legais e institucionais de proteção (Federal Nursing Council, 2023). Dessa forma, a violência passa a ser compreendida como um problema estrutural de saúde ocupacional, demandando intervenções organizacionais e regulatórias para garantir condições dignas de trabalho.

Embora existam várias definições de violência no local de trabalho, a maioria adota uma interpretação ampla que inclui agressões físicas e não físicas, reais ou ameaçadas, contra funcionários. Os estudos apontam que a violência física (como empurrões, agressões ou uso de objetos) ocorre com menor frequência, mas costuma desencadear intervenções institucionais imediatas e maior visibilidade na mídia. Por outro lado, a violência não física, que abrange insultos verbais, assédio, intimidação

ou comportamentos ameaçadores, mostra prevalência significativamente maior (Alenezi, 2024).

Um estudo recente em hospitais terciários chineses revelou que a prevalência de VT entre enfermeiros foi de 26,6%, com maior incidência de abuso emocional (23,3%), seguido por ameaças (10,1%), agressão física (6,2%), assédio verbal sexual (2,1%) e abuso sexual (1,1%). Fatores associados à maior prevalência incluíram sexo masculino, trabalho em turnos, nível educacional elevado, título profissional, departamento de atuação e carga horária superior a 50 horas semanais. Enfermeiros que experienciam níveis mais elevados de VT apresentaram menor satisfação profissional (Yuan *et al.*, 2025).

A violência no ambiente hospitalar impacta significativamente a saúde mental e o bem-estar dos profissionais de enfermagem. Um estudo com enfermeiros na Alemanha demonstrou que a exposição frequente à violência verbal e física aumenta o risco de exaustão emocional (burnout), comprometendo a qualidade da assistência e a permanência dos profissionais no trabalho. Esses achados evidenciam que a violência afeta tanto o indivíduo quanto os resultados assistenciais e a segurança do paciente (Campione; Henschke, 2025).

Uma meta-análise com enfermeiros sintetizou a prevalência de abuso verbal, identificando as fontes mais comuns e os fatores de risco relacionados, estimando que cerca de 67% dos profissionais relataram abuso verbal no último ano (Wang *et al.*, 2025). Embora esses achados sejam consistentes em diversos países, estudos nacionais apontam prevalências semelhantes, indicando que a violência verbal contra enfermeiros é um fenômeno igualmente expressivo no Brasil.

Um estudo realizado em unidades hospitalares brasileiras identificou elevada prevalência de situações de violência vivenciadas por trabalhadores da enfermagem, com predominância de agressões verbais, seguidas de episódios físicos e psicológicos. A amostra incluiu 218 profissionais de enfermagem, dos quais 44,0% relataram ter sofrido algum tipo de VT, sendo 11,9% violência física, 47,7% abuso verbal e 2,8% assédio sexual. Os autores destacam que a violência esteve fortemente associada a fatores organizacionais, como sobrecarga de trabalho, déficit de recursos humanos e fragilidade no suporte institucional, além de questões relacionais, envolvendo pacientes, familiares e membros da própria equipe multiprofissional. Observou-se, ainda, que profissionais com mais de 30 anos e que realizam horas

extras apresentam maior vulnerabilidade a esses eventos. Essas experiências repercutem negativamente no bem-estar dos profissionais, favorecendo sintomas de estresse, exaustão emocional e insatisfação laboral, o que pode comprometer tanto a saúde dos trabalhadores quanto a qualidade da assistência prestada (Amaral *et al.*, 2025).

Essas formas de agressão verbal não apenas ocorrem com maior frequência do que a violência física, mas também apresentam impactos significativos sobre a saúde ocupacional e a qualidade assistencial. Evidências indicam que o abuso verbal está fortemente associado à exaustão emocional dos profissionais, repercutindo na diminuição da percepção de segurança no trabalho, na redução da confiança em relação à segurança do paciente e no aumento da intenção de deixar o emprego (Kim; Mayer; Jones, 2020). Embora a violência no local de trabalho em hospitais não possa ser completamente eliminada, são necessárias intervenções para mitigar seu impacto, como o aprimoramento dos sistemas de notificação de incidentes hospitalares e o fortalecimento da resiliência dos enfermeiros como estratégia protetiva.

Nesse contexto, enquanto a OIT enfatiza a necessidade de medidas globais para a proteção dos trabalhadores, no Brasil o COFEN tem reforçado a urgência de estratégias específicas para a enfermagem, destacando a importância de políticas de prevenção, da promoção de ambientes laborais seguros e do fortalecimento de medidas de proteção legal e institucional. Dessa forma, a VT deixa de ser compreendida como um episódio isolado e passa a ser reconhecida como um problema estrutural de saúde ocupacional, que demanda intervenções organizacionais e regulatórias voltadas à garantia de condições dignas de trabalho (Federal Nursing Council, 2023).

Apesar do acúmulo de evidências sobre violência ocupacional em enfermagem, ainda faltam sínteses qualitativas que organizem, de forma pragmática, estratégias de prevenção e promoção da saúde por níveis de prevenção (primária/secundária/terciária) e níveis de ação (macro/meso/micro) em hospitais universitários no Brasil. Com base nessa premissa, o objetivo deste estudo foi identificar estratégias de prevenção e de promoção da segurança e saúde de profissionais de enfermagem diante da violência no trabalho em um hospital universitário de nível terciário.

MÉTODO

Tipo e local do estudo

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo por meio de análise temática de Bardin (Bardin, 2016), realizado em um hospital universitário do Sul do Brasil. Neste estudo, seguiram-se as recomendações do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies* (COREQ) (Tong; Sainsbury; Craig, 2007).

No hospital em questão, cuja assistência é voltada majoritariamente a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), contemplando também convênios privados e atendimento particular, há aproximadamente 2.518 profissionais de enfermagem, compondo uma equipe total de 7.105 profissionais, distribuídos em uma estrutura de 890 leitos, que inclui unidades de internação clínica, cirúrgica, obstétrica, pediátrica, neonatal, psiquiátrica, além de unidades de terapia intensiva e emergência (Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2025).

População e participantes

A população foi composta por trabalhadores da enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) atuantes no hospital e provenientes da primeira etapa do estudo da tese de doutorado intitulada *Violência laboral no âmbito da enfermagem hospitalar: estudo de Métodos Mistos*. Os participantes foram selecionados por amostragem intencional de máxima variação, visando abranger diferentes experiências de VT. A diversidade foi assegurada por critérios de heterogeneidade em turnos (manhã, tarde, noite), setores (clínico, cirúrgico, unidade de terapia intensiva, emergência, pediatria/neonatal) e tempo de experiência.

Eram elegíveis trabalhadores com contrato por tempo indeterminado e aqueles com mais de 1 ano de exercício ativo, pressupondo-se familiarização com o ambiente hospitalar, a cultura organizacional e as políticas institucionais. A seleção prosseguiu até a saturação teórica. A saturação foi evidenciada quando entrevistas adicionais deixaram de produzir novos códigos ou novas relações entre categorias e confirmada nas cinco últimas entrevistas, que apenas reiteraram padrões previamente identificados (Bardin, 2016).

Coleta de dados

As entrevistas semiestruturadas foram conduzidas por pesquisador mestre em enfermagem e doutorando, com experiência em pesquisa qualitativa e utilização de softwares de análise. Antes do início de cada entrevista, o pesquisador se apresentou formalmente, explicou seus objetivos e reforçou o sigilo, como forma de estabelecer vínculo de confiança com os participantes.

Para mitigar viés do pesquisador (suposições ou preconceções sobre violência no trabalho), foram adotadas estratégias de reflexividade: elaboração de diário reflexivo antes/depois de cada entrevista; roteiro de entrevista com perguntas não indutoras e probes padronizados; reuniões de calibração com a equipe para discutir impressões e prevenir condução direcionada. As entrevistas ocorreram em local reservado, entre os meses de fevereiro e maio de 2025, com média de 40 minutos, e foram gravadas mediante consentimento.

Além do pesquisador, participaram do estudo duas docentes de enfermagem. A coleta, entretanto, foi conduzida exclusivamente pelo pesquisador, garantindo a inexistência de vínculo prévio com os entrevistados e reduzindo a possibilidade de vieses. As informações foram obtidas por meio de entrevistas semiestruturadas presenciais, realizadas em local reservado e previamente indicado pelos participantes, assegurando sigilo e conforto. Dentre as questões abordadas, destacam-se: tipo de violência vivenciada; descrição do episódio; sentimentos após o incidente; apoio recebido; estratégias preventivas; necessidade de treinamento e suporte adicional.

As entrevistas foram gravadas em aplicativo específico, instalado no computador do pesquisador, e acompanhadas por notas de campo em formulário eletrônico. Não foi realizada validação das transcrições pelos participantes (*member checking*), decisão fundamentada tanto em razões éticas para evitar a revitimização ao retomar os episódios de violência, quanto metodológicas, considerando-se que a saturação dos dados já havia sido atingida. Foi conduzido um estudo-piloto em duas ocasiões, com o objetivo de verificar a clareza da linguagem e a compreensão das questões.

Análise dos dados

As entrevistas foram transcritas integralmente e analisadas por análise temática de conteúdo em três etapas: pré-análise (constituição do corpus, leitura flutuante e formulação de hipóteses); exploração do material (os dados foram geridos no ATLAS.ti®, versão 25.0.1.); e tratamento e interpretação dos resultados (articulação das inferências, interpretação dos dados e confronto com o referencial teórico) (Bardin, 2016). Os dados sociodemográficos dos participantes foram organizados no *Microsoft Excel*®. Para preservar o anonimato, as falas são identificadas pelo perfil profissional e por numeração sequencial de inclusão no estudo: Enf 1, Enf 2, ... para enfermeiros(as) e TE 1, TE 2, ... para técnicos(as) de enfermagem.

A codificação inicial foi realizada pelo pesquisador principal e revisada por uma docente de enfermagem. As discordâncias foram resolvidas por consenso após discussão dos trechos e, quando necessário, com terceiro revisor *ad hoc* para dirimir impasses.

Para compensar a opção ética/metodológica de não realizar *member checking*, empregaram-se: triangulação teórica (literatura internacional e normativas institucionais); busca ativa de casos negativos na etapa de exploração do material; auditoria da trilha analítica (log de decisões de codificação/categorização no ATLAS.ti); e revisão entre pares das categorias finais.

Após a codificação aberta, procedeu-se à categorização axial, agregando códigos nas cinco categorias analíticas organizadas pelo cruzamento nível de prevenção (primária, secundária, terciária) e nível de ação (macro, meso, micro). Padrões de coocorrência foram verificados pela matriz de coocorrências do ATLAS.ti; divergências foram resolvidas por consenso.

Foram observados os critérios de exaustividade, representatividade, pertinência e objetividade (Bardin, 2016); mantiveram-se memos analíticos e log de decisões para auditabilidade; e incluíram-se trechos divergentes para ampliar credibilidade. As interpretações foram elaboradas à luz do referencial teórico sobre violência laboral em enfermagem e os resultados foram ilustrados com citações literais dos participantes, apresentadas no corpo dos achados para reforçar a credibilidade e a autenticidade dos dados.

Aspectos Éticos

Este estudo foi conduzido em conformidade com a Resolução CNS nº 466/2012 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob o Parecer Consubstanciado nº 7.241.146 e CAAE nº 80554324.7.3001.0121, em 27 de julho de 2024. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi disponibilizado em formato eletrônico, sendo assinado eletronicamente. Após a leitura do documento, os participantes confirmaram sua concordância por meio da seleção de caixa de confirmação, validando sua participação.

RESULTADOS

Participaram do estudo 45 profissionais de enfermagem. A idade média foi de $40,5 \pm 7,0$ anos (mediana: 41,0; intervalo: 23 - 53) e o tempo de atuação na enfermagem de $17,7 \pm 6,9$ anos (mediana: 18,0; intervalo: 2 - 34), evidenciando uma força de trabalho experiente. Observou-se predomínio do sexo biológico feminino (66,7%) e de participantes que se identificam com o gênero mulher (66,7%); a cor da pele autorreferida foi majoritariamente branca (75,6%), seguida de parda (17,8%) e preta (6,7%). Predominaram casados(as)/vivendo com companheiro(a) (66,7%), e as afiliações religiosas mais frequentes foram católicos (35,6%) e cristã (26,7%). A maioria não referiu deficiência (95,6%). No perfil ocupacional, técnicos(as) de enfermagem corresponderam a 55,6% e enfermeiros(as) a 44,4% dos participantes (Tabela 25).

Tabela 25. Características sociodemográficas da amostra (n=45). Florianópolis, SC, Brasil, 2025.

Variável/Categoria	N	%
Amostra	45	100,0
Sexo biológico:		
Feminino	30	66,7
Masculino	15	33,3
Cor da pele autodeclarada?		

Branca	34	75,6
Parda	8	17,8
Preta	3	6,7
Estado civil?		
Casado/vive com o companheiro(a)	30	66,7
Solteiro(a)	10	22,2
Separado/divorciado	3	6,7
Outro	2	4,4
Religião?		
Católico	16	35,6
Cristã	12	26,7
Espírita	7	15,6
Umbanda, candomblé ou outras religiões afro-brasileiras	5	11,1
Ateu	2	4,4
Agnóstico/cético	2	4,4
Evangélico	1	2,2
Portador de alguma deficiência?		
Não	43	95,6
Sim	2	4,4
Função que exerce no hospital?		
Técnico de Enfermagem	25	55,6
Enfermeiro(a)	20	44,4

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Para responder ao objetivo de identificar estratégias de prevenção e promoção da segurança e saúde diante da VT, os achados qualitativos foram organizados, a partir da consolidação dos códigos no ATLAS.ti, em um arcabouço temático que combina nível de prevenção (primária, secundária, terciária) e nível de ação (macro, meso, micro). Emergiram cinco categorias analíticas: (1) governança e política institucional (macro | primária/secundária); (2) organização do trabalho e ambiente seguro (meso | primária/secundária); (3) pessoas, liderança e cultura de respeito (meso/micro | primária/secundária); (4) resposta, cuidado ao trabalhador e

aprendizagem (macro/meso/micro | secundária/terciária); e (5) estratégias individuais e de equipe (secundária | micro).

Cada categoria desdobra-se em subcategorias operacionais que orientam a leitura dos dados e a localização das falas no corpus: 1.1 políticas e fluxos formais (tolerância zero); 1.2 comunicação institucional clara e transparente; 1.3 registro formal e canais de denúncia; 2.1 dimensionamento/recursos e ambientes protegidos; 2.2 regras de acesso e protocolos para usuários/familiares; 2.3 gestão ativa de conflitos (mediação estruturada & mitigação de gatilhos); 3.1 liderança humanizada conectada à prática; 3.2 competências relacionais: comunicação não violenta (CNV)/assertividade, habilidades socioemocionais e educação; 3.3 estratégias de equipe: comunicação *in loco*, autorregulação e negociação; 4.1 acolhimento, triagem/encaminhamento e redes de apoio; 4.2 avaliação psicológica, retorno seguro e proteção à vítima; 4.3 análise de eventos, indicadores, devolutivas e melhoria contínua (*accountability*); e 5.1 reconhecimento rápido + autorregulação; 5.2 de-escalada/CNV + limites e escolhas; 5.3 acionamento de apoio imediato.

O Quadro 10 apresenta, para cada subcategoria excertos que ilustram mecanismos, condições de ocorrência e respostas acionadas por profissionais e equipes, preservando a voz dos participantes e a variação contextual. A seleção das citações foi teórico-orientada, ancorada nos códigos consolidados, priorizando trechos nítidos e informativos que evidenciam convergências, tensões e casos negativos quando presentes.

Quadro 10. Síntese categorias e subcategorias. Florianópolis, SC, Brasil, 2025.

Categoria (nível)	Subcategoria	Excerto da fala dos participantes
1) Governança e Política Institucional (Macro Primária/Secundária)	1.1 Políticas e fluxos formais (tolerância zero)	[...] não consigo lembrar de nenhuma política ou prática institucional que trate diretamente da prevenção da violência. Não tem nada muito claro, sabe? Nenhuma ação específica, nenhuma orientação mais direta. A gente vai levando, lidando com as situações no dia a dia, mas não tem algo que a gente veja e pense: “isso aqui é uma iniciativa da instituição para evitar a violência ou promover um ambiente mais tranquilo”. Então, pra mim, realmente, não tem. Se tem, está muito distante da nossa realidade lá na ponta. (Enf 23)
		Eu sinto falta [...] de uma ferramenta que realmente passe total credibilidade e segurança, pra gente se sentir à vontade de se manifestar em situações como essa. (TE 21)

	1.2 Comunicação institucional clara e transparente	Eu acho que o papel da comunicação para redução da violência, precisa ser uma comunicação formal. Isso precisaria estar documentado, de alguma forma tem que estar documentado. (Enf 6)
		[...] quando é uma mensagem as pessoas interpretam de várias formas. Mesmo que você não queira falar de forma grosseira, isso acaba gerando muito conflito, muita má interpretação, muita agressão. Enf 22
	1.3 Registro formal e canais de denúncia	Seria muito importante criar um grupo institucional de escuta e encaminhamento das situações de violência, composto por profissionais treinados para acolher denúncias, orientar os trabalhadores e acompanhar os casos até sua resolução. Esse grupo poderia atuar de forma sigilosa, garantindo proteção ao denunciante, oferecendo apoio psicológico imediato e propondo ações de prevenção e correção à gestão. (Enf 14)
2) Organização do Trabalho e Ambiente Seguro (Meso Primária/Secundária)		Aí eu disse, e essa ouvidoria precisa ser presencial, ou online? Ela disse, como tu quiser. Qualquer uma das formas, ela é válida [...]. Quando eu cheguei fui extremamente bem recebida. Eu estava bem nervosa, mas quando ela abriu a porta, eu vi que era uma colega negra, e quando ela me olhou assim, o meu coração se acalmou. Parecia que eu me sentia em casa. E que tudo aquilo que eu estava disposta a contar para ela ia ser acolhido. E foi o que aconteceu. Ela ouviu toda a minha história, contei todos os detalhes. Depois ela digitou tudo que eu contei. E ela me deu para eu ler. Eu li, daí eu acrescentei algumas coisas, ela redigitou. (TE 11)
	2.1 Dimensionamento/recursos e ambientes protegidos	Acho que uma das estratégias é incluir mais profissionais de segurança, Para ter esse sentimento de segurança, acho que... tem que envolver os seguranças, eles estarem mais próximos por exemplo, principalmente quando o familiar o paciente estão alterados. (Enf 9) Além disso, seguranças circulando pelo hospital dariam a sensação de prevenção de violência externa, vinda de familiares ou pacientes. (Enf 14) É que, como mulher, é até difícil de falar em estratégias para diminuir a violência, porque eu acho que é muito complexo, por exemplo, a lei Maria da Penha, ela é uma medida que auxilia, mas ela não impede que uma mulher sofra homicídio, não impede a mulher de sofrer violência. É só uma lei. Então, eu acredito que é uma questão cultural e política, relacionado a educação, [...] focar na educação de uma forma diferente, para que isso repercuta lá no futuro. (Enf 11)

	Eu acredito que estratégias para evitar essas situações de violência seria a possibilidade de promover mais espaços, recursos psicológicos para que as pessoas conversem abertamente sobre o tema. (Enf 20)
2.2 Regras de acesso e protocolos para usuários/familiaries	Na minha visão, muitas dessas situações poderiam ser prevenidas com protocolos claros de manejo de pacientes e familiares agressivos, transferência para serviços especializados quando necessário e suporte institucional real, para que a equipe se sinta protegida e tenha condições de atuar com segurança. (Enf 13) Então... eu não sei se é exatamente uma falha, mas acho que é um desafio. Porque com familiares difíceis, muitas vezes a gente precisa ter muita comunicação, e não só sobre notícias ruins. Eu faço muito isso [...]. (Enf 8) Eu falei para a liderança de colocar cartazes sobre direito e deveres dos pacientes, porque é o setor que mais acontece violência no meu ponto de vista, e junto colocar cartazes sobre a prevenção de violência, inclusive com a lei sobre desacato a funcionário público. (TE 18) Em relação aos familiares agressivos, aqueles que fazem violência verbal ou entram em conflito conosco, penso que seria necessário termos autoridade para proibir o acesso desses indivíduos ao hospital. (Enf 13)
2.3 Gestão ativa de conflitos (mediação estruturada & mitigação de gatilhos)	Porque quando a gente tem esse vínculo com o familiar, com a mãe, com o pai, a comunicação flui melhor. Conseguimos orientar com mais tranquilidade, e a pessoa também se sente mais segura para perguntar, para expressar uma dúvida ou até um medo. E isso acaba interferindo diretamente no cuidado com a criança, porque a gente trabalha em parceria. (Enf 20) Em relação aos familiares agressivos, aqueles que fazem violência verbal ou entram em conflito conosco, penso que seria necessário termos autoridade para proibir o acesso desses indivíduos ao hospital. (Enf 13) Ao longo dos anos, observei que, embora as chefias de serviço tenham mudado, a postura de distanciamento e alienação em relação à realidade das unidades persiste. Existe uma cultura de afastamento, na qual líderes desconhecem rotinas, desafios e dificuldades enfrentadas pelas equipes, deixando lacunas de proteção e gestão. (Enf 12)

3) Pessoas, Liderança e Cultura de Respeito (Meso/Micro Primária/Secundária)	3.1 Liderança humanizada conectada à prática	Nesse dia, a chefia estava na assistência aos pacientes também, daí ela conversou comigo, naquele momento eu tive uma rede de apoio dos colegas enfermeiros, que estavam no dia, que estavam juntos. A colega da manhã se disponibilizou para ficar à tarde, pra eu poder ir pra casa. Então, eu voltei pra casa. No outro dia, também, perguntaram como é que eu estava, enfim. (Enf 11) Uma gestão humanizada, com líderes mais presentes nas unidades, que conheçam de fato as demandas e dificuldades enfrentadas pelos profissionais, pode contribuir significativamente para um ambiente de trabalho mais seguro, saudável e motivador para todos. (Enf 12)
	3.2 Competências relacionais: CNV/assertividade, habilidades socioemocionais e educação antidiscriminatória.	E penso que a comunicação não violenta também tem que ser mais trabalhada, de estar aberto à escuta. Enf 7 Treinamentos periódicos em comunicação assertiva, gestão de conflitos e inteligência emocional, tanto para líderes quanto para equipes, são fundamentais. (Enf 12) Então, estratégias que poderiam prevenir esse tipo de violência e outras violências seria a educação em saúde e a educação permanente. Mas eu acho que isso deveria ter uma educação permanente voltada especificamente para isso. Com expert no tema, pesquisadores ou pessoas que entendem do assunto, com uma educação permanente para essa temática da violência. Para que as pessoas identifiquem já nos primeiros sinais de violência, para saber o que fazer, e qual conduta que devem tomar. (TE 4) E se a gente tivesse uma abordagem, chamar o pessoal que trabalha com isso, de uma comunicação não violenta no trabalho. Porque é isso, acho que tem formas de se falar mesmo nas situações mais críticas. E às vezes a gente não se dá conta e a gente acaba propagando essas violências, acho que é uma estratégia. Principalmente as lideranças. (Enf 3) Essa questão da comunicação como treinamento efetivo para as lideranças seria uma estratégia. Porque não sei se na formação tem algo voltado para a comunicação. Eu acho que as pessoas chegam, fazem faculdade, mas não são preparadas para ser líderes. Então, eu acho que isso realmente seria bem importante. (TE 7)
	3.3 Estratégias de equipe: comunicação in loco, autorregulação e negociação	Acredito que [...] criar um grupo institucional de escuta e encaminhamento das situações de violência, composto por profissionais treinados para acolher denúncias, orientar os trabalhadores e acompanhar os casos até sua resolução. Esse grupo poderia atuar de forma sigilosa, garantindo proteção ao denunciante, oferecendo apoio psicológico imediato e propondo ações de prevenção e correção à gestão. Com isso, o ambiente de trabalho se

		tornaria mais seguro, valorizando os profissionais e criando uma cultura de respeito. (Enf 14) Eu acho que em ambientes de trabalho para se manter seguro deve-se manter a comunicação do que não pode ser feito, formas de reagir e material educativo sobre respeito. (TE 17) [...] como liderança, o enfermeiro tem que saber que é da responsabilidade dele a unidade e também de orientar a sua equipe para qualquer atividade que ocorra, a comunicação e o posicionamento são fundamentais, no início ao fim do plantão. (TE 18)
4) Resposta, Cuidado ao Trabalhador e Aprendizagem (Macro/Meso/Micro Secundária/Terciária)	4.1 Acolhimento, triagem/encaminhamento e redes de apoio	O hospital deveria criar um fluxo de atendimento. Ah, ocorreu a violência, então a partir dali, o que que eu tenho que fazer? A quem tenho que comunicar? Devo fazer um boletim de ocorrência? Preencher um formulário na intranet? (TE 4) Acho que deveria ter um acompanhamento psicológico, tanto para quem pratica a violência para as pessoas que sofrem a violência. É uma das coisas que deveria ter um atendimento psicológico para o técnico de enfermagem, enfermeiro e outros profissionais da área da saúde que quisessem ter um acompanhamento. (TE 2) [...] uma liderança que pudesse ouvir e dar encaminhamento para alguém que tivesse uma escuta ativa. Mas que não fosse da enfermagem, e sim alguém de outra área, para não ter envolvimento com colegas, como amigos. Mais imparcial. Talvez um grupo que atuasse, alguém que fizesse algo do tipo aquele grupo da qualidade e segurança do paciente, mas voltado para isso, para as questões éticas, questões assim que acontecem dentro do hospital. (TE 7) Eu acho que outros fatores que estão atrelados a isso também são os canais de denúncia, que eu vejo que ele é muito bem utilizado hoje em dia, seja para diversas situações, não só para violência, mas também para violência, discriminações. As pessoas, pelo menos aqui onde eu trabalho, vejo que elas têm o conhecimento de como fazer para relatar os acontecimentos. Talvez não tão assertivamente o que seria caso de comissão de ética para comissão de ética, o que seria caso de ouvidoria para ouvidoria. (Enf 24)
	4.2 Avaliação psicológica, retorno seguro e proteção à vítima	No serviço médico eu recebi apoio, procurei o serviço de acolhimento da psicologia e lá eles utilizam um sistema diferente do sistema do hospital [...], porque pensei, vou falar e aí minha chefe vai ler todo o meu prontuário? Mas não, ela não tem acesso ao meu prontuário. Esse prontuário é separado. Eu senti realmente que foi o início do apoio. Fui atendido por uma psicóloga que quando passa por mim nos corredores me cumprimenta, porque ela se lembra de mim. E

5) Estratégias individuais e de equipe (Secundária Micro)		sim, eu acho que o serviço médico ocupacional, na parte da psicologia me acolheu. (Enf 15) Aquelas pessoas que estão mais preparadas, talvez precisem menos, mas os menos preparados precisam mais. Assim como a gente tem o exame periódico, a gente deveria junto ter uma avaliação psicológica também. Não passar por um psiquiatra ou por uma psicóloga para a gente falar o que está sentindo, o que está passando. (TE 2) Ter alguém dentro do ambiente que te segure, que te diga “não, tu não és o problema, tu só tá sofrendo violência”. Porque durante muito tempo eu achei que o problema era eu, que eu não servia para aquilo, que não era bom o bastante. Até que com meu trabalho, com o tempo, eu consegui mostrar que não, que eu não era o problema, que eu estava sendo vítima de situações bem pesadas. (Enf 18)
	4.3 Análise de eventos, indicadores, devolutivas e melhoria contínua (accountability)	[...] é importante que as denúncias não sejam tratadas como exagero ou sensibilidade, mas sim como alertas de um ambiente que precisa de mudança. (TE 1) Eu não acho que seja ruim, pelo contrário, considero positivo. É uma forma formal e escrita de notificar o evento. Mas acredito que, em casos mais graves, também poderia existir um canal aberto, como um link específico, ou até mesmo um canal de denúncia. (Enf 6) O canal de ouvidoria funciona de forma mais eficaz, pois as denúncias seguem para Brasília e o hospital precisa informar quais medidas foram tomadas em relação ao agressor. (Enf 14) Eu acho importante que as pessoas utilizem esses canais de denúncias, pesquisas como essa, justamente para vir à tona e para servir como diagnóstico, para saber se é só com elas, se isso acontece ou não, por exemplo, se acontece com outras pessoas violência ou só comigo. (Enf 24)
	5.1 Reconhecimento rápido + autorregulação	Nossa, muito, essa questão da comunicação como treinamento efetivo para as lideranças seria uma estratégia. Muito mesmo, a gente precisa muito. Porque eu acho que, não sei se na faculdade tem alguma cadeira disso, não faço a mínima ideia. Então, eu acho que as pessoas chegam, fazem faculdade, mas não são preparadas para ser líderes. (TE 7) Uma coisa... Isso aqui é individual. Saber lidar com a frustração. Quero receber meu plantão perfeito. O que é perfeito? perfeito para mim. Tá não recebi, eu sei lidar com essa frustração. Primeira coisa passa pelo indivíduo, o indivíduo tem que se auto conhecer e saber se gerenciar. E aí, todo mundo... todo mundo tem essa resiliência, essa tolerância, sabe ponderar o que que é... Isso não é para mim,

	isso é do ambiente, é da situação, fica bom para todo mundo. (Enf 10) Seria muito importante criar um grupo institucional de escuta e encaminhamento das situações de violência, composto por profissionais treinados para acolher denúncias, orientar os trabalhadores e acompanhar os casos até sua resolução. (Enf 14) A melhor estratégia é conversar mais sobre a violência do que apontar. Não é essa conversa coletiva, mas se percebeu um dos colaboradores sofreu algum tipo de violência, tipo o que aconteceu com uma colega que foi assediada e viveu uma discriminação racial, coisas assim, poderiam ter conversado com ela, chamado ela para perguntar se ela precisava de ajuda, algum apoio. Porque muitas vezes, não é oferecido esse tipo de apoio. (TE 8)
5.2 De-escalada (CNV) + limites e escolhas	[...] uma outra estratégia também que temos é de tirar os envolvidos, afastar da situação crítica, evitar deixar ver as pessoas que já estão em uma situação de diversos episódios de atritos, de podendo evoluir para algo mais fora do profissional, algo que já se caracterize como violência, poder então distanciar esses profissionais, acionar também serviços de apoio, como o serviço de psicologia aqui do hospital, o pessoal dos recursos humanos, para juntos pensar em alguma estratégia. (Enf 24) É imprescindível fortalecer canais de denúncia, garantindo sigilo e proteção aos denunciantes, além de estabelecer um sistema de monitoramento de riscos psicossociais e ações rápidas e efetivas diante de denúncias. (Enf 12)
5.3 Acionamento de apoio imediato	Eu acho que algo que poderia ser feito para tentar reduzir esse tipo de violência, como estratégia, é ter algum espaço de acolhimento, serviço de acolhimento. Que não é o serviço médico ocupacional. Mas um espaço de escuta, para os funcionários. (Enf 3) [...] uma forma de escuta do colaborador por alguém que tenha capacidade e poder de mediação, poder de resolução, que seja alguém neutro e que não nos exponha. Alguém que possa ouvir, encaminhar a demanda sem expor. (Enf 16) Depois de tudo que aconteceu comigo, acabei meio que sendo uma orientadora dos espaços, não só da unidade onde trabalho, mas de todo o hospital. Uma colega queria se matar dentro do hospital porque aconteceu um “problemão” com ela e com uma enfermeira. E eu consegui acolher ela e encaminhar ela para o serviço médico. Então, assim, isso eu consigo fazer, eu consigo orientar os meus colegas.

		(TE 9)

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Ao articular tipos de violência, estratégias e impactos em uma mesma estrutura analítica, os resultados sustentam uma leitura pragmática e transferível para a gestão e a prática em serviço, com alvos operacionais recorrentes: padronização de fluxos e responsabilização, mediação estruturada de conflitos, suporte psicológico contínuo e desenvolvimento de lideranças com competências relacionais e antidiscriminatórias. Essa apresentação preserva a transparência e a auditabilidade, orientando caminhos qualitativos de prevenção e promoção da saúde ancorados nas experiências dos trabalhadores de enfermagem.

DISCUSSÃO

A organização dos achados pelo cruzamento nível de ação (macro/meso/micro) e nível de prevenção (primária/secundária/terciária) revela um conjunto coerente e factível de respostas à VT em enfermagem. Em nível macro/meso, destacam-se, agora organizados conforme o quadro: governança e política institucional com políticas e fluxos formais (tolerância zero), comunicação institucional clara e transparente, e registro formal e canais de denúncia; organização do trabalho e ambiente seguro: intervenções de engenharia/ambiente e dimensionamento, além de regras de acesso e protocolos para usuários/familiares e gestão ativa de conflitos (mediação estruturada e mitigação de gatilhos); e resposta, cuidado ao trabalhador e aprendizagem com acolhimento, avaliação e acompanhamento, retorno seguro/proteção à vítima e análise de eventos, devolutivas e ciclos de melhoria contínua (*accountability*). Em nível micro, sobressaem as estratégias individuais e de equipe (micro | secundária), condensadas em reconhecimento rápido + autorregulação, de-escalada/CNV + limites e escolhas e acionamento de apoio imediato; somam-se, no eixo pessoas, liderança e cultura de respeito (meso/micro | primária/secundária), o desenvolvimento de lideranças e competências relacionais

(comunicação não violenta, educação antidiscriminatória e habilidades socioemocionais) e resposta, cuidado ao trabalhador e aprendizagem que compreende os três níveis de ação. Esse arranjo confere coerência preventiva: medidas primárias moldam o ambiente e as competências, medidas secundárias reconhecem e contêm precocemente a escalada, e medidas terciárias asseguram cuidado às vítimas/testemunhas e aprendizado organizacional.

Os achados da revisão sistemática que explorou a violência no local de trabalho contra enfermeiros na Etiópia, reforçam a natureza organizacional do problema e justificam no plano primário três pilares de governança. Primeiro, a existência/necessidade de políticas e fluxos formais, em todos os estudos revisados não se identificou política institucional clara para manejo da violência, e mesmo quando há notificação, a ausência de ação administrativa contra perpetradores é relatada, sinalizando vazio normativo-operacional. Em segundo, comunicação institucional clara e transparente, a desconscientização sobre procedimentos e políticas aparece como fator que normaliza a violência e sustenta sua invisibilidade. E em terceiro, registro formal e canais de denúncia não punitivos, a subnotificação recorrente decorre de falta de mecanismos de denúncia e medo de repercussões; em um estudo, 75% dos profissionais referiram inexistência de procedimento para reportar violência na instituição (Abdulwehab; Kedir, 2025).

Tais frentes se alinham a referenciais internacionais que tomam a violência laboral como problema organizacional e de sistema, e não apenas como déficit individual. A Organização Internacional do Trabalho (OIT), o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Internacional de Serviços Públicos, em colaboração, elaboraram o documento *Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector*, que oferece base normativa-operacional para políticas claras, sistemas padronizados de registro e monitoramento, capacitação contínua, suporte às vítimas e participação dos trabalhadores, enfatizando diagnóstico de riscos, prevenção primária e integração com a saúde ocupacional (International Labour Organization *et al.*, 2005).

Essas lacunas indicam que a prevenção primária depende de política de tolerância zero implementável, mensagens institucionais padronizadas e canais acessíveis, seguros e com devolutivas em prazo definido, de modo a reduzir a subnotificação e ancorar respostas consistentes. No plano macro, o *Sentinel Event*

Alert 59 da The Joint Commission e os requisitos atualizados da *Joint Commission International* (JCI) reforçam tolerância zero, notificação não punitiva com devolutivas, educação continuada, suporte pós-incidente, avaliação periódica do local de trabalho, ações de mitigação e governança da segurança que inclui proteção ao trabalhador como parte do sistema de qualidade (Joint Commission International, 2024; Joint Commission International, 2025). Nossos achados em relação a políticas e fluxos formais (tolerância zero), comunicação institucional clara e transparente e avaliação psicológica, retorno seguro e proteção à vítima ecoam esses referenciais, mas também evidenciam lacunas entre norma e prática com registro formal e canais de denúncia incipientes, análise de eventos, indicadores, devolutivas e melhoria contínua irregular e comunicação frágil, que a literatura descreve como barreiras clássicas à efetividade das intervenções.

Muitos profissionais de saúde naturalizam a violência como parte do trabalho e acreditam que nenhuma ação será tomada contra os perpetradores. Assim, mesmo quando existem sistemas formais de notificação, muitos episódios, especialmente intimidação, abuso verbal e assédio seguem não relatados. Entre as razões para a subnotificação estão a ausência de diretrizes ou políticas claras de reporte, a baixa confiança no sistema e o medo de retaliação (Lim *et al.*, 2022).

No eixo organização do trabalho e ambiente seguro, as evidências recentes sustentam duas frentes centrais. Na primária, intervenções de engenharia e ambiente com controle de acessos, desenho de fluxos, sinalização clara e vigilância para reduzir as oportunidades de agressão e apoiar a contenção precoce da violência; revisões e padrões acreditadores recomendam incorporar esses elementos ao programa institucional de prevenção da violência, com avaliação periódica de riscos e ações de mitigação (The Joint Commission, 2021; Bagnasco *et al.*, 2024; Occupational Safety And Health Administration, 2024; Yang *et al.*, 2025). Em paralelo, recomenda-se promover ambientes de trabalho mais saudáveis e melhorar as características do local de trabalho, fortalecendo a autonomia no trabalho, estabelecendo cultura de segurança e assegurando gestão eficaz da violência, medidas que reduzem a exposição dos enfermeiros e qualificam a resposta organizacional (Bagnasco *et al.*, 2024; Yang *et al.*, 2025).

Na prevenção secundária no eixo organização do trabalho e ambiente seguro, é recomendado a utilização de protocolos para usuários/familiares que incluem

triagem de visitantes, termos de convivência ou código de conduta, limites de presença por situação clínica e fluxo para restrição temporária em caso de risco (International Labour Organization *et al.*, 2005; O'Brien; Van Zundert; Barach, 2024; Occupational Safety And Health Administration, 2024; Jacob *et al.*, 2025). Além disso, a implementação de gestão ativa de conflitos com mediação estruturada e mitigação de gatilhos, como por exemplo no aumento de demanda ou superlotação. Padrões acreditadores e guias normativos orientam que esses elementos estejam formalizados em procedimentos operacionais, com pontos de decisão claros, como acionar de apoio, segurança ou gestão, e devolutivas documentadas; em paralelo, a literatura aponta que tempos de espera, sobrecarga e condições ambientais funcionam como precipitadores de agressões, reforçando protocolos de contingência como medidas de contenção precoce (International Labour Organization *et al.*, 2005; The Joint Commission, 2021; O'Brien; Van Zundert; Barach, 2024; Occupational Safety And Health Administration, 2024; Jacob *et al.*, 2025; Joint Commission International, 2025;).

Ambientes vulneráveis com estrutura física precária, segurança insuficiente e superlotação aumentam o risco de violência. Fluxo descontrolado de público, tempos de espera prolongados, lotação, estresse de pacientes e visitantes e casos relacionados a abuso de substâncias e saúde mental são gatilhos típicos. Regras de acesso (triagem de visitantes, controle de entradas/áreas) e mediação estruturada reduzem escaladas de violência, no entanto, a ausência dessas medidas, a exposição permanece alta e os incidentes se repetem (Cánovas Pallarés *et al.*, 2023; Jacob *et al.*, 2025;).

Em relação a resposta, cuidado ao trabalhador e aprendizagem, no âmbito secundário, recomenda-se acolhimento imediato, avaliação inicial e encaminhamento pós-evento, integrados a sistemas de notificação não punitivos com análise rotineira de dados sob supervisão da liderança (macro) e protocolos operacionais claros nas unidades (meso), assegurando apoio no ponto de cuidado por chefias e pares (micro) para reduzir dano e restaurar a operacionalidade do serviço (The Joint Commission, 2021; Arnetz *et al.*, 2022; Joint Commission International, 2024; Occupational Safety and Health Administration, 2024; World Health Organization, 2024). No nível terciário, a organização deve assegurar retorno seguro e proteção à vítima, com prevenção a retaliação, além de fechar o ciclo de aprendizagem por meio de análise de eventos,

indicadores e devolutivas, elementos previstos em diretrizes de saúde ocupacional e respaldados por evidências sobre os impactos da violência e a necessidade de respostas multicomponentes em diferentes níveis (The Joint Commission, 2021; Arnetz *et al.*, 2022; O'Brien; Van Zundert; Barach, 2024; Occupational Safety And Health Administration, 2024; World Health Organization, 2024).

Indicadores de qualidade podem operacionalizar a resposta à VT ao estruturar a mensuração e alimentar ciclos de melhoria contínua. Os indicadores podem ser mensurados através de dados estruturais que avaliam políticas e treinamento, resultado que avaliam eventos adversos e tempo perdido e indicadores de processo para avaliar frequência de atos violentos específicos, tempo até acolhimento e proporção de casos com devolutiva no prazo. Quando integrados, esses indicadores permitem identificar lacunas, direcionar recursos e monitorar os efeitos das intervenções, resultando em redução da carga de violência ao converter eventos em aprendizado implementável (Lyver *et al.*, 2024; Sethi *et al.*, 2024).

No escopo das estratégias individuais e de equipe para a prevenção secundária no ponto de cuidado, três núcleos operacionais se destacam. Primeiro, reconhecimento rápido e autorregulação para interromper a escalada logo no início, sustentados por evidências de que inteligência emocional se associa à competência para manejar a violência (O'Brien; Van Zundert; Barach, 2024; Amin *et al.*, 2025). Segundo, de-escalada verbal ancorada em comunicação terapêutica com frases curtas, tom baixo, empatia e limites com opções viáveis, com treinamento estruturado associado à melhora de conhecimentos e práticas preventivas entre enfermeiros (Zhang *et al.*, 2023; O'Brien; Van Zundert; Barach, 2024). Terceiro, acionamento imediato de apoio através de palavra-código ou ramal com resposta interprofissional padronizada e comunicação estruturada ao encerramento, conforme recomendações organizacionais e modelos operacionais descritos para resposta a agitação (The Joint Commission, 2021; Wong *et al.*, 2022). Em conjunto, essas estratégias micro funcionam como ponte entre políticas e prática, convertendo episódios potencialmente lesivos em respostas coordenadas e seguras.

Os depoimentos que documentam casos contidos sem danos quando esses elementos foram empregados oportunamente, contrapostos a episódios que escalaram na ausência deles, corroboram a tese de que as competências micro como reconhecimento, de-escalada e acionamento de apoio, operam como ponte entre

políticas e a realidade do turno, sobretudo quando combinadas com treinamento recorrente e rotinas de prática. Em um estudo quase-experimental com 276 enfermeiros de hospital geral terciário, uma plataforma on-line de educação e treinamento em VT demonstrou que competências micro (reconhecimento, de-escalada e acionamento de apoio), quando exercitadas via treinamento recorrente e rotinas de prática, reduziu de forma significativa a incidência global e as taxas de agressão e ameaça verbal ao longo do tempo, além de diminuir a agressão física no grupo intervenção. Houve também queda significativa na incidência global de VT, bem como em agressão verbal e ameaça verbal. A alta aderência e a maior disposição para relatar indicam internalização de reconhecimento precoce, de-escalada e fluxos padronizados de acionamento e encerramento dos casos, convertendo episódios potencialmente lesivos em respostas coordenadas e mitigando danos (Zhang *et al.*, 2023).

Em relação ao eixo pessoas, liderança e cultura de respeito para a prevenção primária, a literatura recente indica que liderança humanizada conectada à prática com presença no campo e devolutivas sistemáticas está associada a melhor clima de segurança, maior engajamento e menor burnout, ancorando comportamentos de respeito e suporte às equipes (Sexton *et al.*, 2018). Em paralelo, e ainda no foco das ações primária e secundária, competências relacionais como a CNV, assertividade, educação antidiscriminatória e habilidades socioemocionais são fundamentais para neutralizar incivildade e conflitos interpessoais, cuja presença se associa a erros, eventos adversos e pior qualidade e segurança do cuidado. Além disso, tais fenômenos são diretamente prejudiciais ao bem-estar dos enfermeiros, contribuindo para desfechos psicológicos negativos e insatisfação no trabalho (Alsadaan *et al.*, 2024). Na prevenção secundária, estratégias de equipe *in loco* como comunicação situacional, negociação e autorregulação tornam-se mais efetivas quando operam em um ambiente de cultura justa. Hospitais com comunicação aberta, coesão de equipe e transferências confiáveis apresentam menor prevalência de VT e menos burnout entre profissionais, sugerindo que liderança presente, feedback não punitivo e aprendizado organizacional reduzem o medo de retaliação e favorecem respostas coordenadas aos incidentes no nível meso/micro (Kim *et al.*, 2023).

Esses achados sustentam que práticas de cultura justa potencializam as competências micro de reconhecimento, de-escalada e acionamento de apoio,

convertendo episódios críticos em oportunidades de estabilização e melhoria contínua. Em conjunto, liderança no campo associado a cultura justa e a competências relacionais, integram prevenção primária e secundária, conectando valores organizacionais favorecendo respostas coordenadas (Logroño *et al.*, 2023; Alsadaan *et al.*, 2024).

Os achados deste estudo convergem para um modelo preventivo integrado no qual a prevenção primária molda o contexto (governança com políticas e fluxos de tolerância zero; comunicação institucional clara; ambiente e processos de trabalho seguros; liderança e competências relacionais) (International Labour Organization *et al.*, 2005; The Joint Commission, 2021; Joint Commission International, 2025). A prevenção secundária reconhece e contém precocemente (regras de acesso e mediação estruturada; estratégias micro de reconhecimento rápido, de-escalada e acionamento de apoio; acolhimento e encaminhamento pós-evento) (Joint Commission International, 2024; The Joint Commission, 2021). A prevenção terciária cuida e retroalimenta o sistema (retorno seguro e proteção à vítima; análise de eventos, indicadores, devolutivas e ciclos melhorias), convertendo incidentes em aprendizagem implementável (The Joint Commission, 2021; Lyver *et al.*, 2024; Sethi *et al.*, 2024). Na prática, orientações de risco por turno (meso) apoiados por dados institucionais (macro) e executados por equipes treinadas (micro) conectam política, ambiente e comportamento, reduzindo danos e elevando a accountability (Arnetz *et al.*, 2017; Lyver *et al.*, 2024; O'Brien; Van Zundert; Barach, 2024; Sethi *et al.*, 2024; Joint Commission International, 2025). Ao substituir respostas reativas por intervenções multicomponentes e orientadas por dados, a organização alinha qualidade, segurança e saúde do trabalhador, com melhores resultados para profissionais e pacientes (International Labour Organization *et al.*, 2005; Arnetz *et al.*, 2017; O'Brien; Van Zundert; Barach, 2024).

Esta pesquisa constitui análise qualitativa abrangente da violência conduzida em um único hospital universitário, o que limita a transferibilidade para outros contextos. O contexto-dependência de políticas, fluxos assistenciais e cultura de segurança pode ter influenciado a ocorrência e a percepção dos eventos. Não foram incluídos profissionais afastados por motivos de saúde possivelmente relacionados à violência, o que pode introduzir viés do trabalhador saudável e subestimar impactos. Optou-se por não realizar *member checking* por razões éticas (evitar revitimização) e

metodológicas (saturação analítica), reconhecendo menor validação participante. A dependência de auto relatos traz risco de viés de recordação e desejabilidade social, além de subnotificação de episódios graves/sensíveis. Por ser qualitativo, o desenho não permite inferir causalidade nem estimar magnitudes populacionais. Recomenda-se a realização de estudos multicêntricos, com dados de trabalhadores afastados e triangular fontes (entrevistas, observações, documentos institucionais) para aumentar a credibilidade e a transferibilidade. Recomenda-se ainda avaliação de implementação (processo, resultados, sustentabilidade) e acompanhamentos longitudinais para estimar efeitos sobre saúde mental e clima de equipe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo qualitativo, conduzido em um hospital universitário terciário, organizou as vozes de profissionais de enfermagem em um arcabouço operacional que cruza níveis de ação (macro/meso/micro) e níveis de prevenção (primária/secundária/terciária). Emergiram cinco eixos interdependentes, que em conjunto, descrevem uma trajetória factível para deslocar o manejo da violência no trabalho de respostas episódicas para um sistema preventivo, responsivo e restaurativo.

Os achados indicam que a prevenção primária depende de políticas exequíveis (tolerância zero), comunicação institucional clara, dimensionamento de recursos adequados e liderança presente; a prevenção secundária exige regras de acesso e protocolos para usuários e familiares, mediação estruturada e rotinas micro como reconhecimento rápido, de-escalada e acionamento de apoio no ponto de cuidado; e a prevenção terciária requer acolhimento e encaminhamento pós-evento, retorno seguro/proteção à vítima e fechamento do ciclo por meio de análise de eventos, indicadores e devolutivas. Persistem lacunas típicas de implementação, subnotificação, comunicação frágil e respostas reativas que pedem canais não punitivos, prazos definidos de feedback e integração do tema nos fóruns regulares de gestão.

Como implicação prática, recomenda-se institucionalizar um programa multicomponente de prevenção, com liderança designada, fluxos operacionais acessíveis, avaliação periódica de riscos, painéis de indicadores (estrutura, processo

e resultado) e educação continuada que uma CNV, de-escalada, habilidades socioemocionais e gestão de limites. No plano meso e micro, briefings de risco por turno apoiados por dados institucionais e executados por equipes treinadas conectam política, ambiente e comportamento, reduzindo danos para trabalhadores e pacientes.

Entre as limitações, destacam-se a realização em um único cenário e a não inclusão de profissionais afastados por saúde, o que pode subestimar impactos. Ainda assim, a consistência temática e a organização por níveis oferecem alta utilidade translacional para serviços semelhantes. Estudos futuros devem priorizar desenhos multicêntricos, avaliação de implementação e seguimento longitudinal de desfechos de saúde mental, clima de equipe e segurança do paciente, além de testar pacotes de intervenção com monitoramento de indicadores e devolutivas em prazos pactuados.

Em síntese, fortalecer governança, qualificar o ambiente de trabalho e disseminar estratégias micro no ponto de cuidado sustentadas por dados e cultura justa, constitui o caminho mais promissor para proteger a enfermagem, qualificar a assistência e consolidar um ciclo contínuo de aprendizagem organizacional.

REFERÊNCIAS:

ABDULWEHAB, S.; KEDIR, F. Workplace violence against nurse: a systematic review and meta-analysis in Ethiopia. **BMC Nursing**, v. 24, n. 1, p. 598, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03243-1>.

ALENEZI, A. The impact of resilience on workplace violence experienced by mental health nurses: a cross-sectional survey. **Journal of Nursing Management**, 2024, Article ID 4449445. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2024/4449445>.

ALSADAAN, N.; *et al.* From incivility to outcomes: tracing the effects of nursing incivility on nurse well-being, patient engagement, and health outcomes. **BMC Nursing**, v. 23, p. 1996, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01996-9>.

AMARAL, E. D. S.; *et al.* Violence at work experienced by nursing professionals working in hospital units: an exploratory and correlational study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 33, e4527, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7451.4527>.

AMIN, S. M.; *et al.* The mediating role of emotional intelligence in the relationship between resilience and nursing students' competence in managing workplace violence. **BMC Nursing**, v. 24, p. 787, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03461-7>.

ARNETZ, J. E.; *et al.* Preventing patient-to-worker violence in hospitals: outcome of a randomized controlled intervention. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 59, n. 1, p. 18–27, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000909>.

ARNETZ, J. E.; *et al.* The Joint Commission's new and revised workplace violence prevention standards: implications for health care organizations. **Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 48, n. 7, p. 400–404, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2022.04.003>.

BAGNASCO, A.; *et al.* Protective and risk factors of workplace violence against nurses: a cross-sectional study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 33, p. 4748–4758, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.17169>.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

CAMPIONE, A.; HENSCHKE, C. Impact of workplace violence on emotional exhaustion risk among registered nurses in Germany: a Bayesian analysis of cross-sectional data with multiple imputation. **BMC Nursing**, v. 24, p. 1080, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03745-y>.

CÁNOVAS PALLARÉS, J. M.; *et al.* Workplace violence in hospital emergency departments and consequences for health care professionals and support staff: a cluster analysis. **Emergencias**, v. 35, n. 5, p. 353–358, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.55633/s3me/E026.2023>.

FEDERAL NURSING COUNCIL (BR). **Nursing in numbers: 2022–2023 annual management report**. Brasília, DF: COFEN, 2023. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br>. Acesso em: 10 jul. 2025.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Principais números**. Porto Alegre: HCPA, 2025. Disponível em: <https://www.hcpa.edu.br/institucional/institucional-apresentacao/institucional-apresentacao-principais-numeros>. Acesso em: 10 jul. 2025.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. **Preventing and addressing violence and harassment in the world of work through occupational safety and health measures**. Geneva: International Labour Office, 2024.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION; INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES; WORLD HEALTH ORGANIZATION; PUBLIC SERVICES INTERNATIONAL. **Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector**. Geneva: WHO, 2005. Disponível em: https://webapps.ilo.org/public/libdoc/ilo/2005/105B09_454_engl.pdf. Acesso em: 10 jul. 2025.

JACOB, D.; *et al.* Effectiveness of environmental design interventions to reduce aggression and violence in emergency departments: a scoping review. **Health Environments Research & Design Journal (HERD)**, v. 18, n. 4, p. 26–42, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/19375867251351027>.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Joint Commission International accreditation standards for hospitals**. 8th ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International, 2024. Disponível em: <https://store.jointcommissioninternational.org/joint-commission-international-standards-for-hospitals-8th-edition/>. Acesso em: 10 jul. 2025.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Requirements for the governing entity: as required in the JCI Accreditation Standards for Hospitals, 8th edition**. Oak Brook, IL: Joint Commission International, [2025?]. Disponível em: <https://digitalassets.jointcommission.org/api/public/content/ec2988b03014434aafe40d0398c0c75e>. Acesso em: 10 jul. 2025.

KIM, S.; *et al.* Patient safety culture: the impact on workplace violence and health worker burnout. **Workplace Health & Safety**, v. 71, n. 2, p. 78–88, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/21650799221126364>.

KIM, S.; MAYER, C.; JONES, C. B. Relationships between nurses' experiences of workplace violence, emotional exhaustion and patient safety. **Journal of Research in Nursing**, v. 26, n. 1–2, p. 35–46, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1744987120960200>.

LIM, M. C.; *et al.* Workplace violence in healthcare settings: the risk factors, implications and collaborative preventive measures. **Risk Management and**

Healthcare Policy, v. 15, p. 3125–3139, 2022. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9206999/>.

LOGROÑO, K. J.; *et al.* Assessment of nurses' perceived just culture: a cross-sectional study. **BMC Nursing**, v. 22, p. 348, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01478-4>.

LYVER, B.; *et al.* Identifying quality indicators to measure workplace violence in healthcare settings: a rapid review. **BMC Emergency Medicine**, v. 24, p. 29, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12873-024-00943-w>.

O'BRIEN, C. J.; VAN ZUNDERT, A. A. J.; BARACH, P. R. The growing burden of workplace violence against healthcare workers: trends in prevalence, risk factors, consequences, and prevention—a narrative review. **EClinicalMedicine**, v. 72, p. 102641, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102641>.

OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH ADMINISTRATION (OSHA). **Healthcare—workplace violence**. Washington, DC: OSHA, 2024. Disponível em: <https://www.osha.gov/healthcare/workplace-violence>. Acesso em: 10 jul. 2025.

SETHI, R.; *et al.* Developing a customised set of evidence-based quality indicators for measuring workplace violence towards healthcare workers: a modified Delphi method. **BMJ Open Quality**, v. 13, n. 3, e002855, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjog-2024-002855>.

SEXTON, J. B.; *et al.* Providing feedback following leadership walkrounds is associated with better patient safety culture, higher employee engagement and lower burnout. **BMJ Quality & Safety**, v. 27, n. 4, p. 261–270, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-006399>.

THE JOINT COMMISSION. **R3 Report, Issue 30: Workplace violence prevention standards—hospitals and critical access hospitals**. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission, 2021. Disponível em: <https://www.jointcommission.org/en-us/standards/r3-report/r3-report-30/>. Acesso em: 10 jul. 2025.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 19, n. 6, p. 349–357, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.

WANG, Q.; *et al.* Prevalence and associated factors of verbal abuse against nurses: a systematic review. **International Nursing Review**, v. 72, n. 1, e13095, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/inr.13095>.

WONG, A. H.; *et al.* Design and implementation of an agitation code response team in the emergency department. **Annals of Emergency Medicine**, v. 79, n. 5, p. 453–464, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2021.10.013>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Violence and harassment—occupational hazards in the health sector**. Geneva: WHO, 2024. Disponível em:

<https://www.who.int/tools/occupational-hazards-in-health-sector/violence-harassment>.
Acesso em: 10 jul. 2025.

YANG, H. L.; *et al.* Workplace violence, work characteristics, and seniority levels among nurses: a cross-sectional study. **BMC Nursing**, v. 24, n. 1, p. 281, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02887-3>.

YUAN, J.; *et al.* Prevalence and associated factors of workplace violence among Chinese nurses in tertiary hospitals: a national cross-sectional study. **BMC Nursing**, v. 24, p. 1, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02975-4>.

ZHANG, Y.; *et al.* Evaluating the impact of an information-based education and training platform on the incidence, severity, and coping resources status of workplace violence among nurses: a quasi-experimental study. **BMC Nursing**, v. 22, p. 446, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01606-0>.

4.2.4 Manuscrito 5 – Violência no trabalho e impactos na saúde da enfermagem: o papel da banalização e do contexto organizacional em hospital terciário - estudo de métodos mistos

VIOLÊNCIA NO TRABALHO E IMPACTOS NA SAÚDE DA ENFERMAGEM: O PAPEL DA BANALIZAÇÃO E DO CONTEXTO ORGANIZACIONAL EM HOSPITAL TERCIÁRIO - ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS¹

Fábio Silva da Rosa²

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas³

Elaine Cristina Novatzki Forte⁴

RESUMO

Objetivo: verificar as associações entre a exposição à violência no trabalho e os impactos na saúde de profissionais de enfermagem em hospital terciário e explorar como a banalização e os contextos organizacionais intensificam esses impactos e influenciam a intenção de rotatividade. **Método:** estudo de métodos mistos do tipo explanatório sequencial, realizado em hospital universitário do Sul do Brasil. A etapa quantitativa (quan) incluiu 573 profissionais de enfermagem e utilizou formulário online sobre exposição à violência no trabalho e desfechos em saúde e trabalho, analisados por estatística descritiva e inferencial (teste qui-quadrado, $p < 0,05$). A etapa qualitativa (QUAL) envolveu 45 participantes selecionados por amostragem intencional, com entrevistas submetidas à análise de conteúdo temática. As etapas foram integradas por conexão e interpretação conjunta (joint display). **Resultados:** 71,2% relataram experiências de violência, predominando o assédio moral (76,5%) e a violência verbal (49,8%), majoritariamente praticadas por colegas e chefias. A violência praticada por lideranças esteve associada à intenção de demissão ($p < 0,001$). Quase metade dos profissionais buscou tratamento psicológico e um terço utilizou medicação. As narrativas revelaram banalização da violência, microagressões, omissão das lideranças e conformismo institucional, que configuram o colapso do julgamento ético e a perda do sentido do cuidado. **Conclusão:** A violência no trabalho na enfermagem expressa uma forma organizacional da banalidade do mal, sustentada por hierarquias autoritárias e pela ausência de reflexão ética. Romper esse ciclo requer restaurar o

¹ Manuscrito será submetido após considerações da banca.

² Enfermeiro. Especialista em Terapia Intensiva. Mestre em Enfermagem. Doutorando em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do PRÁXIS: Laboratório de Pesquisa sobre Trabalho, Ética, Saúde e Enfermagem. E-mail: fabiorosa18@gmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: ambrosina.mara@ufsc.com

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: elaine.cnforte@gmail.com

espaço de pensamento, diálogo e corresponsabilidade moral, promovendo ambientes de cuidado fundados na dignidade, na ética e na ação coletiva.

Palavras-chave: Violência no Trabalho; Enfermagem; Profissionais de Enfermagem; Saúde Ocupacional; Cultura Organizacional.

INTRODUÇÃO

A violência no trabalho (VT) em serviços de saúde é frequente, multifacetada e atinge de modo desproporcional as equipes de enfermagem, incluindo violência física e não física, como agressões verbais, assédio psicológico e formas sutis de desrespeito e humilhação, que se acumulam no cotidiano e comprometem o bem-estar dos trabalhadores. A alta prevalência da VT entre profissionais da saúde, especialmente na enfermagem, associa-se a agravos físicos e psíquicos e a piores desfechos ocupacionais, incluindo exaustão emocional, *burnout*, distúrbios do sono, redução da satisfação laboral, absenteísmo, intenção de rotatividade e queda na qualidade da assistência prestada (Rossi *et al.*, 2023; O'Brien *et al.*, 2024).

Em hospitais terciários, a combinação entre alta complexidade assistencial, gravidade dos casos, superlotação e interações intensas com pacientes, familiares e equipes multiprofissionais aumenta a exposição e potencializa os efeitos adversos sobre a enfermagem. Essa vulnerabilidade é ampliada por fatores organizacionais, como carga de trabalho excessiva, dimensionamento inadequado de pessoal, falhas de comunicação, percepções equivocadas de usuários, além da ausência ou fragilidade de políticas institucionais de segurança e prevenção (Kiyamaz; Koç, 2023; Benning *et al.*, 2024). Em estudo conduzido na Alemanha, identificou-se que entre enfermeiros a exposição recorrente à violência física e psicológica eleva significativamente o risco de exaustão emocional, mediado pela sobrecarga laboral, baixa percepção de apoio institucional e sentimento de impotência diante das agressões, configurando um padrão de desgaste cumulativo com repercussões diretas sobre a qualidade do cuidado (Campione; Henschke, 2025).

De modo convergente, uma meta-análise demonstrou que profissionais expostos à violência no trabalho apresentam maiores taxas de burnout e transtorno de estresse pós-traumático, com prevalências de 27% e 22%, respectivamente, especialmente em ambientes de emergência e unidades críticas (Wang *et al.*, 2022). A VT está associada à maior intenção de rotatividade entre enfermeiros, mediada pela

fadiga por compaixão e atenuada pela resiliência psicológica, indicando que fatores individuais e organizacionais modulam a vulnerabilidade ao adoecimento e à evasão profissional. Em conjunto, esses achados reforçam que a violência não constitui um evento isolado, mas um determinante psicossocial relevante, capaz de desencadear trajetórias de sofrimento, desmotivação e afastamento da prática de enfermagem (Chen *et al.*, 2024).

Com base no arcabouço normativo internacional, as *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector* (ILO/WHO/ICN/PSI) permanecem como referencial estruturante para políticas de prevenção, abrangendo registro e monitoramento sistemático, capacitação contínua e suporte às vítimas. Esses parâmetros são reforçados por padrões atualizados que preconizam governança formal, protocolos de notificação com devolutiva, treinamentos recorrentes e estratégias de acompanhamento pós-incidente (International Labour Office *et al.*, 2002; The Joint Commission, 2021; Arnetz, 2022). Entretanto, a implementação parcial e as lacunas organizacionais observadas em diferentes contextos mantêm respostas reativas e fragmentadas, permitindo que a violência se incorpore à rotina de trabalho, processo que minimiza a percepção de gravidade, desestimula a notificação e perpetua a cultura institucional de tolerância e silêncio (Arnetz, 2022; Gressia; Uribe-Rodríguez; Roldán-Gómez, 2022).

Nesse cenário, a banalização da violência como “parte do trabalho” emerge como mecanismo crítico, pois dissolve a fronteira entre o aceitável e o intolerável, reduz a gravidade percebida, desestimula a busca de ajuda e legitima a inação organizacional, perpetuando a subnotificação e a naturalização do problema (Spencer *et al.*, 2023; Kiyamaz; Koç, 2023; Christensen *et al.*, 2024). À luz de Hannah Arendt, banalizar não significa ignorar, mas rotinizar o mal e a violência como práticas comuns e aceitáveis, resultado de uma adesão acrítica a normas e hierarquias que diluem a responsabilidade individual e fragilizam a dimensão ética da ação (Arendt, 1970; Arendt, 1963).

Inspirada na análise de Hannah Arendt, a compreensão da banalização da violência no ambiente de trabalho exige reconhecer que a repetição de atos danosos sob aparência de normalidade não decorre de crueldade deliberada, mas da suspensão do juízo crítico e da aceitação acrítica de estruturas hierárquicas e burocráticas (Arendt, 1970; Arendt, 1963). No contexto hospitalar, esse processo

manifesta-se quando agressões verbais, hostilidade e desrespeito são tolerados como inerentes ao processo de trabalho, transformando o sofrimento em componente rotineiro do fazer profissional. A ausência de reação institucional e a naturalização da violência como parte da cultura organizacional diluem a responsabilidade moral e coletiva, legitimando a omissão e perpetuando práticas de poder que invisibilizam o dano (Arendt, 1970; Arendt, 1963).

Compreender o fenômeno da VT para além de sua ocorrência pontual requer integrar dimensões objetivas e subjetivas, desde os fatores estruturais que a favorecem até as formas como os trabalhadores a percebem e naturalizam. Apesar do crescente número de estudos sobre o tema, ainda são escassos aqueles que articulam dados quantitativos sobre exposição e impacto com interpretações qualitativas sobre os sentidos e mecanismos de banalização da violência no cotidiano hospitalar, bem como estudos que articulam o referencial teórico utilizado. Assim, este estudo teve como objetivo verificar as associações entre a exposição à violência no trabalho e os impactos na saúde de profissionais de enfermagem em hospital terciário, como também de explorar como a banalização e os contextos organizacionais intensificam esses impactos e influenciam a intenção de rotatividade.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa delineada pelo método misto do tipo explanatório sequencial. Nesse desenho de estudo, a investigação foi conduzida em duas etapas complementares: a primeira etapa, de natureza quantitativa (quan), teve função exploratória e descritiva, voltada à identificação de padrões e prevalências do fenômeno. Já a segunda etapa, de abordagem qualitativa (QUAL), assumiu maior peso interpretativo, aprofundando os sentidos e significados atribuídos pelos participantes aos resultados obtidos na fase inicial (Fetters; Curry; Creswell, 2013).

Para se configurar como estudo misto explanatório sequencial, as etapas quantitativa e qualitativa foram conectadas por procedimento de integração por conexão, no qual os achados da etapa “quan” orientaram a seleção de participantes e o desenvolvimento da coleta de dados na etapa “QUAL”, permitindo uma interpretação integrada e ampliada do fenômeno investigado (Fetters; Curry; Creswell, 2013).

O delineamento seguiu as recomendações do *Good Reporting of a Mixed Methods Study* (GRAMMS), assegurando integração e coerência entre as abordagens quantitativa e qualitativa (O’Cathain; Murphy; Nicholl, 2008). A etapa quantitativa foi descrita conforme os critérios do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) (Von Elm *et al.*, 2014), e a etapa qualitativa conforme o *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) (Tong; Sainsbury; Craig, 2007), em consonância com as diretrizes da EQUATOR Network.

O estudo foi desenvolvido com profissionais de enfermagem atuantes em um hospital universitário de grande porte localizado na região Sul do Brasil. O hospital em questão é uma instituição de ensino e assistência, cuja atuação é voltada majoritariamente ao atendimento de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), embora também realize atendimentos por convênios privados e demanda particular. Conta com aproximadamente 2.518 profissionais de enfermagem, inseridos em um quadro funcional total de 7.105 trabalhadores, distribuídos em uma estrutura de 890 leitos.

A população do estudo foi composta por profissionais de enfermagem lotados nas áreas assistenciais do hospital. Com o número total de trabalhadores atuantes no hospital (por categoria profissional), fornecido pela direção de enfermagem, procedeu-se à amostragem representativa estratificada, calculada com base em populações finitas, com nível de cobertura em 95% e margem de erro de 5%.

Após o dimensionamento amostral, realizou-se a coleta de dados da primeira etapa (quan) entre agosto e setembro de 2024, por amostragem por conveniência, contemplando todos os turnos e todas as unidades do hospital. Foram elegíveis os trabalhadores de enfermagem com contrato de tempo indeterminado e mínimo de um ano de atuação na instituição, garantindo familiarização com o ambiente e as políticas institucionais. A coleta prosseguiu até o preenchimento da meta amostral estratificada por categoria profissional, por meio de formulário *online*, cujo *link* de acesso foi disponibilizado aos participantes por meio de e-mail institucional através da diretoria de enfermagem. Por se tratar de uma pesquisa online, foi informado previamente aos participantes que o preenchimento do formulário eletrônico levaria entre 15 e 20 minutos.

Para a caracterização dos participantes, utilizou-se um questionário elaborado pelos autores, contemplando questões sociodemográficas e laborais, além de

experiências de vitimização por violência avaliadas quanto à ocorrência no último ano. A elaboração própria do instrumento buscou representar, com maior fidedignidade, a realidade dos participantes e as especificidades do objeto investigado. Além da caracterização da ocorrência de violência, o estudo investigou os impactos decorrentes dessas experiências sobre os profissionais de enfermagem, incluindo adoecimento físico e psicológico, absenteísmo, afastamento laboral e desempenho profissional.

Em consonância com o delineamento de métodos mistos explanatório sequencial, após a coleta da etapa “quan”, procedeu-se à identificação de pontos de interesse a serem aprofundados/contrastados na etapa “QUAL”, caracterizando a mixagem por conexão (Fetters; Curry; Creswell, 2013). Essa etapa foi informada por análise estatística descritiva dos dados quantitativos. Foram analisadas frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (médias) e de dispersão (desvio-padrão).

A análise preliminar dos dados quantitativos evidenciou aspectos que extrapolavam a mensuração de exposição, indicando a necessidade de explorar dimensões subjetivas e organizacionais do fenômeno. Diante disso, a etapa qualitativa foi planejada para aprofundar significados, estratégias de enfrentamento/silenciamento e condições institucionais que favorecem a naturalização da violência. Assim, a segunda etapa foi conduzida por meio de entrevistas semiestruturadas norteadas pelos achados da etapa quantitativa, focalizando banalização e normalização, barreiras de notificação e condições institucionais.

Os participantes da segunda etapa foram trabalhadores de enfermagem que haviam integrado a fase quantitativa. A coleta qualitativa ocorreu entre fevereiro e maio de 2025, por amostragem intencional de máxima variação, selecionando participantes com diferentes perfis (turnos, setores e tempo de experiência) para aprofundar significados e contextos.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas presencialmente, em local reservado. Para mitigar viés do pesquisador, adotaram-se estratégias de reflexividade: diário reflexivo pré e pós-entrevista, roteiro com perguntas não indutoras de aprofundamento padronizadas, além de reuniões de calibração com a equipe. Os tópicos abordados incluíram tipo de violência vivenciada, descrição do episódio,

sentimentos após o incidente e impactos decorrentes. As entrevistas, com duração média de 40 minutos, foram gravadas mediante consentimento; não houve validação das transcrições pelos participantes, decisão fundamentada em razões éticas (evitar revitimização). Realizou-se estudo-piloto em duas ocasiões para avaliar a clareza da linguagem e a compreensão das questões. A inclusão de participantes manteve-se aberta até a saturação teórica, isto é, até que os depoimentos reiterassem padrões previamente identificados.

Após a conclusão das duas etapas, procedeu-se à análise final. Os dados da fase “quan” foram processados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 26.0, com cálculo de estatísticas descritivas e inferenciais. A análise descritiva contemplou frequências, médias e desvios-padrão, enquanto a análise inferencial utilizou o teste qui-quadrado de Pearson, com análises *post hoc* e correção de Bonferroni, adotando-se $p < 0,05$ como nível de significância.

Os dados da etapa “QUAL” foram transcritos e após submetidos à análise de conteúdo temática segundo Bardin (2016), operacionalizada no software ATLAS.ti® versão 25.0.1. O processo compreendeu pré-análise, exploração do material e tratamento/interpretação dos resultados. A codificação foi realizada pelo pesquisador principal e revisada por uma docente de enfermagem, garantindo dupla checagem analítica. Critérios de rigor (credibilidade, auditabilidade e confirmabilidade), foram aplicados.

A integração entre os métodos quantitativo e qualitativo ocorreu de forma sequencial e interpretativa, conforme o delineamento explanatório sequencial adotado. Inicialmente, os resultados da etapa quantitativa (“quan”), referentes à prevalência da violência laboral, aos fatores associados e aos impactos na saúde, subsidiaram a definição dos eixos analíticos da etapa qualitativa (“QUAL”), orientando a seleção dos participantes e a construção do roteiro de entrevistas. Em um segundo momento, a integração deu-se na fase interpretativa dos resultados, quando os achados qualitativos foram utilizados para explicar, contextualizar e expandir os resultados quantitativos, especialmente no que se refere à banalização da violência, aos contextos organizacionais e às repercussões psicossociais do fenômeno. Essa estratégia de integração permitiu fortalecer as meta-inferências do estudo e ampliar a compreensão da violência laboral no contexto hospitalar.

A integração ocorreu em dois momentos complementares: (i) por conexão, quando os achados da etapa “quan” orientaram a seleção dos participantes e os eixos do roteiro da etapa QUAL; e (ii) na interpretação final, por meio de *joint displays* que relacionaram indicadores de exposição/impactos (quan) às narrativas sobre banalização/normalização, barreiras de notificação e condições institucionais (QUAL) (Fetters; Tajima, 2022). Essa síntese permitiu identificar padrões de convergência, complementaridade e discrepância e fundamentar as meta-inferências do estudo.

Todos os preceitos éticos que regem pesquisas com seres humanos foram cumpridos, com a aceitação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) anteriormente às realizações das duas etapas de coleta de dados. Assim, o estudo foi submetido e aprovado por Comitê de Ética e encontra-se cadastrado nacionalmente por CAAE nº 80554324.7.3001.0121.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 573 profissionais de enfermagem na etapa quantitativa e 45 na qualitativa. As características sociodemográficas e ocupacionais dos participantes estão apresentadas na Tabela 1. Em ambas as etapas, observou-se predominância feminina (81,3% e 66,7%) e faixa etária entre 41 e 50 anos, refletindo o perfil maduro da força de trabalho de enfermagem. A maioria se declarou heterossexual (94,2%; 95,6%) e casada ou em união estável (61,3%; 66,7%). Quanto à cor/raça, prevaleceu a branca (78,5%; 75,6%), seguida por parda (10,1%; 17,8%) e preta (10,8%; 6,7%). Apenas 5,1% dos participantes da etapa quantitativa e 4,4% da qualitativa declararam possuir deficiência.

Do ponto de vista ocupacional, predominaram técnicos de enfermagem (65,5%; 55,6%) e com enfermeiros representando 34,6% e 44,4%, respectivamente. Nos turnos, a etapa quantitativa concentrou-se no noturno (35,8%) e tarde (31,9%), enquanto na etapa qualitativa mostrou maior tarde (42,2%) e noite (35,5%), com menor participação de manhã (15,6%) e intermediário/substituto (3,7%). A inclusão intencional de participantes de diferentes turnos, áreas e tempos de experiência assegurou heterogeneidade e profundidade interpretativa na etapa qualitativa, ampliando a compreensão dos significados atribuídos à VT e suas formas de banalização no cotidiano hospitalar.

Tabela 26. Características sociodemográficas dos participantes (quan = 573; QUAL = 45). Florianópolis, SC, Brasil, 2025

Caracterização da amostra	quan (n = 573) n (%)	QUAL (n = 45) n (%)
Sexo		
Feminino	466 (81,3%)	30 (66,7%)
Masculino	107 (18,7%)	15 (33,3%)
Idade		
20 a 30 anos	31 (5,4%)	4 (8,9%)
31 a 40 anos	162 (28,3%)	17 (37,8%)
41 a 50 anos	261 (45,5%)	19 (42,2%)
Mais que 50 anos	119 (20,8%)	5 (11,1%)
Orientação sexual		
Heterossexual	540 (94,2)	43 (95,6%)
Homossexual	23 (4%)	2 (4,4%)
Bissexual	9 (1,6%)	-
Estado civil		
Solteiro(a)	140 (24,4%)	10 (22,2%)
Casado/união estável	351 (61,3%)	30 (66,7%)
Separado/divorciado	70 (12,2%)	5 (11,1%)
Cor		
Branca	450 (78,5%)	34 (75,6%)
Amarela	2 (0,3%)	-
Parda	58 (10,1%)	8 (17,8%)
Preta	62 (10,8%)	3 (6,7%)
Pessoa com deficiência		
Sim	29 (5,1%)	2 (4,4%)
Não	544 (94,9%)	43 (95,6%)
Categoria		
Enfermeiro	198 (34,6%)	20 (44,4%)
Técnico de Enfermagem	375 (65,5%)	25 (55,6%)
Turno de trabalho		

Manhã	133 (23,2%)	7 (15,6%)
Tarde	183 (31,9%)	19 (42,2%)
Noite	205 (35,8%)	16 (35,5%)
Intermediário/ Substituto de folga	52 (9,1%)	3 (3,7%)

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Dos 573 participantes do estudo, 408 (71,2%) relataram já ter sofrido algum tipo de VT. Entre esses, as formas não físicas e psicológicas foram as mais prevalentes, destacando-se o assédio moral ou intimidação (76,5%), a violência verbal (49,8%) e a violência psicológica (43,9%). Em menor proporção, foram relatadas violência física (8,1%), violência sexual (5,6%) e manifestações discriminatórias, como discriminação racial (9,1%), de gênero (6,4%), etarismo (7,8%) e capacitismo (2,0%). Outros tipos de violência foram mencionados por 0,7% dos participantes (Tabela 27).

Tabela 27. Prevalência e tipos de violência no trabalho experienciados por profissionais de enfermagem (N = 408). Florianópolis, SC, Brasil, 2025.

Categoria	Tipo específico de violência	n	%
Violência não física / psicológica	Assédio moral ou intimidação	312	76,5
	Violência verbal	203	49,8
	Violência psicológica	179	43,9
Violência física	Agressão física	33	8,1
Violência sexual	Violência sexual	23	5,6
Violência discriminatória	Discriminação racial	37	9,1
	Discriminação de gênero	26	6,4
	Etarismo	32	7,8
	Capacitismo	8	2,0
Outros	—	3	0,7

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Conforme apresentado na Tabela 28, entre os profissionais que relataram episódios de VT, 70,7% afirmaram ter sentido medo de retaliação ao considerar uma denúncia, enquanto apenas 25,4% relataram sentir-se protegidos para relatar o ocorrido. Apesar da magnitude do problema, somente um terço (33,7%) denunciou a violência vivenciada, revelando um quadro de silenciamento institucional e normalização da hostilidade.

As consequências à saúde foram expressivas: 47,5% procuraram tratamento psicológico, 32,0% utilizaram medicação e 12,3% recorreram a outros tipos de tratamento. Além disso, 24,9% relataram afastamento por atestado médico e 8,4% por licença via INSS, indicando repercussões diretas sobre a capacidade laboral e o bem-estar.

No âmbito profissional, metade dos participantes (50,2%) pensou em pedir demissão ou trocar de emprego, e 42,6% consideraram mudar de profissão após episódios de violência, demonstrando que a exposição recorrente a situações de agressividade e desrespeito compromete o vínculo e o sentido do trabalho.

Esses achados revelam que as consequências da violência extrapolam o campo individual e atingem dimensões éticas e institucionais. O medo, o silenciamento e a falta de apoio institucional tornam-se parte do funcionamento normal da organização, reforçando a naturalização da violência e o colapso do julgamento moral.

Tabela 28. Consequências da violência no trabalho para os participantes (n = 408). Florianópolis, SC, Brasil, 2025.

Consequências	Sim (n/%)	Não (n/%)
Sentiu-se protegido para relatar/denunciar a violência	103 (25,4%)	303 (74,6%)
Denunciou a violência ocorrida	137 (33,7%)	269 (66,3%)
Teve medo de retaliação ao denunciar	287 (70,7%)	119 (29,3%)
Procurou o serviço médico ocupacional devido à violência	97 (23,9%)	309 (76,1%)
Afastou-se do trabalho por atestado médico	101 (24,9%)	305 (75,1%)
Afastou-se por licença via INSS	34 (8,4%)	372 (91,6%)
Necessitou de medicação após o episódio	130 (32%)	276 (68,0%)
Necessitou de tratamento psicológico	193 (47,5%)	213 (52,5%)
Necessitou de outros tratamentos de saúde	50 (12,3%)	356 (87,7%)
Pensou em pedir demissão ou trocar de emprego	204 (50,2%)	202 (49,8%)
Pensou em mudar de profissão	173 (42,6%)	233 (57,4%)

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Como demonstrado na Tabela 29, observou-se que a violência praticada por lideranças ou chefias de unidade esteve fortemente associada à intenção de desligamento, $\chi^2(1) = 27,62$, $p < 0,001$. De forma semelhante, verificou-se associação

significativa quando o(a) agressor(a) foi a chefia imediata, $\chi^2(1) = 7,60$, $p = 0,006$. Nos demais tipos de agressores, como professores $\chi^2(1) = 2,91$, $p = 0,088$, colegas de trabalho $\chi^2(1) = 2,18$, $p = 0,140$, familiares ou acompanhantes de pacientes $\chi^2(1) = 3,26$, $p = 0,071$, pacientes $\chi^2(1) = 0,47$, $p = 0,492$ e outros profissionais da saúde $\chi^2(1) = 0,03$, $p = 0,858$, as associações não foram estatisticamente significativas.

Tabela 29. Associação entre tipo de agressor e intenção de pedir demissão e/ou trocar de emprego após sofrer violência no ambiente de trabalho (N = 573). Florianópolis, SC, Brasil, 2025.

Tipo de agressor	Pensou em pedir demissão		$\chi^2(1)$	p
	Sim (%)	Não (%)		
Liderança / chefia de unidade	67,1	32,9	27,62	<0,001
Chefia imediata	61,7	38,3	7,60	0,006
Professor	65,5	34,5	2,91	0,088
Colega de trabalho	56,0	44,0	2,18	0,140
Familiar ou acompanhante de paciente	43,3	56,7	3,26	0,071
Paciente	46,7	53,3	0,47	0,492
Outros profissionais da saúde	49,2	50,8	0,03	0,858

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Em relação ao tipo de violência sofrida, o assédio moral/intimidação apresentou associação estatisticamente significativa com a intenção de pedir demissão, $\chi^2(1) = 38,10$, $p < 0,001$. De forma semelhante, observou-se associação significativa entre violência psicológica e intenção de demissão, $\chi^2(1) = 17,73$, $p < 0,001$. Nos demais tipos de violência, as associações não alcançaram significância estatística, conforme apresentado na Tabela 30.

Tabela 30. Associação entre tipo de violência e intenção de pedir demissão (N = 573). Florianópolis, SC, Brasil, 2025.

Tipo de violência	Pensou em pedir demissão		$\chi^2(1)$	p
	Sim (%)	Não (%)		
Assédio moral / intimidação	58,7	41,3	38,10	<0,001
Violência verbal	47,3	52,7	1,42	0,234
Violência psicológica	62,0	38,0	17,73	<0,001
Violência física	42,4	57,6	0,88	0,348
Violência sexual	65,2	34,8	2,19	0,139

Discriminação racial	64,9	35,1	3,48	0,062
Discriminação de gênero	65,4	34,6	2,55	0,111
Etarismo	53,1	46,9	0,12	0,734
Capacitismo	66,7	33,3	0,66	0,418
Outros tipos de violência	33,3	66,7	0,35	0,556

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

De modo geral, os resultados quantitativos evidenciaram não apenas a alta prevalência e recorrência da VT entre profissionais de enfermagem, mas também seus desdobramentos sobre a saúde mental, o vínculo institucional e o sentido do trabalho. Conforme apresentado na Tabela 3, os achados revelaram elevados índices de medo de retaliação, baixa percepção de proteção institucional e significativo impacto sobre o bem-estar, com expressiva procura por tratamento psicológico e uso de medicação. Ademais, a associação entre violência praticada por lideranças e a intenção de desligamento reforça o peso das dinâmicas hierárquicas e da comunicação autoritária na manutenção de ambientes hostis. Assim, os dados quantitativos apontam que a violência ultrapassa o nível individual e se articula a processos institucionais e simbólicos de banalização e silêncio.

Com base nos resultados obtidos na fase qualitativa, da análise das narrativas, emergiram cinco categorias centrais que expressam diferentes dimensões do fenômeno: “A banalização do ambiente de trabalho hostil”, “O mal banal e a ausência de julgamento ético”, “As microviolências e o cotidiano do desprezo”, “O estigma e o impacto da vitimização” e “Naturalização e aceitação: a cultura do ‘sempre foi assim’”, descritas a seguir.

A banalização do ambiente de trabalho hostil

Nesta categoria, os profissionais de enfermagem descrevem como a violência e a hostilidade tornam-se parte integrante da rotina de trabalho, perdendo o caráter de exceção e passando a compor o modo normal de funcionamento das relações institucionais. As falas revelam uma cultura hierárquica rígida, marcada por comportamentos autoritários e desumanizadores, em que a ausência de escuta e a omissão das lideranças reforçam a sensação de impotência e de indiferença ética.

Eu acho que a violência é banalizada na nossa área [...] parece que as pessoas incorporaram isso. Estão tão acostumadas que parece que

já faz parte do dia a dia da enfermagem. Eu acabo, inclusive, às vezes nem reclamando, porque estou aguentando isso (ENF1).

É uma violência encoberta, parece que a gente já se acostumou, parece que já ficou banalizado a gente escutar no plantão a queixa junto com a ameaça (TE18).

Acredito sim que na enfermagem a violência é algo banalizado, parece que se tornou uma coisa banal agredir profissionais [...] é como se fosse uma coisa normalizada, ah, é assim mesmo (ENF22).

A forma como falam com a equipe é autoritária. Não há diálogo, só ordens e cobranças. Isso cansa e adocece (ENF6).

Tem chefia que acha que pode falar do jeito que quiser, gritar, humilhar, e a gente tem que aceitar porque é o chefe (TE4).

O mal banal e a ausência de julgamento ético

Os relatos reunidos nesta categoria evidenciaram percepções de conformismo, impunidade e ausência de responsabilização diante das situações de violência. Os participantes relatam a falta de posicionamento ético das chefias e da instituição, o que reforça a manutenção de práticas abusivas e a descrença nos mecanismos de proteção. A omissão moral e a naturalização do abuso de poder são interpretadas pelos trabalhadores como sinais de uma crise institucional de julgamento ético, na qual o erro, a injustiça e o sofrimento deixam de provocar indignação.

Foi uma violência emocional: intimidação, humilhação e injúria [...]. E o pior foi ver que nada foi feito, que a liderança tratou como algo normal (TE6).

[...] a violência não para na catraca do hospital, ela entra e a gente não faz nada para diminuir ela aqui dentro (ENF5).

Sim, nós levamos isso como denúncia para a chefia. O hospital sempre falava: serão tomadas medidas cabíveis. Mas no fim a pessoa se aposentou. Não houve processo administrativo, nem responsabilização (TE4).

Eu me senti muito mal, talvez isso ainda me machuca até hoje, e nenhuma medida foi tomada sabe, nada foi feito no hospital, mesmo tendo um discurso que aqui não toleramos o racismo, nada foi feito (TE12).

[...] Se tu falas que se sentiu agredido, a chefia toma partido do superior. Significa que técnico ou outro profissional que não seja enfermeiro ou médico não tem voz (TE5).

As microviolências e o cotidiano do desprezo

A categoria aborda as formas sutis e persistentes de violência simbólica que permeiam o convívio entre os profissionais de enfermagem. Ironias, piadas depreciativas e desqualificações disfarçadas de brincadeira compõem um tecido de microviolências que mina a autoestima e a dignidade dos trabalhadores.

Em relação a todas essas questões de violência, acho que são vários sentimentos assim, de desesperança, já pensei várias vezes em estudar outra coisa, mudar né, parar de ser enfermeiro (ENF9).

[...] nada aconteceu com essa chefe, inclusive as outras denúncias que fizeram dele só aumentaram o tom das brincadeiras de mau gosto e as indiretas que ele faz nas reuniões da equipe (ENF7).

Às vezes o jeito que falam com a gente é em tom de brincadeira, mas é um deboche. É como se quisessem diminuir o trabalho da gente (TE6).

Teve uma situação com um médico. Eu estava com dois pacientes [...] contidos porque eles estavam oferecendo risco arrancar dispositivos. E sabe o que ele me disse? Você tem fetiche por amarração? Os teus pacientes estão todos amarrados. Eu achei aquilo tão ofensivo, tão horrível. E eu comuniquei a chefia, comuniquei a enfermeira e nada aconteceu. Ela me disse: ele é assim, ele está brincando (TE7).

Tem brincadeiras que passam do limite. Fazem piada com o jeito da pessoa, com o corpo, com o sotaque. A gente ri por educação, mas por dentro se sente mal (TE2).

O estigma e o impacto da vitimização

Os trabalhadores de enfermagem relatam os impactos emocionais e profissionais decorrentes da violência vivenciada, revelando o sofrimento psíquico, o adoecimento e o medo de retaliação. Os participantes descrevem a dificuldade de buscar apoio institucional, a falta de acolhimento e, em alguns casos, a revitimização nos próprios espaços de escuta e saúde ocupacional.

No momento que começa a levar um problema, tu és um problema. Então, eu acabei não trazendo para a chefia por essa razão (ENF1).

Quando a gente denuncia, a chefia protege o agressor. O medo e o silêncio viram a única forma de sobreviver no trabalho (ENF13).

A violência te mina, te deixa sem força. Primeiro a gente nega, depois tenta resolver, depois acha que é o culpado (TE4).

Depois de tudo que vivi, percebi que a violência causa um impacto que vai além do trabalho. Fiquei ansiosa só de pensar em voltar ao hospital (TE7).

Eu pensei muitas vezes em desistir da enfermagem, pedir demissão. Não aguentava mais o sofrimento (ENF14).

Naturalização e aceitação: a cultura do “sempre foi assim”

Os depoimentos que compõem esta categoria demonstram o quanto o conformismo e a aceitação da violência foram incorporados à identidade profissional da enfermagem. Desde a formação acadêmica, os trabalhadores relatam ouvir que “a enfermagem é assim mesmo”, internalizando a ideia de que o sofrimento e o desrespeito fazem parte da prática cotidiana.

As pessoas vão se acostumando, e o pior é que passam isso para os novos. Dizem: tu vais ver que é assim mesmo, depois se acostuma (TE10).

A gente vai se moldando, se adaptando a esse ambiente agressivo. E quem tenta reagir acaba sendo excluído (ENF13).

Os mais antigos falam que no tempo deles era pior. Isso é usado como justificativa para não fazer nada hoje (ENF10).

Já vi colegas dizerem que a violência é necessária pra impor respeito. É o cúmulo, mas é a lógica que se instalou (ENF17).

A naturalização é tanta que, quando alguém denuncia, acham que é exagero, que está criando confusão (TE16).

Acho que já está enraizado, sabe? Desde a época da faculdade, a gente ouve que a enfermagem é assim, que tem que aguentar. A gente aprende a se calar (ENF2).

Acho que é muito difícil mudar, porque a maioria já está acostumada. Já faz parte da rotina ser tratado com grosseria (TE7).

No Quadro 12, apresenta-se a integração dos achados “quan” e “QUAL”, que reforça a compreensão da VT como um fenômeno estrutural e sistêmico, mais do que episódico ou relacional. A triangulação dos resultados quantitativos, que evidenciaram a elevada prevalência de violência, o medo de retaliação, a baixa taxa de denúncia e o adoecimento dos trabalhadores, com as cinco categorias qualitativas, revela o modo como as estruturas institucionais, éticas e simbólicas sustentam a perpetuação da violência e do sofrimento.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo, interpretados à luz do pensamento de Hannah Arendt, revelam que a VT na enfermagem não é apenas uma consequência do ambiente hospitalar, mas uma estrutura socialmente aprendida, emocionalmente internalizada e eticamente naturalizada (Elsharkawy *et al.*, 2025). O medo de retaliação, a ausência de responsabilização, o descrédito institucional e o conformismo revelam um padrão de funcionamento organizacional baseado no ciclo de violência institucionalizada, no qual a banalização gera silêncio, o silêncio reforça o medo, o medo perpetua a impunidade e a impunidade adoece e desmobiliza (Mahrdt, 2023).

A violência institucional não deriva de intenções perversas, mas da suspensão do juízo crítico e da adesão acrítica às normas e hierarquias que diluem a responsabilidade moral. Nesse contexto, ela não deve ser compreendida como produto de maldade individual, mas como expressão da ausência de pensamento e de julgamento moral nas estruturas institucionais. Em suas obras, Arendt descreve como o agir sem pensar e a obediência acrítica transformam a injustiça em rotina e a violência em prática legitimada (Arendt, 1970; Arendt, 1963; Arendt, 1998; Arendt, 2006). “Essa normalidade era mais aterrorizante do que todas as atrocidades juntas, pois implicava que esse novo tipo de criminoso comete seus atos em circunstâncias que tornam quase impossível saber ou sentir que está fazendo algo errado” (Arendt, 1963, p. 288).

No contexto institucional, essa normalidade traduz-se na aceitação acrítica de práticas injustas e na transformação da violência em rotina. A violência emerge quando o poder legítimo, sustentado pelo reconhecimento e pela ação conjunta, é substituído pela obediência burocrática, que dilui a responsabilidade moral e converte o sofrimento em parte do funcionamento cotidiano. Assim, o agir sem pensar torna-se prática institucionalizada, e a injustiça, administrável dentro da ordem hierárquica (Arendt, 1963, p. 288; Arendt, 1998, p. 349).

A persistência do medo e da omissão observada neste estudo reflete uma lógica institucional em que a violência é sustentada por estruturas simbólicas e relacionais que desmobilizam o julgamento moral. O receio de retaliação, a falta de confiança nos mecanismos de denúncia e a naturalização da agressão compõem um

ciclo de silenciamento que mantém a violência invisível e tolerada (Elsharkawy *et al.*, 2025). No contexto Arendtiano, tal dinâmica traduz a banalidade do mal em sua forma organizacional, a repetição de práticas injustas sem reflexão ética, legitimadas pela rotina e pela obediência hierárquica. É nesse terreno de indiferença e conformismo que o mal institucional se perpetua, transformando a injustiça em normalidade e o sofrimento em parte do funcionamento cotidiano das instituições de saúde, separando de forma drástica o *labor*, a *poiesis* e a *práxis* que compõem a vida ativa, atividades essenciais à condição humana (Arendt, 1963; Arendt, 1998).

Neste estudo, observou-se a profundidade do medo e da desconfiança institucional entre os profissionais de enfermagem. As falas evidenciaram uma dimensão subjetiva do receio em que denunciar é se tornar o problema, revelando um processo de silenciamento ético e emocional que ultrapassa o campo individual e se enraíza na cultura organizacional. Essa dinâmica demonstra como o medo de retaliação e a falta de confiança nas instâncias institucionais de apoio produzem um ambiente onde o sofrimento é naturalizado e a violência se perpetua pela ausência de proteção e responsabilização efetiva (Rossi *et al.*, 2023; Elsharkawy *et al.*, 2025).

Quadro 11 – Integração dos achados quantitativos (quan) e qualitativos (QUAL) sobre a violência no trabalho em enfermagem: evidências empíricas e interpretações integradas. Florianópolis, SC, Brasil, 2025.

Categoria qualitativa	Evidências quan	Evidências QUAL	Resultado misto e Meta inferências
A banalização do ambiente de trabalho hostil	70,7% sentiram medo de retaliação; 33,7% denunciaram; 25,4% sentiram-se protegidos.	<i>A violência é banalizada na nossa área [...] parece que já faz parte do dia a dia da enfermagem (ENF1). A forma como falam com a equipe é autoritária. Não há diálogo, só ordens e cobranças [...] (ENF6). Tem chefia que acha que pode falar do jeito que quiser, gritar, humilhar, e a gente tem que aceitar [...] (TE4).</i>	Meta-inferência explicativa e complementar: a naturalização da hostilidade sustenta o medo e a subnotificação, transformando a violência em rotina institucional.
O mal banal e a ausência de julgamento ético	Violência praticada por chefias associada à intenção de pedir demissão ($\chi^2=27,62$; $p<0,001$).	<i>[...] E o pior foi ver que nada foi feito, que a liderança tratou como algo normal (TE6). [...] a violência não para na catraca do hospital, ela entra e a gente não faz nada para diminuir ela aqui dentro (ENF5). Eu me senti muito mal, [...] nenhuma medida foi tomada, nada foi feito no hospital, mesmo tendo um discurso que aqui não toleramos o racismo, nada foi feito (TE12).</i>	Meta-inferência interpretativa e teórica (explicativa): a omissão e a impunidade da liderança configuram o 'mal banal' Arendtiano: o agir sem reflexão moral e sem responsabilização institucional.
As microviolências e o cotidiano do desprezo	62% relataram violência psicológica; 58,7% sofreram assédio moral; ambas associadas à intenção de demissão ($p<0,001$).	<i>Em relação a todas essas questões de violência, acho que são vários sentimentos assim, de desesperança, já pensei várias vezes em estudar outra coisa, mudar né, parar de ser enfermeiro (ENF9). Você tem fetiche por amarração? Os teus pacientes estão todos amarrados. [...] eu comuniquei a chefia [...]. Ela me disse: ele é assim, ele está brincando (TE7). Tem brincadeiras que passam do limite. Fazem piada com o jeito da pessoa, com o corpo, com o sotaque. A gente ri por educação, mas por dentro se sente mal (TE2).</i>	Meta-inferência convergente e expansiva: as microviolências mantêm o desprezo institucionalizado e corroem a autoestima profissional, revelando o enraizamento simbólico da violência.
O estigma e o impacto da vitimização	47,5% buscaram tratamento psicológico; 32% usaram medicação; 24,9% afastaram-se do trabalho.	<i>No momento que começa a levar um problema, tu és um problema. Então, eu acabei não trazendo para a chefia por essa razão (ENF1). Quando a gente denuncia, a chefia protege o agressor. O medo e o silêncio viram a única forma de sobreviver no trabalho (ENF13). A violência te mina, te deixa sem força. Primeiro a gente nega, depois tenta resolver, depois acha que é o culpado (TE4).</i>	Meta-inferência convergente: a violência produz sofrimento psíquico, retraimento e descrédito institucional, intensificando o adoecimento e a sensação de abandono ético.
Naturalização e aceitação: a cultura do 'sempre foi assim'	50,2% pensaram em pedir demissão; 42,6% em mudar de profissão; associação com assédio e violência psicológica.	<i>[...] desde a época da faculdade, a gente ouve que a enfermagem é assim, que tem que aguentar. A gente aprende a se calar (ENF2). As pessoas vão se acostumando [...] tu vais ver que é assim mesmo, depois se acostuma (TE10). A gente vai se moldando, se adaptando a esse ambiente agressivo. E quem tenta reagir acaba sendo excluído (ENF13).</i>	Meta-inferência expansiva e explicativa: O conformismo e o aprendizado institucional consolidam a aceitação da violência como parte da identidade profissional e da cultura organizacional.

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

O medo constitui um eixo central na experiência de violência vivida por profissionais de enfermagem. Após episódios de agressão, sentimentos como ansiedade, vulnerabilidade e receio de represálias institucionais tornam-se recorrentes, contribuindo para a subnotificação e o isolamento dos trabalhadores. Diante da percepção de falta de apoio e da crença de que nada mudará, muitos optam por silenciar, internalizando o sofrimento como parte inerente ao trabalho (Christensen *et al.*, 2024). Esse processo, ao corroer a confiança ética entre profissionais e instituições, perpetua o ciclo de banalização e desumanização do cuidado, convergindo com o que Arendt descreve como a perda do julgamento moral e a transformação do sofrimento em rotina institucional. Arendt denominou essa dinâmica como a banalidade do mal, conceito que descreve a transformação da violência em rotina pela ausência de reflexão e julgamento moral (Arendt, 1963; Arendt, 1998).

O silêncio, nesse contexto, não representa apenas a falta de denúncia, mas a suspensão da capacidade de julgar e agir diante da injustiça. À luz do pensamento de Hannah Arendt, o silenciamento institucional emerge quando o espaço público de fala e responsabilidade é corroído pela obediência e pela conformidade burocrática. Quando os sujeitos deixam de pensar e de se posicionar moralmente, a palavra, que em Arendt é condição do agir político, perde sua força transformadora e converte-se em submissão. Assim, o medo e a omissão não apenas mantêm a ordem institucional, mas sustentam a banalidade do mal em sua forma mais perversa: o consenso silencioso diante da violência normalizada (Arendt, 1963; Arendt, 1998).

A conjunção entre medo, omissão e conformismo não apenas perpetua o ciclo da violência, mas também evidencia uma erosão ética progressiva nas instituições de saúde, em que a capacidade de julgamento moral se enfraquece diante da burocracia e da busca por estabilidade organizacional. Nesse cenário, o silêncio deixa de ser apenas defesa e torna-se sintoma de uma cultura que normaliza o sofrimento e dissolve a responsabilidade coletiva, aproximando-se do que Arendt descreve como a perda do espaço de reflexão e de ação ética (Arendt, 1963; Christensen *et al.*, 2024).

Nessa perspectiva, as dinâmicas de poder e hierarquia no ambiente hospitalar aparecem como um dos principais espelhos desse processo de silenciamento ético. Foi possível observar uma associação significativa entre a violência praticada por chefias e a intenção de demissão entre os profissionais, evidenciando o impacto ético e emocional das relações hierárquicas no ambiente hospitalar. As falas sobre chefias

omissas e proteção a agressores traduzem um cenário em que a liderança deixa de ser mediadora do cuidado e passa a representar o próprio mecanismo de manutenção da violência. Em Arendt, essa configuração expressa o colapso do julgamento ético, caracterizado pela incapacidade de distinguir o certo do errado dentro de sistemas burocráticos e autorreferenciais. Quando a autoridade é exercida sem reflexão moral, a hierarquia converte-se em instrumento de perpetuação da injustiça, e a obediência substitui a responsabilidade (Arendt, 1963).

Para Arendt, o mal não se sustenta na intenção destrutiva, mas na ausência de reflexão ética que permite a continuidade do sofrimento sem resistência. Essa ausência de julgamento ético prepara o terreno para a banalização do desrespeito e a emergência das microviolências no cotidiano institucional. Essa normalização da omissão hierárquica e do silêncio institucional expressa o avanço da banalidade do mal para o plano relacional: quando o sofrimento do outro deixa de provocar indignação, abre-se espaço para as formas sutis de desprezo e desumanização cotidiana (Arendt, 1963; Arendt, 1998).

A normalização da omissão hierárquica e do silêncio institucional fragiliza o clima ético e cria condições para formas sutis e persistentes de agressão cotidiana. As incivildades provocam ansiedade, frustração e perda de confiança, comprometendo o bem-estar e a valorização profissional dos enfermeiros, fragilizam os vínculos entre colegas, geram isolamento e deterioram o clima organizacional e a exposição contínua a tais práticas alimentam culturas tóxicas que normalizam o desrespeito (Freedman *et al.*, 2024; Jackson *et al.*, 2024). A incivildade está associada a pior qualidade e segurança assistencial, indicando que pequenos atos de desrespeito corroem o trabalho coletivo e abrem caminho para violência simbólica mais ampla (Freedman *et al.*, 2024). As microagressões reiteradas como comentários depreciativos, ironias e exclusões sutis, minam autoestima, confiança e sentido do cuidado, convertendo o desprezo cotidiano em padrão relacional (Alsadaan; Ramadan; Alqahtani, 2024).

As narrativas dos profissionais de enfermagem revelam que a violência cotidiana nem sempre assume formas explícitas, mas frequentemente se manifesta em gestos sutis de desrespeito, ironia e exclusão simbólica. Piadas, ironias, interrupções e a negação sistemática de reconhecimento profissional configuram um tecido de microviolências que, embora naturalizadas, corroem lentamente a

autoestima e a dignidade do trabalhador. Esses achados sustentam que as microviolências representam a face cotidiana da banalização do mal, expressando como o desrespeito e a indiferença se institucionalizam nas interações de trabalho.

Esse fenômeno expressa uma das faces mais silenciosas da banalidade do mal: a transformação do desprezo em hábito e da indiferença em norma social. Quando o agir e o pensar são substituídos pela repetição acrítica de condutas hostis, o sofrimento do outro deixa de provocar indignação e passa a ser administrado como parte ordinária da rotina institucional. Nesse processo, o cotidiano torna-se o espaço privilegiado da desumanização, onde a violência simbólica se perpetua não pela força, mas pela indiferença (Arendt, 1963; Arendt, 1998).

As microviolências configuram a expressão mais silenciosa da banalidade do mal no trabalho em enfermagem. Naturalizadas como parte da rotina, piadas, ironias e gestos de desqualificação passam a operar como formas de dominação simbólica que desumanizam o cuidado e corroem o vínculo ético entre os profissionais. O perigo reside no agir sem pensar na reprodução acrítica de comportamentos que perpetuam a injustiça sob o disfarce da normalidade. Essa indiferença moral, somada à estrutura hierárquica e à violência simbólica descrita por Bourdieu, revela como o desprezo cotidiano se torna um mecanismo de poder institucional, legitimando a exclusão e fragilizando o pertencimento profissional (Arendt, 1963; Arendt, 1998; Bourdieu, 1998; Atashzadeh Shoorideh; Moosavi; Balouchi, 2021).

Os resultados deste estudo revelam que a violência no trabalho não se restringe a seus impactos psicológicos imediatos, mas compromete dimensões éticas e existenciais do cuidar. Quase metade dos profissionais de enfermagem relataram ter buscado acompanhamento psicológico, um terço fez uso de medicação psicotrópica e cerca de um quarto precisou afastar-se do trabalho. Esses indicadores, associados às falas sobre revitimização institucional, evidenciam a falência das instâncias de escuta e acolhimento. O espaço que deveria proteger transforma-se em local de descrédito, ampliando o sofrimento e reforçando o sentimento de abandono.

À luz do pensamento Arendtiano, esse cenário expressa o sofrimento ético, que emerge quando o sujeito perde a capacidade de agir e de ser reconhecido como agente moral. A violência institucional, ao reduzir o cuidado à mera formalidade burocrática, anula o sentido da ação e da palavra (Arendt, 1998). Nesse contexto, o trabalhador deixa de ver significado no cuidado que oferece e no apoio que recebe,

vivenciando uma espécie de vazio moral em que o sofrimento é naturalizado e o diálogo ético é substituído pela obediência e pela indiferença (Arendt, 1963; Arendt, 1998; Mahrtdt, 2023).

O *moral distress* (sofrimento moral) e a *compassion fatigue* (fadiga por compaixão) entre os profissionais de enfermagem decorrem da tensão entre valores pessoais e a incapacidade institucional de sustentar práticas éticas, gerando desgaste emocional e ruptura do sentido profissional (Shuai *et al.*, 2024). O *moral injury* (ferimento moral) em enfermagem não se limita a experiências individuais de sofrimento, mas emerge de contextos organizacionais que falham em reconhecer, apoiar e proteger o profissional diante de dilemas morais recorrentes. Quando o cuidado institucional se converte em fonte de revitimização, o sofrimento ultrapassa a dimensão psíquica e torna-se moral, o trabalhador deixa de acreditar no valor ético do próprio cuidar (Zhang *et al.*, 2025). Assim, o adoecimento observado não é apenas consequência da violência, mas expressão de um sistema que perdeu sua capacidade de cuidar, de si mesmo e de quem cuida, a violência e a burocracia corroem o espaço da ação e da responsabilidade; transformando o cuidado em mera função administrativa desprovida de sentido ético e humano (Arendt, 1998).

Os achados deste estudo, aliados a evidências recentes, sugerem que a banalização da violência e a aceitação do sofrimento como parte inerente ao trabalho são aprendidos e reproduzidos desde os primeiros anos da prática profissional. Um estudo realizado com enfermeiros recém-ingressos em programas de treinamento hospitalar identificou que a exposição à VT está fortemente associada ao *burnout* e à intenção de deixar a profissão, evidenciando que o ambiente organizacional contribui para a formação de uma cultura de resistência e conformismo (Wang *et al.*, 2025). Essa socialização precoce, marcada por hierarquias rígidas e ausência de apoio institucional, transforma o sofrimento em um componente normalizado do processo de aprendizagem profissional (Ren *et al.*, 2024; Wang *et al.*, 2025). Nesse contexto, o medo e a obediência substituem o diálogo e a reflexão ética, enraizando a cultura do “sempre foi assim” (Arendt, 1998).

A partir de Arendt, essa naturalização do sofrimento expressa o ponto culminante da banalidade do mal, o agir sem pensar torna-se hábito, e a violência converte-se em pedagogia cotidiana do trabalho (Arendt, 1963). Quando os profissionais aprendem a aceitar o desrespeito como inerente ao ofício, o cuidado

perde sua dimensão ética e relacional, transformando-se em mera execução técnica. Essa pedagogia da submissão não apenas perpetua a violência institucional, mas também reforça a ideia de que resistir ou questionar é um desvio, enfraquecendo a capacidade de indignação moral e o compromisso coletivo com a mudança (Arendt, 2006).

No campo da enfermagem, essa cultura de aceitação revela a face mais insidiosa da violência: a incorporação do sofrimento como componente identitário da profissão. À medida que o “sempre foi assim” se consolida como discurso organizacional e formativo, o cuidado se desmoraliza e a opressão se perpetua sob o disfarce da rotina. Romper com essa lógica exige resgatar o espaço do pensamento e da ação reflexiva, o mesmo espaço que, para Arendt (Arendt, 1998), constitui a essência da responsabilidade ética e da vida política. Essa pedagogia do conformismo prepara o terreno para a falência ética das instituições de cuidado, tema aprofundado a seguir.

Esse processo de aprendizado do sofrimento e de reprodução acrítica da violência revela o esgotamento ético das instituições de cuidado. Quando a instituição suprime o espaço da fala e do agir, ela suprime a própria possibilidade de humanidade, e o “sempre foi assim” se transforma em norma tácita, o espaço de reflexão é substituído pela repetição burocrática e pela indiferença (Arendt, 1998).

Nesse cenário, o cuidado, antes entendido como expressão de responsabilidade e reconhecimento mútuo, converte-se em mero cumprimento de tarefas. A perda do julgamento significa que o mundo se torna destituído de sentido; pois é ao julgar que formamos opiniões sobre o mundo, e é por meio dessas opiniões que damos significado ao mundo que nos cerca. Superar essa lógica requer uma reconstrução ética e política das instituições de saúde, capazes de restaurar o sentido do pensar, do agir e do cuidar como práticas indissociáveis (Arendt, 2006).

A análise integrada revela que a banalidade do mal institucional opera como um mecanismo ético e organizacional que transforma a violência em rotina e o sofrimento em prática administrável. Sob a ótica Arendtiana, a obediência e a omissão burocrática não são simples falhas individuais, mas expressões de um colapso coletivo do julgamento moral. Quando os profissionais deixam de refletir criticamente sobre as consequências de seus atos e passam a agir de modo automático, o poder de discernimento é substituído pela conformidade, e a injustiça torna-se parte natural

do funcionamento institucional. Nesse contexto, a violência deixa de ser percebida como exceção e passa a constituir um modo de ser e de agir dentro da organização, revelando o alcance estrutural da banalidade do mal (Arendt, 1963; Arendt, 1998).

Restaurar o espaço do cuidado exige, portanto, mais do que políticas institucionais; demanda um movimento ético e coletivo de reconstrução do sentido do pensar, julgar e agir. Aonde o pensamento retorna, a banalidade do mal perde seu terreno, e o cuidado reencontra sua dimensão humana. Assim, o enfrentamento da violência no trabalho em enfermagem depende da criação de contextos organizacionais que valorizem o diálogo, o juízo moral e a corresponsabilidade, superando a cultura de silenciamento e de impunidade (Arendt, 1963; Arendt, 1998; Mahrtdt, 2023).

Essa realidade traduz a banalidade do mal em sua forma organizacional: a transformação da violência em rotina, sustentada pela obediência burocrática e pela ausência de reflexão ética (Arendt, 1963; Arendt, 1998). Romper esse ciclo exige mais do que medidas punitivas, requer a restauração do espaço de pensamento, diálogo e responsabilidade moral dentro das instituições.

A superação da violência institucional demanda lideranças éticas e ambientes organizacionais capazes de reconhecer o sofrimento moral como sinal de colapso do cuidado, e não como fraqueza individual. Estratégias como o fortalecimento da escuta institucional, programas de prevenção e suporte emocional, e políticas de responsabilização efetiva podem reconstruir o elo entre poder e consenso, que, para Arendt, constitui a base legítima da ação coletiva. Somente quando o poder é reconectado à reflexão e à pluralidade, o cuidado recupera sua dimensão humana e ética (Arendt, 1998).

Portanto, enfrentar a violência no trabalho de enfermagem não significa apenas conter atos agressivos, mas restaurar a capacidade de pensar, julgar e agir, condições essenciais para que trabalho volte a ser expressão de dignidade e responsabilidade compartilhada. Como afirma Arendt, “*pensar é o primeiro ato de resistência ao mal*” (Arendt, 1963, p. 288). Aonde o pensamento retorna, a banalidade do mal perde seu terreno, e o reencontra seu sentido como prática ética e política.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam que a VT na enfermagem constitui um fenômeno estrutural, sustentado por fatores organizacionais e simbólicos que atravessam a cultura institucional do trabalho em saúde. A alta prevalência de assédio moral, violência psicológica e verbal, associada ao medo de retaliação e à baixa confiança nos canais de denúncia, revela um ambiente em que o sofrimento é naturalizado e o silêncio se converte em mecanismo de autoproteção. A associação significativa entre a violência praticada por lideranças e a intenção de desligamento demonstra o impacto ético e emocional das hierarquias autoritárias sobre a saúde e o vínculo profissional.

As narrativas qualitativas aprofundam essa compreensão, ao evidenciar que a banalização da violência, o conformismo e a omissão institucional reproduzem a *banalidade do mal* descrita por Hannah Arendt, quando o agir sem reflexão moral transforma o desrespeito em rotina e o sofrimento em prática administrável. As microviolências e o desprezo cotidiano emergem como expressões sutis dessa dinâmica, corroendo o sentido do cuidado, fragilizando a identidade profissional e comprometendo o espaço ético das relações de trabalho.

Assim, o enfrentamento da VT demanda mais do que protocolos de notificação: exige uma reconstrução ética das relações de poder e da própria cultura institucional, com lideranças reflexivas, espaços de escuta segura e políticas que reconheçam o sofrimento moral como indicador do colapso do cuidado. Essa restauração passa pelo resgate do pensamento crítico, da responsabilidade coletiva e do diálogo ético, condições essenciais para romper o ciclo de banalização e restituir à prática da enfermagem seu caráter humano e político.

REFERÊNCIAS:

ALSADAAN, N.; RAMADAN, O. M. E.; ALQAHTANI, M. From incivility to outcomes: tracing the effects of nursing incivility. **BMC Nursing**, v. 23, p. 325, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01996-9>.

ARENDT, H. **Between past and future: eight exercises in political thought**. New York: Penguin Books, 2006.

ARENDT, H. **Eichmann in Jerusalem: a report on the banality of evil**. New York: Viking Press, 1963. 298 p.

ARENDT, H. **On violence**. New York: Harcourt, Brace & World, 1970.

ARENDT, H. **The human condition**. 2nd ed. Chicago: University of Chicago Press, 1998. 349 p.

ARNETZ, J. E. The Joint Commission's new and revised workplace violence prevention standards for hospitals: a major step forward toward improved quality and safety. **Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 48, n. 4, p. 241–245, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2022.02.001>.

ATASHZADEH SHOORIDEH, F.; MOOSAVI, S.; BALOUCHI, A. Incivility toward nurses: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Medical Ethics and History of Medicine**, v. 14, p. 15, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.18502/jmehm.v14i15.7670>.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016. 279 p.

BENNING, L.; TEEPE, G. W.; KLEINEKORT, J.; *et al.* Workplace violence against healthcare workers in the emergency department: a 10-year retrospective single-center cohort study. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**, v. 32, p. 88, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13049-024-01250-w>.

BOURDIEU, P. **La domination masculine**. Paris: Seuil, 1998.

CAMPIONE, A.; HENSCHKE, C. Impact of violence on the risk of emotional exhaustion among registered nurses in Germany: a Bayesian analysis of cross-sectional data with multiple imputations. **BMC Nursing**, v. 24, p. 1080, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03745-y>.

CHEN, M.; XIE, H.; LIAO, X.; ZHANG, Q.; LI, P.; WANG, J.; *et al.* Workplace violence and turnover intention among Chinese nurses: the mediating role of compassion fatigue and the moderating role of psychological resilience. **BMC Public Health**, v. 24, p. 2437, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19964-y>.

CHRISTENSEN, S. S.; WILSON, B. L.; CUMMINS, M. R.; EATON, J.; IACOB, E.; HANSEN, S. D. Exploring nurses' emotional reactions to and reporting of patient-on-nurse workplace violence: a mixed-methods study. **International Journal of Nursing**

Studies, v. 153, p. 104724, 2024. Disponível em:
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104724>.

ELSHARKAWY, N.; ALRUWAILI, A.; ELSAYED RAMADAN, O.; *et al.* Barriers to reporting workplace violence: a qualitative study of nurses' perceptions in tertiary care settings. **BMC Nursing**, v. 24, p. 395, 2025. Disponível em:
<https://doi.org/10.1186/s12912-025-03039-3>.

FETTERS, M. D.; CURRY, L. A.; CRESWELL, J. W. Achieving integration in mixed methods designs: principles and practices. **Health Services Research**, v. 48, n. 6 Pt 2, p. 2134–2156, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12117>.

FETTERS, M. D.; TAJIMA, C. Joint displays of integrated data collection in mixed methods research. **International Journal of Qualitative Methods**, v. 21, p. 16094069221104564, 2022. Disponível em:
<https://doi.org/10.1177/16094069221104564>.

FREEDMAN, B.; LI, W. W.; LIANG, Z.; *et al.* The prevalence of incivility in hospitals and the effects of incivility on patient safety culture and outcomes: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Advanced Nursing**, 2024. Disponível em:
<https://doi.org/10.1111/jan.16111>.

GRESSIA, R. G. G.; URIBE-RODRÍGUEZ, A. F.; ROLDÁN-GÓMEZ, A. M. A qualitative study of underreported workplace violence against nurses: viewing it as part of routine. **Enfermería Clínica**, v. 32, n. 6, p. 356–362, 2022. Disponível em:
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2022.07.005>.

INTERNATIONAL LABOUR OFFICE; WORLD HEALTH ORGANIZATION; INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES; PUBLIC SERVICES INTERNATIONAL. **Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector**. Geneva: ILO/WHO/ICN/PSI, 2002.

JACKSON, D.; WILSON, B. L.; CUMMINS, M. R.; *et al.* Workplace incivility: insidious, pervasive and harmful. **International Journal of Mental Health Nursing**, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/inm.13315>.

KIYMAZ, D.; KOÇ, Z. Workplace violence, occupational commitment and intention among emergency room nurses: a mixed-methods study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 32, n. 5–6, p. 764–779, 2023. Disponível em:
<https://doi.org/10.1111/jocn.16331>.

MAHRDT, H. Hannah Arendt's reflections on power, violence and terror. **Studia z Teorii Wychowania**, v. 14, n. 2, p. 43–62, 2023. Disponível em:
<https://doi.org/10.5604/01.3001.0053.9088>.

O'BRIEN, C. J.; GRIFFEY, R. T.; TAYLOR, R. A.; PINES, J. M. The growing burden of workplace violence against health care workers. **Annals of Emergency Medicine**, v. 84, n. 2, p. e53–e57, 2024. Disponível em:
<https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2024.03.014>.

O'CATHAIN, A.; MURPHY, E.; NICHOLL, J. The quality of mixed methods studies in health services research. **Journal of Health Services Research & Policy**, v. 13, n. 2, p. 92–98, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2007.007074>.

REN, H.; LI, P.; XUE, Y.; XIN, W.; YIN, X.; LI, H. Global prevalence of nurse turnover rates: a meta-analysis. **Journal of Nursing Management**, p. 5063998, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2024/5063998>.

ROSSI, M. F.; BECCIA, F.; CITTADINI, F.; AMANTEA, C.; AULINO, G.; SANTORO, P. E.; *et al.* Workplace violence against healthcare workers: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. **Public Health**, v. 221, p. 50–59, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.05.021>.

SHUAI, T.; XUAN, Y.; JIMÉNEZ-HERRERA, M. F.; *et al.* Angústia moral e fadiga por compaixão entre estagiários de enfermagem. **BMC Nursing**, v. 23, p. 638, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02307-y>.

SPENCER, C.; SITARZ, J.; FOUSE, J.; DESANTO, K. Nurses' rationale for underreporting of patient and visitor perpetrated workplace violence: a systematic review. **BMC Nursing**, v. 22, n. 1, p. 134, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01226-8>.

THE JOINT COMMISSION. **R3 Report, Issue 30: Workplace Violence Prevention Standards**. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission, 2021. Disponível em: <https://www.jointcommission.org/en-us/standards/r3-report/r3-report-30/>. Acesso em: 10 jul. 2025.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ). **International Journal of Quality in Health Care**, v. 19, n. 6, p. 349–357, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.

VON ELM, E.; ALTMAN, D. G.; EGGER, M.; POCOCK, S. J.; GÖTZSCHE, P. C.; VANDENBROUCKE, J. P. The STROBE statement: guidelines for reporting observational studies. **International Journal of Surgery**, v. 12, n. 12, p. 1495–1499, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2014.07.013>.

WANG, H.; LIU, F.; REN, Y.; *et al.* Workplace violence, career identity, and turnover intentions: the mediating role of job burnout. **BMC Nursing**, v. 24, p. 689, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03389-y>.

WANG, J.; ZENG, Q.; WANG, Y.; LIAO, X.; XIE, C.; WANG, G.; ZENG, Y. Workplace violence and the risk of post-traumatic stress disorder and burnout among nurses: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Nursing Management**, v. 30, n. 7, p. 2854–2868, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jonm.13809>.

ZHANG, M.; FENG, Y.; XUE, B.; ZHANG, Y.; LUO, H. Recent developments in the study of moral injury in nursing. **Journal of Clinical Nursing Research**, v. 9, n. 7, p. 30–41, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.26689/jcnr.v9i7.11393>.

4.2.5 Manuscrito 6 – Desafios e obstáculos da enfermagem diante da violência no ambiente hospitalar: uma análise de métodos mistos

DESAFIOS E OBSTÁCULOS DA ENFERMAGEM DIANTE DA VIOLÊNCIA NO AMBIENTE HOSPITALAR: UMA ANÁLISE DE MÉTODOS MISTOS¹

Fábio Silva da Rosa²

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas³

Elaine Cristina Novatzki Forte⁴

RESUMO

Objetivo: identificar e analisar os desafios e obstáculos enfrentados pela equipe de enfermagem no manejo e enfrentamento de situações de violência no ambiente hospitalar. **Método:** estudo de métodos mistos, explanatório sequencial, desenvolvido em hospital universitário do Sul do Brasil. A etapa quantitativa incluiu 573 profissionais de enfermagem e analisou prevalência, tipos de violência e indicadores institucionais que dificultam o enfrentamento. A etapa qualitativa, composta por 45 participantes, utilizou entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo temática. A integração dos achados ocorreu por conexão e por meio de joint displays, subsidiando a elaboração de meta-inferências. **Resultados:** a violência mostrou-se altamente prevalente (71,2%), predominando as formas verbal (49,8%) e psicológica (43,9%), praticadas sobretudo por colegas (44,9%) e chefias (37,3%). A percepção de hostilidade apresentou associação significativa com a intenção de desligamento ($\chi^2(1)=41,77$; $p<0,001$). Obstáculos institucionais emergiram com força: 70,7% relataram medo de retaliação, apenas 33,7% denunciaram os episódios e somente 25,4% sentiram-se protegidos ao fazê-lo. Os impactos emocionais incluíram uso de psicotrópicos (32%), busca de psicoterapia (47,5%) e afastamentos laborais (24,9%), além de elevada intenção de pedir demissão (50,2%) ou mudar de profissão (42,6%). As narrativas qualitativas aprofundaram esses achados ao revelar dinâmicas de silenciamento, banalização da violência, autoritarismo hierárquico e ausência de suporte institucional, mas também a presença de estratégias de resistência ética e apoio entre colegas. **Conclusão:** os desafios e obstáculos enfrentados pela enfermagem diante da violência hospitalar expressam um fenômeno estrutural, marcado pela fragilidade institucional, pela naturalização das agressões e pelo esvaziamento do diálogo e da responsabilidade coletiva. Enfrentar esse cenário exige políticas institucionais

¹ Manuscrito será submetido após considerações da banca.

² Enfermeiro. Especialista em Terapia Intensiva. Mestre em Enfermagem. Doutorando em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do PRÁXIS: Laboratório de Pesquisa sobre Trabalho, Ética, Saúde e Enfermagem. E-mail: fabiorosa18@gmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: ambrosina.mara@ufsc.com

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: elaine.cnforte@gmail.com

efetivas, fortalecimento das lideranças éticas e promoção de ambientes seguros, que reconheçam a enfermagem como sujeito moral e político no cuidado.

Palavras-chave: Violência no Trabalho; Enfermagem; Profissionais de Enfermagem; Saúde Ocupacional; Hospital.

INTRODUÇÃO

A violência no ambiente hospitalar constitui um grave problema de saúde ocupacional e institucional, afetando desproporcionalmente os profissionais de enfermagem. Diretrizes internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Organização Internacional do Trabalho (OIT), do Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) e da Internacional de Serviços Públicos (PSI) já alertam que a exposição a agressões verbais, psicológicas e físicas compromete o bem-estar dos trabalhadores, deteriora as relações de trabalho e fragiliza a qualidade do cuidado. Embora afete diversas categorias, a enfermagem figura entre os grupos mais vulneráveis, dada sua posição na linha de frente e sua inserção em relações organizacionais assimétricas que frequentemente reproduzem ambientes emocionalmente inseguros (International Labour Office *et al.*, 2002).

A violência no setor saúde é um fenômeno transversal, que afeta todas as categorias de trabalhadores em praticamente todos os setores acarretando repercussões sistêmicas, refletidas na evasão profissional, na redução da força de trabalho qualificada e na consequente diminuição da oferta e da qualidade dos serviços prestados à população (International Labour Office *et al.*, 2002). Dados da OMS apontam que até 62% dos trabalhadores da saúde relatam ter vivenciado algum tipo de violência no trabalho, sendo o abuso verbal a forma mais recorrente de agressão não física, o que reforça a magnitude e a persistência do problema no contexto global (World Health Organization, 2022).

Evidências recentes reforçam essa preocupação. Em uma revisão sistemática e meta-análise envolvendo enfermeiros atuantes em hospitais públicos da Etiópia, foi estimado que cerca de 39,4% dos profissionais vivenciam algum tipo de violência no exercício de suas funções. O estudo identificou associações significativas entre a ocorrência de violência e fatores individuais e laborais, como ser do sexo feminino, ter menor tempo de experiência profissional e estado civil solteiro, indicando maior vulnerabilidade entre profissionais jovens e em início de carreira (Ferede *et al.*, 2025).

De forma articulada com o cenário internacional, um estudo de grande escala realizado na China, com 122.237 enfermeiros de hospitais terciários, evidenciou a magnitude do problema ao mostrar que 26,6% dos profissionais relataram ter sofrido algum tipo de violência no último ano. O abuso emocional foi o evento mais frequente (23,3%), seguido por ameaças (10,1%) e agressões físicas (6,2%) (Yuan *et al.*, 2025).

Em países de baixa e média renda, a violência no trabalho em saúde assume contornos mais complexos e persistentes. Convergindo evidências apontam que a sobrecarga de trabalho, o déficit de profissionais de saúde, as condições precárias de infraestrutura e a ausência ou fragilidade de protocolos institucionais de prevenção e reporte atuam como determinantes estruturais do problema. A violência no ambiente de trabalho contra trabalhadores da saúde tem aumentado de forma expressiva, com prevalências que variam entre 30% e 70% dos profissionais em diferentes contextos hospitalares, sendo a equipe de enfermagem a mais atingida (Rossi *et al.*, 2023; O'Brien; Van Zundert; Barach, 2024).

Em uma análise baseada na estrutura de fatores humanos, verificou-se que a sobrecarga de trabalho, as interrupções frequentes nas tarefas e o aumento das queixas de pacientes e familiares explicam mais de 20% da variabilidade na ocorrência de episódios violentos contra enfermeiros, evidenciando o peso dos fatores organizacionais (Havaei; Macphee, 2020). Ademais, o levantamento nacional da força de trabalho de enfermagem nos Estados Unidos revelou que quase um terço dos enfermeiros relataram ter sofrido algum tipo de violência física ou psicológica no ambiente laboral, destacando a gravidade e a persistência do fenômeno, mesmo em sistemas de saúde mais estruturados (Smiley *et al.*, 2023).

Um estudo brasileiro recente, desenvolvido com profissionais de enfermagem atuantes em unidades hospitalares, identificou predomínio de violência verbal (47,7%), enquanto a violência física (11,9%) e o abuso sexual (2,8%) foram menos reportados (Amaral *et al.*, 2025). Apesar das variações regionais, o padrão de violência contra enfermeiros mantém-se elevado e recorrente, comprometendo o bem-estar psicológico, a segurança ocupacional e a qualidade assistencial.

A violência no trabalho exerce impactos significativos sobre a saúde física e mental dos profissionais de enfermagem, repercutindo na qualidade e na segurança do cuidado. O estudo conduzido com enfermeiros chineses identificou taxas elevadas de violência física e não física, associadas à sobrecarga laboral, à ausência de suporte

institucional e à insatisfação profissional, revelando a vulnerabilidade estrutural da categoria frente às demandas e pressões organizacionais (Yuan *et al.*, 2025). Os impactos manifestam-se de forma direta sobre o bem-estar psicológico e a segurança ocupacional dos profissionais de enfermagem (Liu *et al.*, 2019). A predominância da violência verbal e psicológica entre enfermeiros hospitalares acarreta impactos significativos, como sofrimento emocional, queda no desempenho e elevação da intenção de desligamento profissional (Amaral *et al.*, 2025).

Sob uma perspectiva filosófico-política, a reflexão de Hannah Arendt permite compreender a violência institucional como um obstáculo à ação e à responsabilidade no contexto do trabalho em saúde. Para a autora, a “ação” constitui a forma mais elevada da vida ativa, pois é por meio dela que o indivíduo se manifesta no espaço público, interage com os outros e participa da construção do mundo comum (Arendt, 1998). Quando essa capacidade é restringida por estruturas autoritárias e por relações hierárquicas rígidas, o agir se converte em mera execução de ordens, comprometendo o exercício do juízo ético e a corresponsabilidade coletiva (Arendt, 2003).

No contexto hospitalar, a violência institucional manifesta-se não apenas em episódios pontuais, mas em dinâmicas que restringem a capacidade de ação e expressão dos profissionais de enfermagem. O medo de retaliação, a ausência de protocolos efetivos de apoio e a naturalização de comportamentos abusivos contribuem para o silenciamento das vítimas e para a perpetuação de ambientes laborais hostis (Havaei; Macphee, 2020; Rossi *et al.*, 2023; O'Brien; Van Zundert; Barach, 2024; Amaral *et al.*, 2025). Essa normalização das práticas violentas reflete fragilidades estruturais e relacionais que comprometem o bem-estar, a coesão das equipes e o sentido ético do trabalho em saúde (International Labour Office *et al.*, 2002; World Health Organization, 2022). Sob uma perspectiva filosófico-política, tais processos traduzem uma forma de desumanização que reduz os profissionais à mera execução de tarefas, limitando sua autonomia moral e a possibilidade de agir e responder no espaço coletivo (Arendt, 1998; Arendt, 2003).

Apesar da crescente produção científica sobre violência ocupacional na enfermagem, ainda são escassos estudos nacionais capazes de compreender suas múltiplas dimensões de forma integrada, articulando dados quantitativos e qualitativos para revelar não apenas a prevalência das agressões, mas também os mecanismos organizacionais e simbólicos que sustentam sua continuidade. Compreender os

desafios e obstáculos enfrentados pelos profissionais requer explorar como a violência é vivida, interpretada, administrada e, por vezes, silenciada no cotidiano institucional.

Diante desse cenário, este estudo teve como objetivo identificar e analisar os desafios e obstáculos enfrentados pela equipe de enfermagem no manejo e enfrentamento de situações de violência no ambiente hospitalar, ampliando a compreensão das dinâmicas institucionais, emocionais e relacionais que moldam esse fenômeno e contribuindo para o fortalecimento de políticas e práticas que promovam ambientes éticos, seguros e humanizados.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de métodos mistos, do tipo explanatório sequencial, desenvolvido em duas etapas complementares e integradas. Na primeira fase, de abordagem quantitativa (quan) e caráter exploratório-descritivo, buscou-se identificar a ocorrência, os tipos e os contextos da violência no ambiente hospitalar, bem como aspectos relacionados ao perfil e às condições de trabalho dos profissionais de enfermagem. A segunda fase, de natureza qualitativa (QUAL), teve ênfase interpretativa e destinou-se à análise dos desafios e obstáculos enfrentados pelos profissionais diante dessas situações, ampliando a compreensão dos resultados obtidos na etapa inicial (Fetters; Curry; Creswell, 2013).

A configuração de método misto explanatório sequencial envolveu integração por conexão, na qual os achados quantitativos subsidiaram a seleção de participantes e o delineamento do instrumento da etapa qualitativa. Essa estratégia favoreceu uma interpretação ampliada e contextualizada do fenômeno (Fetters; Curry; Creswell, 2013). O delineamento seguiu as recomendações do *Good Reporting of a Mixed Methods Study* (GRAMMS), garantindo coerência entre as abordagens quantitativa e qualitativa (O'Cathain; Murphy; Nicholl, 2008). Ademais, a fase quantitativa foi estruturada conforme os parâmetros do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) (Von Elm et al., 2014), e a fase qualitativa seguiu os critérios do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) (Tong; Sainsbury; Craig, 2007), de acordo com as diretrizes da EQUATOR Network.

A pesquisa foi conduzida com profissionais de enfermagem atuantes em um hospital universitário de grande porte da região Sul do Brasil. Trata-se de uma

instituição pública de ensino e assistência, predominantemente voltada ao atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), embora também realize procedimentos por convênios e demandas particulares. O hospital possui aproximadamente 2.518 profissionais de enfermagem, inseridos em um quadro funcional total de 7.105 trabalhadores, distribuídos em 890 leitos.

A população alvo compreendeu todos os profissionais de enfermagem das áreas assistenciais. A partir do número total de trabalhadores informado pela direção de enfermagem, foi realizada amostragem representativa estratificada, calculada com base em população finita, com nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%.

A coleta de dados da etapa quantitativa (quan) ocorreu entre agosto e setembro de 2024, por amostragem por conveniência, abrangendo todos os turnos e unidades do hospital. Foram elegíveis profissionais com contrato de tempo indeterminado e mínimo de um ano de atuação, assegurando familiaridade com o ambiente institucional. A coleta foi conduzida por meio de formulário eletrônico disponibilizado via *e-mail* institucional pela diretoria de enfermagem. Os participantes foram informados sobre o tempo estimado de resposta (15 a 20 minutos) e puderam participar voluntariamente.

O instrumento de coleta foi elaborado pelos autores e contemplou questões sociodemográficas, laborais e vivências de violência nos últimos 12 meses, buscando representar a realidade dos trabalhadores e as especificidades do fenômeno. Além da ocorrência de violência, incluiu itens sobre impactos físicos, psicológicos e laborais, como adoecimento, absenteísmo, afastamentos e prejuízos ao desempenho profissional. De forma complementar, o questionário incorporou indicadores diretamente relacionados aos desafios e obstáculos enfrentados pela enfermagem no enfrentamento da violência, incluindo: percepção de hostilidade no ambiente de trabalho; medo de retaliação ao denunciar; realização ou não de denúncia formal; sensação de proteção institucional; uso de medicação psicotrópica associado ao sofrimento laboral; busca de acompanhamento psicológico; afastamento médico relacionado à violência; intenção de pedir demissão; e intenção de mudar de profissão. Essas variáveis compuseram o núcleo analítico destinado à compreensão das barreiras institucionais, emocionais e organizacionais implicadas no manejo da violência laboral.

Em consonância com o delineamento sequencial, após o término da fase quantitativa, foram identificados aspectos a serem aprofundados na etapa qualitativa (QUAL), caracterizando a mixagem por conexão (Fetters; Curry; Creswell, 2013). A seleção dos pontos de interesse foi guiada pela análise estatística descritiva, composta por frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão.

Os resultados quantitativos revelaram situações recorrentes de violência no trabalho, associadas a fatores institucionais e relacionais que dificultam o enfrentamento do problema. Assim, a fase qualitativa foi direcionada a compreender como a equipe de enfermagem percebe, enfrenta e se sente apoiada (ou não) diante desses episódios, identificando desafios, barreiras institucionais e estratégias de enfrentamento.

A coleta qualitativa foi realizada entre fevereiro e maio de 2025, com profissionais que haviam participado da etapa quantitativa, selecionados por amostragem intencional de máxima variação, contemplando diferentes turnos, setores e tempos de experiência. As entrevistas semiestruturadas ocorreram presencialmente, em local reservado, com duração média de 40 minutos.

Para garantir rigor e reduzir viés do pesquisador, adotaram-se estratégias de reflexividade, como diário reflexivo pré e pós-entrevista, uso de roteiro com perguntas não indutoras e reuniões de calibração entre pesquisadores. As entrevistas abordaram tipos de violência vivenciados, reações emocionais, obstáculos enfrentados, formas de enfrentamento e repercussões na prática profissional. Não houve validação das transcrições pelos participantes, decisão justificada por razões éticas, visando evitar revitimização. Realizaram-se dois estudos-piloto para testar clareza e compreensão das questões, e a inclusão de participantes foi interrompida mediante saturação teórica.

Os dados quantitativos foram processados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versão 26.0, com aplicação de estatísticas descritivas e inferenciais. Foram calculadas frequências, médias e desvios-padrão, e realizado o teste qui-quadrado de Pearson, com análises *post hoc* e correção de Bonferroni, adotando-se $p < 0,05$ como nível de significância.

Os dados qualitativos foram analisados segundo a análise de conteúdo temática de Bardin (Bardin, 2016), operacionalizada no ATLAS.ti®, versão 25.0.1. O processo envolveu pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados.

A codificação foi conduzida pelo pesquisador principal e revisada por uma docente da área, assegurando dupla checagem e rigor analítico, com atenção aos critérios de credibilidade, auditabilidade e confirmabilidade.

A integração dos resultados ocorreu em dois níveis: (i) por conexão, quando os achados da fase quantitativa orientaram a seleção dos participantes e o roteiro das entrevistas; e (ii) na interpretação final, mediante *joint displays* (Fetters; Tajima, 2022) que relacionaram indicadores de exposição e impacto (quan) às narrativas sobre desafios, barreiras e estratégias de enfrentamento (QUAL). Essa síntese possibilitou identificar padrões de convergência, complementaridade e discrepância, que sustentaram as metainferências do estudo.

Todos os preceitos éticos que regem as pesquisas com seres humanos foram atendidos, incluindo o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido nas duas etapas. O projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa e encontra-se registrado sob o CAAE nº 80554324.7.3001.0121.

RESULTADOS

A etapa quantitativa incluiu 573 profissionais de enfermagem, enquanto a qualitativa contou com 45 participantes. As características sociodemográficas e ocupacionais estão apresentadas na Tabela 1. Em ambas as etapas, verificou-se predominância feminina (81,3% e 66,7%) e concentração etária entre 41 e 50 anos, indicando um perfil profissional adulto e experiente. A maioria declarou-se heterossexual (94,2% e 95,6%) e casada ou em união estável (61,3% e 66,7%), refletindo estabilidade relacional e inserção consolidada no trabalho.

Quanto à cor/raça, prevaleceu a categoria branca (78,5% e 75,6%), seguida de parda (10,1% e 17,8%) e preta (10,8% e 6,7%). O catolicismo foi a afiliação religiosa mais frequente (39,3% e 35,6%), acompanhado por proporções relevantes de espíritas e outras denominações cristãs, revelando diversidade de crenças. Apenas uma pequena parcela declarou deficiência (5,1% e 4,4%).

No âmbito ocupacional, a força de trabalho foi composta majoritariamente por técnicos de enfermagem (65,5% e 55,6%), seguidos por enfermeiros (34,6% e 44,4%). Na etapa quantitativa, predominaram os turnos noturno (35,8%) e vespertino (31,9%); na qualitativa, o vespertino (42,2%) e o noturno (35,5%), com menor participação dos

turnos matutino (15,6%) e intermediário/substituto (3,7%). Essa caracterização demonstra a diversidade da força de trabalho analisada, mas sem diferenças relevantes entre categorias que interferissem diretamente nos desfechos investigados.

Tabela 31. Características sociodemográficas dos participantes (QUAN = 573; Qual = 30). Florianópolis, SC, Brasil, 2025

Caracterização da amostra	Quantitativo (n=573) n (%)	Qualitativo (n=45) n (%)
Sexo		
Feminino	466 (81,3%)	30 (66,7%)
Masculino	107 (18,7%)	15 (33,3%)
Idade		
20 a 30 anos	31 (5,4%)	4 (8,9%)
31 a 40 anos	162 (28,3%)	17 (37,8%)
41 a 50 anos	261 (45,5%)	19 (42,2%)
Mais que 50 anos	119 (20,8%)	5 (11,1%)
Orientação sexual		
Heterossexual	540 (94,2)	43 (95,6%)
Homossexual	23 (4%)	2 (4,4%)
Bissexual	9 (1,6%)	-
Estado civil		
Solteiro(a)	140 (24,4%)	10 (22,2%)
Casado/união estável	351 (61,3%)	30 (66,7%)
Separado/divorciado	70 (12,2%)	5 (11,1%)
Cor		
Branca	450 (78,5%)	34 (75,6%)
Amarela	2 (0,3%)	-
Parda	58 (10,1%)	8 (17,8%)
Preta	62 (10,8%)	3 (6,7%)
Religião		
Católico	225 (39,3%)	16 (35,6%)
Evangélico	33 (5,8%)	1 (2,2%)

Espírita	97 (16,9%)	7 (15,6%)
Umbanda/Candomblé/afro-brasileiras	59 (10,3%)	5 (11,1%)
Cristã (outras denominações)	102 (17,8%)	12 (26,7%)
Ateu / Agnóstico	46 (8,1%)	4 (8,9%)
Pessoa com deficiência		
Sim	29 (5,1%)	2 (4,4%)
Não	544 (94,9%)	43 (95,6%)
Categoria		
Enfermeiro	198 (34,6%)	20 (44,4%)
Técnico de Enfermagem	375 (65,5%)	25 (55,6%)
Turno de trabalho		
Manhã	133 (23,2%)	7 (15,6%)
Tarde	183 (31,9%)	19 (42,2%)
Noite	205 (35,8%)	16 (35,5%)
Intermediário/ Substituto de folga	52 (9,1%)	3 (3,7%)

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Entre os participantes, 71,2% relataram ter vivenciado algum tipo de violência no ambiente de trabalho (Tabela 32). Dentre esses casos, prevaleceram as manifestações não físicas, com destaque para o assédio moral e a intimidação (76,5%), seguidos pela violência verbal (49,8%) e pela violência psicológica (43,9%). Entre os que sofreram violência, 71,6% relataram ao menos um episódio nos últimos 12 meses, com 9,8% referindo mais de dez ocorrências.

Tabela 32. Prevalência e tipos de violência laboral experienciados por profissionais de enfermagem (N = 408). Florianópolis, SC, Brasil, 2025

Categoria	Tipo específico de violência	n	%
Violência não física / psicológica	Assédio moral ou intimidação	312	76,5%
	Violência verbal	203	49,8%
	Violência psicológica	179	43,9%
Violência física	Agressão física	33	8,1%
Violência sexual	Violência sexual	23	5,6%

Violência discriminatória	Discriminação racial	37	9,1%
	Discriminação de gênero	26	6,4%
	Etarismo	32	7,8%
	Capacitismo	8	2%
Outros	—	3	0,7%

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

A percepção de hostilidade configura um obstáculo objetivo à permanência, profissionais que percebiam ambiente hostil apresentaram frequência quase três vezes maior de intenção de desligamento (56,9% vs 21,3%; $\chi^2(1)=41,77$; $p<0,001$) (Tabela 33).

Tabela 33. Hostilidade no ambiente de trabalho e intenção de rotatividade (n = 573). Florianópolis, SC, Brasil, 2025

Percepção de hostilidade	Intenção de desligamento – Sim n (%)	Intenção de desligamento – Não n (%)	$\chi^2(1)$	p
Sim	214 (56,9%)	162 (43,1%)	41,77	< 0,001
Não	42 (21,3%)	155 (78,7%)		

Teste Qui-quadrado de Pearson: $\chi^2(1) = 41,77$; $p < 0,001$

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Os principais agressores foram colegas (44,9%) e superiores hierárquicos (37,3%), configurando um cenário de violência predominantemente interna e hierarquizada. Com menor frequência, observaram-se episódios envolvendo pacientes e familiares (11,3%) e profissionais de outras categorias (5,6%) (Tabela 34).

Tabela 34. Tipos de agressores segundo os episódios de violência laboral relatados (N = 408). Florianópolis, SC, Brasil, 2025

Categoria de agressor	n	n (%)
Colegas de trabalho	183	44,9%
Superiores hierárquicos	152	37,3%
Pacientes e familiares	46	11,3%
Profissionais de outras categorias	23	5,6%
Outros	4	1,0%

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

A Tabela 35 sintetiza os principais desafios e obstáculos decorrentes da violência laboral entre profissionais de enfermagem. Os obstáculos emocionais e psicológicos refletem-se no uso de medicação (32%) e na busca por psicoterapia (47,5%), evidenciando repercussões significativas no bem-estar mental dos trabalhadores. No campo institucional e organizacional, observa-se o conjunto mais crítico de entraves: o medo de retaliação (70,7%) aparece como o principal impeditivo para a denúncia, sendo acompanhado por baixas taxas de registro formal (33,7%) e de sensação de proteção institucional (25,4%). A violência também repercute diretamente na capacidade laboral, como demonstram os afastamentos por atestado (24,9%) e por licença via INSS (8,4%).

As análises estatísticas revelaram que os obstáculos institucionais estão fortemente associados às formas simbólicas de violência. Houve associação significativa entre assédio moral/intimidação e medo de retaliação ($\chi^2 = 22,73$; $p < 0,001$), bem como entre violência psicológica e medo de retaliação ($\chi^2 = 8,74$; $p = 0,003$), indicando que tais violências têm maior potencial de gerar silêncio e inibição quanto à denúncia. Além disso, profissionais que relataram medo de retaliação apresentaram maior probabilidade de manifestar intenção de desligamento ($\chi^2 = 16,58$; $p < 0,001$), demonstrando que o temor institucionalizado não apenas impede a busca por apoio, mas também contribui para o risco de evasão profissional.

Os obstáculos laborais reforçam esse impacto estrutural: 50,2% dos profissionais pensaram em pedir demissão e 42,6% consideraram mudar de profissão, configurando uma tendência preocupante de desengajamento e rotatividade.

Tabela 35. Desafios e obstáculos institucionais ao enfrentamento da violência (N = 408). Florianópolis, SC, Brasil, 2025

Categoria de obstáculo	Indicadores	n	%	Associação estatística
Obstáculos emocionais e psicológicos	Uso de medicação	130	32%	-
	Psicoterapia	193	47,5%	-
Obstáculos institucionais e organizacionais	Medo de retaliação	288	70,7%	Assédio moral/intimidação: $\chi^2 = 22,73$; $p < 0,001$ Violência psicológica: $\chi^2 = 8,74$; $p = 0,003$ Intenção de desligamento: $\chi^2 = 16,58$; $p < 0,001$
	Denúncia efetivada	137	33,7	
	Sensação de proteção institucional	103	25,4	-

Obstáculos laborais / risco de evasão profissional	Afastamento por atestado	101	24,9	-
	Afastamento INSS	34	8,4%	-
	Pensou em pedir demissão	204	50,2%	-
	Pensou em mudar de profissão	173	42,6%	-

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Os resultados quantitativos evidenciam que os desafios enfrentados pela enfermagem diante da violência no ambiente hospitalar ultrapassam experiências individuais e configuram um fenômeno estrutural, sustentado por dinâmicas institucionais que dificultam o enfrentamento e a proteção dos trabalhadores. A violência é frequente, recorrente e majoritariamente praticada no interior da própria instituição, revelando relações de trabalho marcadas por autoritarismo, hostilidade e fragilidade nos fluxos de cuidado e gestão. Além disso, os obstáculos institucionais, como medo de retaliação, baixa confiança na denúncia e insuficiência de apoio organizacional, demonstram que a estrutura institucional não apenas falha em prevenir a violência, mas muitas vezes contribui para sua manutenção.

A etapa qualitativa aprofunda esse quadro ao mostrar que a violência não se restringe aos episódios explícitos, mas se estende às formas simbólicas de deslegitimação, ao silenciamento, à invisibilização do sofrimento e ao papel ativo das hierarquias na reprodução do abuso. As narrativas revelam que a ausência de acolhimento, a desconfiança nos canais formais e a naturalização das agressões produzem ambientes emocionalmente inseguros, gerando desgaste, retraimento e resistência silenciosa. Diante disso, os desafios enfrentados pela enfermagem consistem tanto em lidar com a violência direta quanto em navegar estruturas institucionais que limitam a expressão, fragilizam o cuidado e intensificam o sofrimento ético.

Essa convergência entre dados “quan” e “QUAL” demonstra que os obstáculos vivenciados pelos trabalhadores integram dimensões organizacionais, relacionais e emocionais, sintetizadas nas cinco categorias identificadas: (1) relações hierárquicas e violência institucionalizada; (2) silenciamento e medo como barreiras à ação; (3) normalização e banalização da violência; (4) fragilidades institucionais e ausência de suporte organizacional; e (5) impactos emocionais e estratégias de resistência, descritas a seguir.

Relações hierárquicas e violência institucionalizada

Nesta categoria, os profissionais de enfermagem evidenciam como as relações hierárquicas e o exercício autoritário do poder se configuram como formas recorrentes de violência institucionalizada no ambiente hospitalar. As falas revelam chefias que utilizam a hierarquia como instrumento de coerção e punição, reforçando práticas de desqualificação, exposição pública e silenciamento. Nesse contexto, a hierarquia deixa de representar uma estrutura de apoio e passa a operar como mecanismo de dominação simbólica, produzindo medo, insegurança e descrédito profissional entre os trabalhadores da enfermagem.

Então ela começou a tentar colocar que a culpa sempre foi minha, como se eu tivesse gerado um problema enorme porque eu cobre um posicionamento dela. Ela inverteu tudo, dizendo que eu estava sendo rude, que eu estava desrespeitando a hierarquia. É uma sensação de impotência, porque tu tentas fazer o certo e ainda sai como errado. Parece que tudo vira contra ti quando tu questionas alguma coisa da chefia (TE 07).

Embora eu ache que não devesse ser assim, a gente acaba abraçando o mundo, porque se não fizer, vem cobrança, vem perseguição, vem olhar torto. A chefia fala que temos que dar conta de tudo, mas não olha o quanto isso pesa pra gente. No fim, quando algo dá errado, eles jogam que a culpa é nossa, mas não enxergam que estamos além do nosso limite humano. É sempre responsabilidade nossa, nunca deles (Enf 04).

Talvez não fosse a saída, talvez a saída fosse responder à altura, mas eu não consigo, porque sempre tem aquela pressão: 'não enfrenta, não questiona, não fala nada'. Parece que o médico é intocável, parece um Deus. Só que ele não é Deus, não está acima de ninguém. A gente engole muita coisa, muita humilhação, para evitar confusão. É difícil, é bem difícil (TE 12).

E inclusive uma das situações foi quando eu fui advertido, porque eu conversei com o médico de forma respeitosa, mas firme. A chefia disse que eu 'passei do meu lugar', que eu não podia falar daquele jeito com médico nenhum. Mesmo tendo testemunhas de que eu fui educado, mesmo sabendo que o médico estava errado, ainda assim essa chefia não considerou. A sensação é de injustiça, de que a gente nunca vai ser ouvido (Enf 09).

Já ouvi o próprio chefe de enfermagem do setor falando pra ela na frente de todo mundo: 'não sei como tu entrou aqui, pensei que tu não fosse dar conta do recado'. Isso destrói a gente. É como se te tirassem o chão. Tu te esforça, trabalha, está sempre dando o máximo, aí vem alguém que deveria te apoiar e te diminui desse jeito. A violência não vem só do médico, vem da chefia também (TE 03).

Silenciamento e medo como barreiras à ação

Os profissionais de enfermagem relatam que o medo e o silenciamento se consolidam como respostas institucionais à violência, transformando-se em barreiras concretas à denúncia e ao enfrentamento. As narrativas revelam um ambiente permeado por descrédito, retaliações e ausência de sigilo, no qual falar implica risco e permanecer em silêncio torna-se estratégia de autoproteção.

Eu pensei em denunciar, mas desisti porquê da última vez que tentei falar, a chefia disse que eu estava 'interpretando demais' e que eu precisava ter mais jogo de cintura. Depois disso, passei a ter medo de tudo: medo de falar, medo de ser vista como problemática, medo de alguém descobrir que fui eu que relatei. A sensação é de estar sempre sendo observada, como se qualquer passo em falso pudesse gerar uma retaliação. Isso vai calando a gente aos poucos, até que chega um ponto em que você simplesmente aceita o absurdo para conseguir continuar trabalhando (Enf 07).

Existem violências que machucam mais do que um grito. É quando você tenta pedir ajuda e ninguém escuta, ou fingem que não escutam. A gente cria coragem para falar e depois percebe que nada acontece, ou pior, que o agressor fica sabendo e usa isso contra você na escala, nos comentários, nas avaliações. Isso gera um medo que não passa. Um medo de existir, de aparecer. É mais seguro ficar calada e tentar sobreviver, porque denunciar aqui significa virar alvo (TE 15).

Saber que não há sigilo e que as denúncias vazam já é suficiente para silenciar qualquer pessoa. Uma vez tentei relatar uma situação de violência e, no outro dia, o próprio agressor veio me perguntar por que eu estava 'falando demais'. Eu não tinha contado para ninguém além do canal oficial. A partir daí entendi que o sistema não foi feito para proteger a gente. A gente trabalha em alerta constante, com medo de represálias. Esse medo corrói a autoestima e faz a gente duvidar da própria experiência, como se sentir violentada fosse exagero (Enf 10).

O ambiente cria uma lógica de que é melhor não mexer com isso. Quando acontece algo grave, a orientação é sempre evitar conflito, manter a 'harmonia da equipe'. Mas que harmonia é essa que depende do nosso silêncio? A gente acaba aprendendo a não falar, porque quem falou antes se deu mal: foi isolado, foi chamado de 'difícil', perdeu oportunidade. Então você engole tudo. Só que isso vai somando, e chega uma hora em que a gente adocece. A violência nunca é só o ato. É todo o processo de silenciamento depois (TE 11).

Eu já vivi situações em que eu me sentia completamente impotente. Queria pedir ajuda, mas sabia que a chefia ia dizer que era besteira, que eu precisava ser mais forte. A impressão é que existe uma regra não escrita de que não devemos falar sobre violência, porque isso mancha a imagem da instituição. Então sofremos em segredo. Isso nos amedronta e nos isola, porque ninguém quer ser o próximo a ser retaliado. É como se a gente desaparecesse enquanto sujeito, ficando

só o corpo trabalhando, cumprindo ordens e tentando não chamar atenção (Enf 03).

Normalização e banalização da violência

Esta categoria evidencia que, no cotidiano hospitalar, a violência deixa de ser percebida como evento excepcional e passa a compor o funcionamento habitual das relações de trabalho. As narrativas mostram que atitudes de desrespeito, agressividade e humilhação são frequentemente minimizadas ou justificadas como “estresse do plantão” ou “jeito de ser” de determinados profissionais, produzindo uma cultura de tolerância ao abuso. Essa banalização gera indiferença ética, dilui responsabilidades institucionais e faz com que o sofrimento se torne invisível, reforçando a ideia de que suportar a violência é parte do fazer da enfermagem.

Eu acho que, na sua grande maioria, as pessoas acabam acolhendo isso como uma verdade. Tipo: ‘Ah, acontece, é assim mesmo’, sabe? E isso é o que mais me preocupa, porque vira uma coisa naturalizada, como se fosse parte do trabalho, como se quem está na enfermagem tivesse que aguentar calado. [...] infelizmente, isso vai se repetindo e, como ninguém faz nada, vira rotina (Enf 21).

Violência do familiar com a equipe se torna mais visível, porque é uma coisa maior, que gera mais impacto. E as pequenas violências, digamos, que acontecem diariamente no nosso meio, não são tão vistas. Talvez sejam banalizadas. Ou talvez nem sejam vistas como uma violência. As pessoas acham que fazem parte da prática. Ser grosseiro, ríspido... é como se fosse algo normalizado — ‘ah, ela é assim’, dizem. E fica por isso mesmo (Enf 22).

Existe sim, uma banalização da violência na saúde. As coisas aparecem na mídia, nas redes sociais... e pronto, foi mostrado e deu. Nada muda, nada acontece. Até se fala em lei, se cita, às vezes está ali direitinho o que é crime [...]. Mas e daí? Nada acontece com quem pratica alguma coisa contra nós. Então, eu acho que é banalizado total. A gente vê, sabe que é errado, mas parece que ninguém faz nada de fato (Enf 23).

Não, eu vou te dizer, que existem casos que são mais evidentes pela gritaria, pelo tom de voz, que daí chama a atenção de todo mundo, mas a questão da violência verbal mesmo, ela acontece, eu te digo que diariamente. Parece que, de certa maneira, como se fosse uma banalização mesmo. É uma coisa que a gente escuta e diz: ‘ah, vou fazer o quê, né?’. Parece que já ficou banalizado sofrer ameaça no plantão, como se fosse parte do trabalho (TE 18).

No curso de auxiliar de enfermagem, [...] uma professora falou a respeito de como era a vida no hospital, e aí ela falou a seguinte frase para encerrar a palestra: que nós estávamos nos formando para ser penico de médico, ela já estava nos preparando para certo tipo assédio

esperado na área da saúde, como se a violência fosse algo natural (TE 16).

[...] a violência acaba sendo bastante banalizada, especialmente na área da saúde e, ainda mais, na enfermagem. A equipe está na linha de frente, em contato direto com pacientes e familiares, e muitas vezes a violência que sofremos é desvalorizada. Isso pode ocorrer porque nós mesmos já deixamos de dar importância, como se fosse algo inevitável (Enf 13).

Fragilidades institucionais e ausência de suporte organizacional

No relato dos participantes, torna-se evidente que a fragilidade das respostas institucionais amplia a sensação de vulnerabilidade e desamparo diante da violência no trabalho. As narrativas apontam que denúncias são ignoradas, comissões se omitem e o suporte psicológico é percebido como inseguro, gerando um ciclo de impunidade e descrença que perpetua as práticas abusivas e fragiliza o vínculo entre os trabalhadores e a instituição.

Sinceramente, não consigo lembrar de nenhuma política ou prática institucional que trate diretamente da prevenção da violência. [...] A gente vai levando, lidando com as situações no dia a dia, mas não tem algo que a gente veja e pense: isso aqui é uma iniciativa da instituição pra evitar a violência ou promover um ambiente mais tranquilo. Então, para mim, realmente, não tem. Ou, se tem, está muito apagado, muito distante da nossa realidade lá na ponta. (Enf 23).

Infelizmente, não recebi nenhum tipo de apoio, seja institucional ou psicológico. Passei por todo o processo de sofrimento sozinha, sem acolhimento, acompanhamento ou qualquer orientação que pudesse ajudar a minimizar os danos emocionais. Naquele momento, senti-me completamente desamparada (Enf 12).

Não recebi apoio nenhum após os incidentes da violência. O hospital, ele tem um discurso todo assim, nós temos um serviço de psicologia, a gente tem um serviço de medicina ocupacional. Mas o que a gente percebe [...] é que não é um ambiente seguro para o funcionário chegar e poder realmente falar (TE 4).

Eu acho que o hospital poderia respaldar mais a gente, e ter uma política de orientar a família sobre os direitos, mas também sobre os deveres, que muitas vezes eles não querem cumprir. [...] Acho que o serviço social, a psicologia e o pessoal da segurança deveriam ser mais parceiros e atuar mais perto da enfermagem (TE 20).

No meu ponto de vista, eu acho que no hospital tem uma questão muito política envolvida por trás. [...] Na maioria das vezes, senão todas, nunca a proteção é para o funcionário que está na linha de frente. [...] A familiar agrediu verbalmente a técnica de enfermagem e ainda ganhou de bonificação um leito. [...] Eu levei para a liderança

ideias como cartazes sobre direitos e deveres dos pacientes, mas foi retirado porque inibia os pacientes (TE 18).

Acho que deveria ter um controle mais rígido, digamos assim, porque eu vejo ali no local que eu trabalho, as pessoas nem ficam com muita coragem de abrir isso com chefes. [...] Quando as pessoas sofrem algum tipo de violência ou algum tipo de assédio, elas não contam para a chefia, porque geralmente nada é feito. Ninguém toma uma atitude sobre. [...] Eu vejo que esse olhar das lideranças falta, em estabelecer o bem-estar dos funcionários, porque isso não é uma prioridade (TE 13).

Impactos emocionais e estratégias de resistência

As narrativas desta categoria revelam que as experiências de violência deixam marcas profundas na saúde mental e emocional dos profissionais de enfermagem, repercutindo também em suas relações pessoais e na continuidade do vínculo com o trabalho. Os relatos expressam sentimentos de tristeza, ansiedade, insônia e perda de sentido profissional, frequentemente acompanhados pelo uso de medicações psiquiátricas e busca por acompanhamento terapêutico como forma de sustentação emocional. Diante da ausência de suporte institucional, emergem estratégias individuais de resistência, como o autocuidado, a espiritualidade, o exercício físico e o apoio entre colegas, que funcionam como tentativas de preservar a saúde psíquica e resgatar algum controle sobre o sofrimento.

Muito, muito, essa experiência afetou muito a minha saúde mental. Eu nunca tomei uma medicação controlada na minha vida e hoje eu sou totalmente dependente de medicação controlada. Se eu não tomo, eu não me sinto bem (TE 9).

Porque eu tenho 24 anos de enfermagem. E em nenhum momento eu precisei tomar algum tipo de medicação controlada. Para qualquer tipo de coisa. Ansiedade, enfim. E hoje em dia eu preciso tomar. Porque eu estou adoecida. Eu tomo medicação. Eu faço terapia. Coisas que (choro)... Não que isso seja ruim. Eu acho que não. Acho que todo mundo deveria ter acesso. Mas... Eu me vejo adoecida. E ao mesmo tempo que eu me vejo adoecida, eu não quero mais ir trabalhar. Eu trabalho por conta disso. Os boletos nos chamam. Mas eu não tenho mais prazer naquilo que eu faço. Nem no ambiente de trabalho (TE 11).

Eu acabei aprendendo, [...] que não posso deixar o outro fazer com que a minha vida vire um inferno, independente de que seja e por quê. Então, eu comecei a fazer yoga, escutar mantra, eu comecei a procurar alternativas para mudar os meus sentimentos e os meus pensamentos fora daí, para eu ter qualidade de vida. Daí eu aumentei a atividade física, porque eu gosto de fazer. Passei a viajar, passei a usufruir do dinheiro de uma forma melhor, já que o sacrifício é tão grande (TE 5).

Tu pensas assim, eu fiz estágio aqui, eu sempre dizia que o meu sonho de princesa é trabalhar neste hospital. Eu estudei para a prova de concurso, me imaginando todos os dias entrando fisicamente na porta e aí eu realizo esse sonho. E eu penso em desistir desse sonho por causa de uma pessoa que está me maltratando (Enf 17).

No serviço médico ocupacional eu recebi apoio, eu procurei o serviço de acolhimento da psicologia. [...] E sim, eu acho que o serviço médico ali, na parte da psicologia, da psicóloga, ela me acolheu. [...] Ela começou a falar para mim coisas que eu comecei a perceber que não era eu a doida, entendeu? Que era o troço que era doido. [...] Então, não sou eu que sou doida, na verdade eu estou endoidando dentro de algo que é maluco (Enf 20).

No Quadro 12, apresenta-se a integração dos achados quan e QUAL, evidenciando que os desafios e obstáculos enfrentados pela enfermagem diante da violência hospitalar configuram um fenômeno estrutural e sistêmico. A triangulação entre os dados quantitativos que apontaram elevada prevalência de violência, medo de retaliação, subnotificação, baixa proteção institucional e impactos emocionais e as categorias qualitativas que aprofundam as dimensões simbólicas, éticas e organizacionais do fenômeno permite compreender que a violência ultrapassa o nível interpessoal e assume caráter institucional e político, sustentado por dinâmicas de poder, banalização e fragilidade das respostas organizacionais.

Quadro 12 – Desafios e obstáculos da enfermagem diante da violência no ambiente hospitalar. Florianópolis, SC, Brasil, 2025.

Categoria qualitativa	Evidências quantitativas	Evidências qualitativas (falas identificadas)	Meta-inferência integrativa (interpretação mista)
1. Relações hierárquicas e violência institucionalizada	• 71,2% relataram violência; • principais agressores: colegas (44,9%) e chefias (37,3%); • hostilidade associada à intenção de desligamento (56,9% vs. 21,3%; $\chi^2 = 41,77$; $p < 0,001$).	<i>[...] Parece que tudo vira contra ti quando tu questionas alguma coisa da chefia</i> (TE 07). <i>A chefia disse que eu passei do meu lugar, que eu não podia falar daquele jeito com médico nenhum. [...] A sensação é de injustiça, de que a gente nunca vai ser ouvido</i> (Enf 09). <i>Já ouvi o próprio chefe de enfermagem falando na frente de todo mundo: 'não sei como tu entrou aqui, [...]'</i> (TE 03).	Meta-inferência convergente e explicativa: a convergência dos achados demonstra que a violência é majoritariamente interna e hierárquica. Estruturas de poder verticalizadas, aliadas a práticas gerenciais autoritárias, criam ambientes hostis que reforçam a intimidação, minam a confiança e aumentam a intenção de evasão profissional.
2. Silenciamento e medo como barreiras à ação	• 70,7% relataram medo de retaliação; • apenas 33,7% denunciaram; • apenas 25,4% sentiram-se protegidos ao denunciar; • medo associado à intenção de desligamento ($\chi^2 = 16,58$; $p < 0,001$).	<i>[...] É mais seguro ficar calada e tentar sobreviver, porque denunciar aqui significa virar alvo</i> (TE 15). <i>Eu pensei em denunciar, mas desisti [...] por medo de alguém descobrir que fui eu que relatei.</i> (Enf 07). <i>Saber que não há sigilo e que as denúncias vazam já é suficiente para silenciar qualquer pessoa</i> (Enf 10).	Meta-inferência convergente: o cruzamento dos dados revela um sistema institucional de silêncio que desestimula a denúncia e perpetua a invisibilidade da violência. O medo atua como um obstáculo central, reforçando isolamento, estigmatização e intenção de desligamento.
3. Normalização e banalização da violência	• formas mais prevalentes: assédio moral (76,5%), violência verbal (49,8%) e psicológica (43,9%); • 71,6% sofreram episódios nos últimos 12 meses.	<i>As pequenas violências que acontecem diariamente [...] as pessoas acham que fazem parte da prática</i> (Enf 22). <i>[...] existe sim, uma banalização da violência na saúde [...] nada acontece com quem pratica alguma coisa contra nós</i> (Enf 23). <i>[...] uma professora falou a respeito de como era a vida no hospital, [...] ela já estava nos preparando [...] como se a violência fosse algo natural</i> (TE 16).	Meta-inferência expansiva e interpretativa: a alta frequência e a recorrência dos episódios, aliadas às narrativas, evidenciam que a violência é integrada ao funcionamento cotidiano do trabalho, sendo normalizada como “parte da rotina”. Essa banalização invisibiliza o sofrimento e dilui responsabilidades institucionais.
4. Fragilidades institucionais e ausência de suporte organizacional	• percepção de hostilidade fortemente associada à intenção de desligamento ($\chi^2 = 41,77$; $p < 0,001$); • apenas 25,4% sentem-se protegidos institucionalmente; • baixa efetividade dos canais de denúncia.	<i>Não recebi apoio nenhum após os incidentes da violência [...] não é um ambiente seguro para o funcionário chegar e poder realmente falar</i> (TE 4). <i>Naquele momento, senti-me completamente desamparada</i> (Enf 12). <i>[...]Jesse olhar das lideranças falta, em estabelecer o bem-estar dos funcionários, porque isso não é uma prioridade</i> (TE 13).	Meta-inferência complementar e explicativa: a integração evidencia que a ausência de políticas efetivas, falhas de acolhimento e omissão das lideranças reforçam a vulnerabilidade da enfermagem. A instituição aparece como incapaz de proteger, respondendo com distanciamento e burocratização, o que mantém o ciclo de violência.
5. Impactos emocionais e estratégias de resistência	• uso de psicotrópicos: 32%; • psicoterapia: 47,5%; • afastamento médico: 24,9%; • intenção de pedir demissão: 50,2%; • intenção de mudar de profissão: 42,6%.	<i>Eu tomo medicação, faço terapia [...] eu me vejo adoecida e não quero mais ir trabalhar</i> (TE 11). <i>Comecei a fazer yoga, viajar, procurar alternativas para mudar meus sentimentos</i> (TE 05). <i>[...] E eu penso em desistir desse sonho por causa de uma pessoa que está me maltratando</i> (Enf 17).	Meta-inferência convergente e expansiva: os dados mostram repercussões emocionais profundas, que incluem adoecimento psíquico, uso de medicação, afastamento e desejo de evasão. Ao mesmo tempo, emergem estratégias de resistência ética e solidariedade entre colegas, que funcionam como tentativas de

			preservar a saúde mental e resgatar sentido no trabalho.

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

DISCUSSÃO

Desafios estruturais: liderança e violência institucionalizada

A discussão dos achados revela que os principais desafios e obstáculos enfrentados pela enfermagem diante da violência no ambiente hospitalar são estruturais e interdependentes. A violência é predominantemente interna e hierarquizada, provém de colegas e chefias, e ocorre em um contexto institucional marcado por hostilidade, medo de retaliação, silenciamento e baixa proteção organizacional. Esses fatores se articulam à banalização cotidiana das agressões, à ausência de políticas efetivas de prevenção, ao adoecimento psicológico e à elevada intenção de desligamento, compondo um cenário que fragiliza o trabalho, rompe vínculos de confiança e compromete a permanência dos profissionais. À luz de Arendt (Arendt, 1998, p. 200; Arendt, 1970, p. 44), a substituição do diálogo pela coerção nas relações hierárquicas fragiliza o “poder que nasce do agir em comum”, reforçando estruturas autoritárias que favorecem o silenciamento.

Os achados evidenciaram que grande parte das agressões ocorre entre membros da própria instituição, especialmente por parte de chefias e lideranças. Essa configuração de poder verticalizado traduz-se em práticas gerenciais autoritárias e coercitivas, que minam a autonomia moral dos profissionais e ampliam a vulnerabilidade institucional (Arendt, 1998, p. 176–200). Essa concepção distingue poder de violência, pois esta “aparece onde o poder está em perigo, mas não o produz” (Arendt, 1970, p. 44). Assim, quando o diálogo e a ação conjunta são substituídos por coerção e medo, ocorre a degradação do poder autêntico, exatamente o que os resultados deste estudo evidenciam nas relações de trabalho hierarquizadas e autoritárias.¹

Estudos recentes reforçam essa interpretação filosófica ao evidenciar a relação direta entre estilos de liderança e o ambiente de violência institucional. A liderança ética caracterizada por comunicação bilateral, justiça nas decisões e respeito mútuo, tem correlação negativa com o silêncio organizacional e promove a justiça

¹ Tradução livre do original: “*Power springs up between men when they act together and vanishes the moment they disperse*” (*The Human Condition*, 1998, p. 200) e “*Violence appears where power is in jeopardy but does not create it*” (*On Violence*, 1970, p. 44). As citações foram traduzidas pelo autor deste estudo para manter fidelidade conceitual e clareza na leitura em língua portuguesa.

organizacional entre enfermeiros. Líderes que pautam suas ações em princípios morais, integridade e equidade criam ambientes de trabalho seguros, capazes de reduzir o medo e favorecer a expressão dos profissionais. No entanto, a ausência de liderança ética fragiliza as relações institucionais e sustenta o ciclo de violência simbólica e hierárquica descrito neste estudo (SHE *et al.*, 2023). Sob a lente Arendtiana, isso equivale à substituição do poder, que nasce do agir e falar em comum por uma forma de autoridade coercitiva, sustentada pela obediência e pelo conformismo (Arendt, 1998, p. 176–200; Arendt, 2006, p. 137–142).

A análise das respostas institucionais diante da violência demonstra que o suporte, a mediação e a postura das chefias exercem papel decisivo na mitigação do sofrimento e na prevenção do burnout entre enfermeiros. A ausência de apoio organizacional e de intervenção adequada, por outro lado, está associada a maiores níveis de exaustão emocional e despersonalização, indicando que respostas ineficazes à violência intensificam o impacto psicológico sobre os profissionais. Em contrapartida, lideranças que adotam comportamentos de apoio, escuta ativa e comunicação positiva favorecem redução dos sintomas de *burnout* e melhor percepção de bem-estar psicológico e engajamento no trabalho (Choi *et al.*, 2023).

Lideranças tóxicas e práticas de supervisão abusiva estão diretamente associadas ao aumento da violência organizacional, ao sofrimento psíquico e à intenção de desligamento entre enfermeiros. Evidências recentes, obtidas em estudo com mais de mil profissionais de diferentes unidades hospitalares, demonstram que comportamentos gerenciais baseados em autoritarismo, desconfiança e desqualificação pública produzem um clima organizacional hostil, marcado por medo, isolamento e retraimento emocional, favorecendo ao desenvolvimento de culturas de silêncio e banalização da violência (Bou Reslan *et al.*, 2025). Esses resultados convergem com a leitura Arendtiana de que o poder autêntico nasce da ação conjunta e do reconhecimento mútuo, enquanto a dominação, sustentada pelo medo e pela obediência, expressa a crise da autoridade legítima. Quando a liderança se baseia na coerção, o diálogo é suprimido e o trabalho coletivo se reduz à obediência, configurando a substituição do poder pela violência simbólica (Arendt, 1998, p. 200; Arendt, 2006, p. 137–142).

Silenciamento, medo e banalização: obstáculos ao enfrentamento

O silêncio institucional emergiu como uma das expressões mais contundentes da violência simbólica. Diversos participantes relataram medo de denunciar, receio de retaliação, ausência de escuta institucional e descrença na efetividade dos canais de apoio. Situações de autocensura, tolerância forçada e omissão diante da injustiça foram descritas como estratégias de autoproteção em contextos marcados pela impunidade e pela falta de sigilo nas denúncias. Os relatos evidenciam um clima organizacional de medo, no qual prevalecem a vigilância, a insegurança e a desconfiança nas instâncias formais.

O medo de retaliação e a descrença nos canais institucionais são fatores centrais para o silenciamento organizacional na enfermagem. Estudos recentes demonstram que a ausência de devolutivas institucionais e a falta de proteção nas denúncias geram retraimento, subnotificação e manutenção dos ciclos de violência (Rossi *et al.*, 2023; O'Brien; Van Zundert; Barach, 2024; Yuan *et al.*, 2025). A baixa confiança nas chefias e nos fluxos formais de comunicação reforça o isolamento dos profissionais e limita a capacidade coletiva de ação (Rossi *et al.*, 2023). Nos dados quantitativos, 70,7% relataram medo de retaliação e apenas 33,7% denunciaram, indicando que o silêncio não é apenas resultado individual, mas reflexo de uma estrutura que desencoraja a ação.

Em termos Arendtianos, o silêncio representa a perda do poder de agir, pois o poder, para existir, requer a presença dos outros e a possibilidade de falar e agir em comum (Arendt, 1998, p. 176–200). A supressão da palavra impede o julgamento ético e transforma a violência em rotina invisível. Quando o medo substitui o diálogo e o conformismo ocupa o lugar da deliberação, ocorre a erosão do espaço público, no qual a pluralidade e a ação conjunta dão lugar à obediência e à resignação (Arendt, 2006, p. 147–150).

A repetição cotidiana de comportamentos abusivos, frequentemente justificados como parte do trabalho, exemplifica o que Arendt descreve como a banalidade do mal, a transformação do desrespeito em rotina desprovida de reflexão moral (Arendt, 2006, p. 288–289). A violência, desprovida de questionamento ético, passa a ser mecanismo organizacional, e o sofrimento, uma normalidade institucional. Esse esvaziamento moral cria um ambiente de indiferença, no qual o outro deixa de

ser reconhecido como sujeito de dignidade e se torna mero instrumento da produção do cuidado¹ (Arendt, 1998, p. 176–200; Arendt, 2006, p. 288–289).

Os resultados qualitativos deste estudo revelaram que práticas de agressão verbal, ironias, brincadeiras depreciativas e cobranças abusivas são amplamente naturalizadas nas relações de trabalho e frequentemente tratadas como inerentes à rotina hospitalar. De modo convergente, uma revisão sistemática e metanálise recente identificou que formas sutis de violência cultural, como insultos verbais, humilhações, intimidações e zombarias, estão entre as manifestações mais recorrentes de agressão no ambiente de trabalho da enfermagem. Esses comportamentos, frequentemente disfarçados de interações cotidianas ou expressões de humor, contribuem para a normalização da hostilidade e reforçam a desigualdade hierárquica e de poder nas instituições de saúde (Shohani; Tavan, 2024).

Do ponto de vista quantitativo, essa percepção é sustentada pelos dados que evidenciaram predominância de violência verbal e psicológica, reforçando a recorrência e a subvalorização desses comportamentos no contexto institucional. Evidências internacionais corroboram esses achados ao demonstrar que a tolerância institucional e a ausência de responsabilização são fatores centrais para a perpetuação e banalização da violência nos serviços de saúde.

A convergência entre frequência elevada, naturalização e ausência de responsabilização reforça um obstáculo central: a violência deixa de ser percebida como violação e passa a integrar a cultura institucional. Em um estudo com enfermeiros chineses, identificou-se que cerca de 65% dos profissionais relataram ter sofrido violência no trabalho, sendo a verbal a forma mais frequente, frequentemente naturalizada como parte da rotina hospitalar e raramente reportada às instâncias superiores (Yuan *et al.*, 2025). De forma convergente, uma revisão abrangente de meta-análises internacionais evidenciou que a banalização das agressões e a resposta institucional insuficiente configuram os principais mecanismos que sustentam a continuidade do abuso e o adoecimento dos profissionais (Rossi *et al.*, 2023).

¹ Conforme Arendt (1963, p. 288–289), a “banalidade do mal” expressa a incapacidade de pensar criticamente sobre o próprio agir — “*the trouble with Eichmann was precisely that so many were like him... they were, and still are, terribly and terrifyingly normal.*” Em *The Human Condition* (1998, p. 176–200), a autora discute também a erosão da ação e da pluralidade, quando o ser humano é reduzido a instrumento da produção e a obediência passa a substituir o juízo ético.

Fragilidades institucionais e crise de responsabilidade coletiva

A análise integrada dos dados evidencia a ausência de políticas efetivas e de suporte organizacional como um dos eixos centrais da perpetuação da violência no ambiente hospitalar. Os relatos reforçam esse cenário, descrevendo ouvidorias inacessíveis, ausência de devolutivas e protocolos frágeis de acolhimento, o que amplia o sentimento de desamparo e descrédito entre os trabalhadores. Sob a lente Arendtiana, essa configuração traduz a falência da responsabilidade coletiva. Para Arendt, quando a responsabilidade é diluída ou transferida de um setor a outro, “o mal se torna administrável,” não por intenção, mas por omissão e falta de reflexão ética. O resultado é um sistema em que ninguém se sente responsável pelo outro, instaurando uma forma burocratizada de violência, marcada pela indiferença e pelo distanciamento moral¹ (Arendt, 2006, p. 288–289; Arendt, 2003, p. 24–30).

A fragilidade estrutural das respostas institucionais é um fator decisivo na persistência da violência ocupacional e a ausência de políticas preventivas claras, a carência de capacitação das lideranças e a tendência à punição ou omissão diante das denúncias estão diretamente associadas ao aumento da frequência e gravidade dos episódios de violência em serviços de saúde, além de contribuírem para o adoecimento mental e o esgotamento moral dos profissionais (O’Brien; Van Zundert; Barach, 2024). A alta prevalência de violência psicológica e verbal contra enfermeiros está associada a fatores organizacionais como ausência de políticas institucionais claras, falta de treinamento preventivo e escasso apoio das chefias. Além disso, a ausência de mecanismos institucionais de prevenção e resposta contribui para o aumento da exposição à violência e para o sentimento de insegurança no ambiente de trabalho (Ferede *et al.*, 2025).

Impactos emocionais e evasão profissional como expressão dos obstáculos

¹ Tradução livre baseada nas reflexões de Hannah Arendt em *Responsibility and Judgment* (2003, p. 24–30) e *Eichmann in Jerusalem: A Report on the Banality of Evil* (2006, p. 288–289). Nesses textos, Arendt discute como a responsabilidade moral se fragmenta nas estruturas burocráticas, tornando o mal “administrável” — não por intenção deliberada, mas pela ausência de pensamento e de julgamento ético. Tal processo produz um distanciamento moral, em que ninguém se sente responsável pelo outro, configurando a banalização institucional da violência.

Em relação aos impactos emocionais profundos, a violência no ambiente hospitalar gera um ciclo de sofrimento ético e adoecimento psíquico entre profissionais de enfermagem. As narrativas evidenciaram sintomas de exaustão emocional, ansiedade, depressão e uso de medicação psicotrópica, além de afastamentos do trabalho e intenção de desligamento, corroborando a associação estatisticamente significativa entre assédio moral e intenção de evasão. Esses achados dialogam com estudos internacionais que apontam a violência ocupacional como fator de risco direto para *burnout* e transtornos mentais em enfermeiros, sobretudo em contextos de sobrecarga e ausência de suporte institucional (O'Brien; Van Zundert; Barach, 2024; Choi *et al.*, 2023).

Os resultados quantitativos mostraram associação direta entre hostilidade e intenção de desligamento, evidenciando que a violência institucional produz efeitos que ultrapassam o sofrimento imediato, alcançando a manutenção da força de trabalho.

Resistência ética e possibilidades de ação coletiva

Entretanto, mesmo diante da vulnerabilidade emocional e da falência das instâncias institucionais, emergem formas sutis de resistência ética, expressas em gestos de solidariedade, práticas de autocuidado, espiritualidade e apoio entre colegas. Essas ações individuais e coletivas revelam o esforço dos trabalhadores em reconstruir sentido e preservar a dignidade profissional em meio à desumanização. Essas formas cotidianas de resistência representam, na perspectiva Arendtiana (Arendt, 1998, p. 176–200; Arendt, 2006, p. 137–142), expressões do poder que nasce do agir em comum, isto é, do movimento coletivo capaz de iniciar algo novo e reafirmar a dignidade mesmo em contextos institucionais marcados pelo silenciamento e pela violência simbólica¹.

Ao cuidar uns dos outros e manter viva a palavra, os profissionais reafirmam a possibilidade de agir eticamente, mesmo dentro de estruturas que tendem a silenciar

¹ Tradução livre baseada em Hannah Arendt, *The Human Condition* (1998, p. 176–200) e *Between Past and Future: Eight Exercises in Political Thought* (2006, p. 137–142). Nesses escritos, Arendt define o poder autêntico como a capacidade humana de agir em conjunto e iniciar algo novo — uma força que nasce da pluralidade e do diálogo, distinta da dominação e da violência. Assim, gestos cotidianos de solidariedade e reconstrução coletiva podem ser compreendidos como expressões desse poder, mesmo em contextos institucionais marcados pelo silenciamento e pela desumanização.

e isolar. Essas formas de enfrentamento simbólico também dialogam com evidências recentes onde foi observado que a experiência de violência verbal e a resposta social à violência estavam positivamente correlacionadas com *burnout*, enquanto o capital psicológico positivo exerceu efeito moderador na relação entre violência e exaustão emocional (Choi *et al.*, 2023). A capacidade de desenvolver estratégias comunicativas e relacionais como a escuta ativa, empatia e negociação, pode constituir um recurso essencial para reduzir o impacto emocional da violência e restabelecer o equilíbrio nas relações de cuidado. Uma boa comunicação e habilidades de resolução de problemas servem para reduzir o potencial de respostas violentas (Wang *et al.*, 2024).

Ao mesmo tempo, essas formas cotidianas de resistência revelam que o enfrentamento da violência ultrapassa o nível individual e alcança uma dimensão política mais ampla. A integração dos resultados permite compreender que a violência no ambiente hospitalar não se restringe a eventos isolados, mas expressa um sistema institucional de relações degradadas, sustentado por hierarquias autoritárias, silenciamento e ausência de responsabilização coletiva. Sob a lente Arendtiana, essa dinâmica traduz a crise da ação e da responsabilidade: quando o diálogo e o julgamento ético são substituídos pela obediência e pela burocracia, o poder que nasce do agir em comum¹ é substituído pela dominação e pela violência simbólica (Arendt, 1998, p. 176–200; Arendt, 2006, p. 137–142; Arendt, 2003, p. 24–30).

Ao demonstrar que a falta de suporte organizacional, a omissão das chefias e a banalização das agressões produzem um ambiente de medo e descrédito institucional, favorecendo a perpetuação da violência e o adoecimento moral. A ausência de políticas preventivas e de resposta adequada está associada à maior prevalência de violência psicológica e verbal, esgotamento emocional e intenção de desligamento entre enfermeiros (Choi *et al.*, 2023; O'Brien; Van Zundert; Barach, 2024).

Mesmo em contextos de fragilidade institucional e sofrimento, emergem formas éticas de resistência que reafirmam a potência do agir coletivo. Práticas de solidariedade, apoio entre colegas, empatia e espiritualidade funcionam como mecanismos de proteção emocional e reconstrução simbólica do cuidado. Assim,

¹ Arendt (1998, p. 198–199) define o *agir em comum* (*action in concert*) como a forma mais autêntica de poder, nascida da convivência e da capacidade humana de iniciar algo novo por meio do discurso e da ação compartilhada.

fortalecer redes de apoio, aprimorar habilidades comunicativas e promover espaços de diálogo institucional constituem caminhos para reconstruir o ambiente moral do trabalho e enfrentar os obstáculos identificados (Choi *et al.*, 2023; Wang *et al.*, 2024). Retomar o poder em seu sentido Arendtiano implica reconstruir o espaço da ação em comum, fortalecendo instituições que promovam a escuta, a deliberação e a corresponsabilidade ética, de modo a restaurar o cuidado como prática moral e humana.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo apresenta limitações inerentes ao delineamento transversal, o qual não permite estabelecer direção temporal ou relações causais entre os principais desafios identificados e os fatores organizacionais examinados. A utilização de dados autorreferidos pode ter introduzido vieses de memória e de desejabilidade social, amplamente documentados em pesquisas sobre violência ocupacional. A coleta realizada em um único hospital universitário caracteriza um desenho de estudo restrito a um único cenário, o que limita a possibilidade de transferir os achados para outros contextos organizacionais. Na etapa qualitativa, apesar da heterogeneidade amostral, as percepções refletem experiências situadas e influenciadas pela cultura institucional específica. Ainda assim, tais limitações não comprometem a consistência interna dos resultados nem a relevância das evidências produzidas para a compreensão dos obstáculos estruturais enfrentados pela enfermagem diante da violência laboral.

CONCLUSÃO

Os achados deste estudo evidenciam que os desafios e obstáculos enfrentados pela enfermagem diante da violência hospitalar configuram um fenômeno estrutural, sustentado por relações hierárquicas assimétricas, silenciamento institucional e fragilidade das respostas organizacionais. À luz de Arendt, esse cenário expressa a crise da ação e da responsabilidade coletiva: quando prevalecem o medo, a obediência e a burocratização das relações, o poder que nasce do agir em comum se enfraquece, e a violência se integra ao cotidiano como prática tolerada.

De forma integrada, os dados quantitativos e qualitativos revelaram os principais obstáculos enfrentados pelos profissionais: hostilidade no ambiente de trabalho, medo de retaliação e consequente subnotificação, baixa proteção institucional, banalização das agressões, ausência ou fragilidade de políticas preventivas e adoecimento emocional, associado ao uso de psicotrópicos, afastamentos e elevada intenção de desligamento ou mudança de profissão. Tais elementos compõem um quadro de vulnerabilidade estrutural que compromete o bem-estar dos trabalhadores e a sustentabilidade das equipes.

Enfrentar esse cenário exige políticas institucionais efetivas, lideranças éticas e criação de espaços seguros de fala e deliberação. Repolitizar o cuidado implica restituir a centralidade da palavra, fortalecer a corresponsabilidade e promover ambientes que sustentem vínculos, justiça organizacional e proteção ao trabalhador. Reconhecer os desafios identificados neste estudo é passo fundamental para transformar o ambiente hospitalar em espaço de ação conjunta, capaz de preservar a dignidade da enfermagem e garantir um cuidado eticamente comprometido.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, E. S.; ARRUDA, G.; PERONDI, A. R.; CAVALHEIRI, J. C.; VIEIRA, A. P.; FOLLADOR, F. A. C. Violence at work experienced by nursing professionals working in hospital units: an exploratory and correlational study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 33, e4527, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7451.4527>.
- ARENDT, H. **Between past and future: eight exercises in political thought**. New York: Penguin Books, 2006. p. 137–142.
- ARENDT, H. **Between past and future: eight exercises in political thought**. New York: Penguin Books, 2006. p. 147–150.
- ARENDT, H. **Eichmann in Jerusalem: a report on the banality of evil**. New York: Penguin Books, 2006. p. 288–289.
- ARENDT, H. **On violence**. New York: Harcourt, Brace & World, 1970. p. 44.
- ARENDT, H. **Responsibility and judgment**. New York: Schocken Books, 2003.
- ARENDT, H. **Responsibility and judgment**. New York: Schocken Books, 2003. p. 24–30.
- ARENDT, H. **The human condition**. 2. ed. Chicago: University of Chicago Press, 1998.
- ARENDT, H. **The human condition**. 2. ed. Chicago: University of Chicago Press, 1998. p. 200.
- ARENDT, H. **The human condition**. 2. ed. Chicago: University of Chicago Press, 1998. p. 176–200.
- BARDIN, L. **Content analysis**. São Paulo: Edições 70, 2016. 279 p.
- BOU RESLAN, F.; HASSANIE, S.; ULUDAG, O.; BOU KARROUM, S.; JABBOUR AL MAALOUF, N. Toxic work environment: the impact of toxic leadership and workplace bullying on employees' innovative behavior and affective commitment. **Cogent Business & Management**, v. 12, n. 1, p. 2498068, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/23311975.2025.2498068>.
- CHOI, H.; SHIN, S.; KIM, S.; KIM, S. Effects of clinical nurses' responses to violence on burnout: the moderating role of positive psychological capital. **Korean Journal of Adult Nursing**, v. 35, n. 4, p. 406–417, 2023.
- FEREDE, Y. A.; ZELEKE, A. M.; BEYENE, J. A.; WONDIMU, W.; ABEBE, A. F.; *et al.* Workplace violence and associated factors against nurses working in public hospitals in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. **BMC Nursing**, v. 24, p. 46, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02660-y>.

FETTERS, M. D.; CURRY, L. A.; CRESWELL, J. W. Achieving integration in mixed methods designs: principles and practices. **Health Services Research**, v. 48, n. 6 Pt 2, p. 2134–2156, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12117>.

FETTERS, M. D.; TAJIMA, C. Joint displays of integrated data collection in mixed methods research. **International Journal of Qualitative Methods**, v. 21, p. 16094069221104564, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/16094069221104564>.

HAVAEI, F.; MACPHEE, M. The impact of heavy nurse workload and patient/family complaints on workplace violence: an application of human factors framework. **Nursing Open**, v. 7, n. 3, p. 731–741, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nop2.444>.

INTERNATIONAL LABOUR OFFICE; WORLD HEALTH ORGANIZATION; INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES; PUBLIC SERVICES INTERNATIONAL. **Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector**. Geneva: ILO/WHO/ICN/PSI, 2002.

LIU, J.; *et al.* Prevalence of workplace violence against health care workers: a systematic review and meta-analysis. **Occupational and Environmental Medicine**, v. 76, n. 12, p. 927–937, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/oemed-2019-106089>.

O'CATHAIN, A.; MURPHY, E.; NICHOLL, J. The quality of mixed methods studies in health services research. **Journal of Health Services Research & Policy**, v. 13, n. 2, p. 92–98, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2007.007074>.

O'BRIEN, C. J.; VAN ZUNDERT, A. A. J.; BARACH, P. R. The growing burden of workplace violence against healthcare workers: trends in prevalence, risk factors, consequences, and prevention – a narrative review. **EClinicalMedicine**, v. 72, p. 102641, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102641>.

ROSSI, M. F.; *et al.* Workplace violence against healthcare workers: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. **Public Health**, v. 221, p. 50–59, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.05.021>.

SHE, J.; ZHANG, R.; LI, Y.; MEI, Y.; LI, H. Effect of ethical leadership on nurses' organizational silence: the mediating role of organizational justice. **Journal of Nursing Management**, p. 9929435, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2023/9929435>.

SHOHANI, M.; TAVAN, H. Workplace cultural violence against nurses: a systematic review and meta-analysis. **Systematic Reviews**, v. 13, n. 1, p. 240, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13643-024-02721-y>.

SMILEY, R. A.; *et al.* The 2022 National Nursing Workforce Survey. **Journal of Nursing Regulation**, v. 14, n. 1 (Suppl.), p. S1–S90, 2023. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2155-8256\(23\)00023-2](https://doi.org/10.1016/S2155-8256(23)00023-2).

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. **Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups**. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 19, n. 6, p. 349–357, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.

VON ELM, E.; *et al.* **The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies**. *International Journal of Surgery*, v. 12, n. 12, p. 1495–1499, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2014.07.013>.

WANG, T.-C.; KUO, T.-Y.; TUNG, T.-H.; CHEN, P.-Y.; CHEN, F.-L. Exploring the protective capabilities developed by hospital nurses to deflect workplace violence: a qualitative study in Taiwan. **BMC Nursing**, v. 23, p. 726, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02367-0>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Violence and harassment in the health sector**. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/tools/occupational-hazards-in-health-sector/violence-harassment>. Acesso em: 4 nov. 2025.

YUAN, J.; YANG, J.; LIU, Y.; *et al.* Prevalence and associated factors of workplace violence among Chinese nurses in tertiary hospitals: a national cross-sectional study. **BMC Nursing**, v. 24, p. 344, 2025.

4.2.6 Manuscrito 7 – Métodos mistos na pesquisa de temas sensíveis: uma reflexão teórica sobre a investigação da violência no trabalho

MÉTODOS MISTOS NA PESQUISA DE TEMAS SENSÍVEIS: UMA REFLEXÃO TEÓRICA SOBRE A INVESTIGAÇÃO DA VIOLÊNCIA NO TRABALHO¹

Fábio Silva da Rosa²

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas³

Elaine Cristina Novatzki Forte⁴

RESUMO

Objetivo: refletir sobre a contribuição dos métodos mistos como caminho metodológico para investigar a violência no ambiente de trabalho em saúde e enfermagem. **Método:** estudo reflexivo, considerando o referencial metodológico de pesquisa mista e as possibilidades de aplicação na análise da violência no ambiente de trabalho. **Resultado:** apresentam-se os tópicos: métodos mistos – possibilidades para investigar fenômenos complexos; e utilização dos métodos mistos na análise da violência no trabalho. A reflexão fundamenta-se na experiência da aplicação de métodos mistos para investigar a violência, discutindo o potencial dessa abordagem para compreender a complexidade da problemática. **Considerações finais:** os métodos mistos oferecem uma abordagem robusta para investigar fenômenos complexos, como a violência no trabalho na saúde, ao combinar dados quantitativos e qualitativos para uma visão integrada. A triangulação dos dados fortalece a validade dos resultados e apoia a criação de ambientes laborais mais seguros.

Descritores: Métodos mistos; Violência no trabalho; Pesquisa em saúde; Estudo Metodológico; Pesquisa metodológica em enfermagem.

INTRODUÇÃO

A violência no ambiente de trabalho dos profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, vem emergindo como um fenômeno crescente, destacando a necessidade de pesquisas mais aprofundadas para compreender a complexidade da

¹ Manuscrito será submetido após a defesa da tese.

² Enfermeiro. Especialista em Terapia Intensiva. Mestre em Enfermagem. Doutorando em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do PRÁXIS: Laboratório de Pesquisa sobre Trabalho, Ética, Saúde e Enfermagem. E-mail: fabiorosa18@gmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: ambrosina.mara@ufsc.com

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: elaine.cnforte@gmail.com

problemática no contexto da saúde, sob diferentes abordagens. A violência manifesta-se de diversas formas, incluindo agressões físicas, verbais e psicológicas, o que afeta significativamente a saúde física e mental desses profissionais. Uma revisão sistemática de métodos mistos e meta-análise investigou as experiências de violência no ambiente acadêmico entre estudantes de enfermagem, evidenciando a elevada prevalência de agressões físicas e verbais durante os períodos de estágios hospitalares. Essa análise revelou não apenas a frequência dos episódios, mas também o impacto emocional e as dificuldades enfrentadas pelos estudantes ao vivenciá-los (Hallett *et al.*, 2023).

Os métodos de investigação quantitativa e qualitativa já são amplamente dominados e utilizados nos diferentes campos científicos, ainda que sejam tradicionalmente vinculados a movimentos distintos: nas ciências humanas e sociais (qualitativo) e nas ciências exatas e naturais (quantitativo). Depois de períodos de mútua incompreensão, as fronteiras entre métodos e campos de conhecimento vêm sendo apaziguadas pelo reconhecimento da centralidade do objeto como determinante do percurso metodológico mais adequado (Creswell, 2013).

Convencionou-se diferenciar os métodos qualitativos como aqueles que privilegiam perspectivas subjetivas, comportamentos ou significados atribuídos pelos participantes, enquanto os métodos quantitativos focam na mensuração e análise estatística de variáveis. Além disso, as técnicas de coleta de dados costumam ser associadas a cada método: entrevistas, observações e grupos focais permitem o aprofundamento realístico da pesquisa qualitativa, enquanto instrumentos estruturados, como questionários e testes, são usados para a análise de relações de causa e efeito (Creswell, 2013).

Mais recentemente, foi proposta a utilização de métodos mistos, baseados na integração das abordagens qualitativa e quantitativa em um único estudo. Exatamente por reconhecer a contribuição de cada abordagem e a necessidade de explorar questões de pesquisa de forma menos fragmentada ou excludente, os métodos mistos buscam combinar a amplitude dos dados quantitativos com a profundidade dos dados qualitativos, visando à integração e à análise conjunta das informações (Creswell, 2013).

O emprego de métodos mistos na pesquisa científica vem se consolidando como uma abordagem inovadora e eficaz para o estudo de fenômenos complexos,

potencializando os resultados de métodos quantitativos e qualitativos. Esse avanço metodológico possibilita uma análise mais ampla e detalhada de problemas que não podem ser completamente compreendidos pela aplicação de uma única abordagem. Entre esses problemas destaca-se a violência no ambiente de trabalho, especialmente no contexto da saúde, que impacta diretamente a segurança e o bem-estar dos profissionais envolvidos (Dewaele *et al.*, 2022).

Um estudo que investigou as experiências de violência no ambiente de trabalho entre acadêmicos de enfermagem destacou a necessidade urgente de ações eficazes e de suporte organizacional para proteger esses estudantes. A pesquisa ressaltou que, embora as estatísticas sobre a violência sejam alarmantes, a coleta de dados qualitativos permitiu compreender mais profundamente as experiências dos estudantes, seus mecanismos de enfrentamento e as consequências para a saúde mental deles. Os autores sugerem que o uso da abordagem de métodos mistos não apenas enriqueceu a análise, mas também proporcionou *insights* valiosos para a formulação de políticas que abordem a violência no ambiente de trabalho e promovam um ambiente mais seguro para os profissionais de saúde em formação (Hallett *et al.*, 2023).

Na área da enfermagem, a utilização de métodos mistos revela elevado potencial para conferir maior precisão às inferências feitas nas pesquisas que abrangem o cuidado em suas diversas perspectivas (Magalhães; Dall'agnol; Marck, 2013; Doorenbos, 2014; Chiang-Hanisko *et al.*, 2016; Dadgaran *et al.*, 2016; Van Bogaert *et al.*, 2017). Essa abordagem metodológica permite explorar dados quantitativos e qualitativos, proporcionando uma compreensão mais ampla e detalhada dos fenômenos estudados. Em particular, a violência no ambiente de trabalho entre enfermeiros, uma questão complexa e multifacetada, é um tema que se beneficia significativamente do uso de métodos mistos, pois possibilita a compreensão de aspectos objetivos, como a frequência e os tipos de violência (quantitativos), e subjetivos, como as percepções e sentimentos dos profissionais envolvidos (Doorenbos, 2014).

Para isso, os estudos com métodos mistos harmonizam abordagens quantitativas e qualitativas para responder a questões de pesquisa, de modo a contemplar as diferentes facetas do objeto. Esse tipo de pesquisa inclui etapas independentes de coleta de dados quantitativos e qualitativos que, posteriormente,

são combinadas para uma compreensão mais profunda das especificidades em questão (Othman; Steen; Fleet, 2020). Os dados de ambas as fases, quantitativa e qualitativa, são integrados em um único delineamento de pesquisa (Timans; Wouters; Heilbron, 2019).

Esse tipo de pesquisa é particularmente importante em contextos laborais da saúde, onde a violência se manifesta de diversas formas, como assédio e agressões verbais ou físicas, e cujas implicações afetam tanto a saúde física quanto emocional dos profissionais. A complexidade do fenômeno requer uma abordagem metodológica que incorpore a diversidade e interseções entre múltiplos fatores, algo que os métodos mistos possibilitam, integrando as diferentes camadas da experiência e dos dados coletados (Creswell; Clark, 2011).

O uso de uma abordagem mista não apenas facilita uma análise mais detalhada e completa, como também possibilita a construção de metainferências – técnica analítica que combina resultados provenientes de diferentes métodos ou estudos para obter conclusões mais profundas e integradas, obtidas a partir da integração dos resultados de ambas as fases da pesquisa (quantitativa e qualitativa) (Doorenbos, 2014; Hughes, 2016; Creswell, 2010). As metainferências são essenciais para obter uma compreensão mais holística do tema estudado, permitindo que os pesquisadores identifiquem padrões e fatores que, muitas vezes, não são revelados quando se utiliza apenas uma das abordagens isoladamente. Isso é particularmente útil na pesquisa em enfermagem, em que os resultados podem variar conforme a população, o contexto e a metodologia empregada (Doorenbos, 2014; Chiang-Hanisko *et al.*, 2016).

Por exemplo, os métodos mistos permitem capturar tanto as estatísticas sobre eventos adversos quanto o impacto emocional e psicológico que a violência no trabalho tem sobre os enfermeiros (Doorenbos, 2014). Da mesma forma, estudos enfatizam a importância dessa abordagem para a avaliação da carga de trabalho e da segurança do paciente, destacando como a triangulação de dados pode revelar dinâmicas ocultas que influenciam a qualidade do cuidado e o bem-estar do enfermeiro (Magalhães; Dall'agnol; Marck, 2013).

A triangulação de dados, constitui, portanto, uma ferramenta essencial na abordagem mista, permitindo que os dados quantitativos, com questões sobre o número de episódios de violência, sejam contextualizados e explicados por meio de dados qualitativos, como entrevistas sobre as experiências pessoais dos enfermeiros,

o que, por sua vez, enriquece a interpretação dos resultados, gerando uma compreensão mais profunda das especificidades da violência no trabalho. A aplicação de métodos mistos pode ajudar a identificar preditores de esgotamento profissional e engajamento no trabalho, dois aspectos cruciais para entender o impacto da violência sobre os enfermeiros e a qualidade do cuidado prestado (Van Bogaert *et al.*, 2017).

Portanto, a aplicação de métodos mistos na pesquisa sobre violência no ambiente de trabalho na enfermagem permite uma exploração mais robusta e multidimensional das particularidades, garantindo que tanto as tendências mensuráveis quanto as nuances subjetivas sejam adequadamente consideradas. Diante do exposto, este estudo teórico-reflexivo partiu da construção de um projeto de tese de doutorado brasileiro, com o objetivo de refletir sobre a contribuição dos métodos mistos como caminho metodológico para investigar fenômenos complexos, como a violência no ambiente de trabalho. A reflexão fundamenta-se na experiência da aplicação de métodos mistos para investigar a violência, discutindo o potencial dessa abordagem para compreender a complexidade da problemática em contextos específicos.

Desenho de métodos mistos mais usados na saúde e na enfermagem

O campo da pesquisa científica, especialmente nas ciências da saúde e na enfermagem, vem observando uma crescente demanda por métodos de investigação capazes de compreender a complexidade dos fenômenos que envolvem tanto dimensões quantitativas quanto qualitativas. Nesse contexto, os métodos mistos emergem como uma abordagem promissora, oferecendo uma visão mais abrangente e integrada das questões investigadas. O uso de métodos mistos vem se consolidando como uma estratégia que integra a coleta e a análise de dados quantitativos e qualitativos, o que é particularmente relevante para a enfermagem e outras ciências da saúde, que lidam com questões complexas, envolvendo fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais (Creswell, 2021).

A integração de abordagens quantitativas e qualitativas em um mesmo estudo permite não apenas mensurar variáveis, mas também compreender as experiências subjetivas dos participantes, combinando dados numéricos e narrativos resultando em uma análise mais aprofundada e rica (Plano Clark; Ivankova, 2016). Os métodos

mistos proporcionam flexibilidade e podem ser aplicados à triangulação de dados, à complementação de achados, à elaboração de teorias e à produção de explicações mais detalhadas de fenômenos complexos (Tashakkori; Teddlie, 2010).

No caso de investigações sobre violência no ambiente de trabalho na enfermagem, o uso de um desenho de métodos mistos mostra-se mais adequado, pois permite abordar as questões de pesquisa de maneira abrangente e detalhada. Os métodos mistos oferecem um caminho robusto para compreender fenômenos complexos por integrar a amplitude dos dados quantitativos, que fornecem uma visão geral da prevalência e dos padrões de violência, à profundidade dos dados qualitativos, que capturam as vivências subjetivas dos trabalhadores. O delineamento de métodos mistos tem potencial para conectar as evidências empíricas aos contextos específicos em que a violência ocorre, permitindo, assim, uma análise mais holística e aplicável (Hughes, 2016).

As principais abordagens de métodos mistos incluem o modelo explanatório sequencial, o modelo exploratório sequencial e o modelo convergente, todos amplamente utilizados na pesquisa em saúde. Essas abordagens permitem explorar diferentes dimensões de um mesmo fenômeno e são frequentemente utilizadas em estudos de saúde e enfermagem que investigam questões como qualidade do cuidado, segurança do paciente, entre outras. A escolha entre os modelos depende da estrutura e das questões de pesquisa, sendo todos valiosos para estudos que exigem análises em múltiplos níveis (Creswell; Clark, 2011).

No modelo explanatório sequencial, a coleta e análise de dados quantitativos são realizadas primeiro, servindo de base para a fase qualitativa subsequente. Nessa abordagem, a fase quantitativa tem como objetivo identificar padrões e gerar resultados numéricos sobre o fenômeno estudado. Esses resultados são, então, aprofundados e interpretados por meio da fase qualitativa, que busca compreender as razões, os contextos e os significados subjacentes aos achados quantitativos. Esse modelo é ideal quando se busca uma explicação mais detalhada de resultados numéricos ou quando se deseja explorar áreas não totalmente abordadas pelos dados quantitativos. O modelo explanatório sequencial é amplamente empregado em pesquisas que exigem, além da análise de variáveis, a compreensão de fatores humanos e sociais que podem afetar esses resultados, como ocorre em estudos sobre

segurança do paciente e resultados clínicos em ambientes hospitalares (Creswell, 2014).

O modelo exploratório sequencial, por sua vez, segue o caminho inverso. Nesse caso, a pesquisa começa com a coleta e análise de dados qualitativos, que oferecem uma visão inicial do fenômeno e geram hipóteses ou categorias a serem testadas quantitativamente em etapa posterior investigada. Essa abordagem é particularmente útil quando o fenômeno em estudo é pouco compreendido ou quando há necessidade de desenvolver instrumentos quantitativos baseados em descobertas qualitativas. Essa abordagem permite a construção de instrumentos mais sensíveis e ajustados à realidade do fenômeno, aumentando a validade dos resultados quantitativos (Creswell, 2014).

Ambos os modelos, explanatório e exploratório sequenciais, possuem características distintas, mas complementares. Enquanto o modelo explanatório é mais adequado para explicar resultados quantitativos e adicionar profundidade qualitativa a eles, o modelo exploratório é útil para gerar hipóteses iniciais ou desenvolver instrumentos de medição com base em achados qualitativos. Quando bem integrados, esses modelos proporcionam resultados mais robustos e uma compreensão mais rica dos fenômenos estudados, contribuindo para o avanço do conhecimento científico e da prática clínica (Creswell; Clark, 2011). A escolha entre os modelos depende da natureza da pesquisa e de seus objetivos específicos (Creswell, 2014).

A abordagem de métodos mistos tem se mostrado especialmente útil na área da saúde, particularmente na enfermagem, devido à sua capacidade de lidar com a complexidade dos fenômenos relacionados ao cuidado e às práticas de saúde, que envolvem uma combinação de fatores técnicos, emocionais e sociais que, isoladamente, não são plenamente apreendidos por abordagens exclusivamente quantitativas ou qualitativas (Fagerström, 2020). O uso de métodos mistos permite abordar, de forma integrada, questões como o impacto emocional do cuidado sobre diferentes atores e os resultados clínicos dos pacientes.

A combinação de dados quantitativos e qualitativos contribui para mapear tanto a extensão da violência laboral quanto as percepções dos profissionais de saúde acerca das experiências de violência e suas múltiplas repercussões, contribuindo com as pesquisas sobre o problema na enfermagem, um fenômeno multifacetado e

sensível. A aplicação de métodos mistos em um estudo sobre violência laboral possibilitou explorar as inter-relações entre a exposição à violência, a saúde mental dos profissionais de enfermagem e os impactos em seu desempenho profissional. A coleta de dados quantitativos, como a frequência e os tipos de violência, foi complementada pela análise qualitativa de depoimentos sobre os efeitos emocionais da violência, proporcionando uma compreensão mais abrangente e aprofundada do fenômeno (Carvalho *et al.*, 2023).

Em outro estudo sobre a qualidade do atendimento em unidades de saúde, os investigadores utilizaram questionários para obter uma visão quantitativa da satisfação dos pacientes e, ao mesmo tempo, conduziram entrevistas em profundidade com os pacientes para compreender de forma mais aprofundada suas percepções sobre o atendimento. Essa combinação permite aos pesquisadores identificar não apenas a magnitude do problema, mas também as razões subjacentes e as nuances que influenciam a experiência do paciente (Creswell; Plano Clark, 2021).

Entre suas vantagens, destaca-se o fato de que a integração de métodos quantitativos e qualitativos oferece uma visão mais rica e detalhada da realidade, superando as limitações de abordagens isoladas. No contexto da enfermagem, essa abordagem pode ser fundamental para entender tanto os aspectos técnicos quanto os emocionais do cuidado, fornecendo informações essenciais para melhorar a prática clínica. Essa abordagem híbrida tem contribuído de forma significativa para o avanço da prática e do conhecimento em enfermagem (Johnson; Onwuegbuzie; Turner, 2007; Oliveira *et al.*, 2019).

A triangulação de dados em estudos de saúde aumenta a validade e a confiança nos achados (Creswell; Plano Clark, 2011). Além disso, os estudos com métodos mistos apresentam uma vantagem importante: sua capacidade de gerar novas hipóteses e teorias. Enquanto os métodos quantitativos são frequentemente usados para testar hipóteses, os dados qualitativos podem fornecer *insights* inesperados, possibilitando a formulação de novas questões de pesquisa e o desenvolvimento de teorias emergentes. No campo da saúde, isso pode ser particularmente útil para entender fenômenos dinâmicos e em evolução, como as respostas dos profissionais de saúde a emergências de saúde pública (Carvalho *et al.*, 2023).

Utilização dos métodos mistos na análise da violência no trabalho

Durante a elaboração do projeto de tese, realizou-se uma revisão abrangente da literatura, identificando estudos por meio de um processo sistemático que envolveu a definição de palavras-chave relevantes, a seleção de bases de dados reconhecidas e a aplicação de critérios de inclusão e exclusão. Esse procedimento garantiu a relevância e a qualidade dos estudos selecionados. Alguns desses estudos foram incorporados para enriquecer a análise desta reflexão, proporcionando uma discussão fundamentada e embasada em evidências existentes, o que é essencial para a sustentação teórica da tese.

O emprego da abordagem de métodos mistos em pesquisas sobre violência no ambiente de trabalho na área da saúde, especialmente na enfermagem, tem-se mostrado eficaz para a compreensão da relevância e da extensão desse fenômeno complexo. A violência no trabalho inclui agressões físicas, verbais e psicológicas, que comprometem a saúde física e mental dos profissionais da área. A combinação de métodos quantitativos e qualitativos possibilita compreender tanto a prevalência quanto as experiências subjetivas dessa violência, oferecendo uma visão ampla de seus impactos no ambiente laboral (Hallett *et al.*, 2023).

Práticas profissionais como a enfermagem derivam sua complexidade, entre outras razões, da diversidade de cenários institucionais, das relações entre múltiplos atores e dos elementos objetivos e subjetivos do trabalho. A violência no ambiente laboral pode variar entre unidades clínicas de um hospital, turnos ou equipes, mesmo sob regimes e gestões aparentemente semelhantes. Um estudo demonstrou que os métodos mistos permitiram identificar padrões de violência em diferentes áreas hospitalares e correlacionar esses dados às percepções dos enfermeiros sobre as razões que motivam esses eventos, incluindo fatores como o suporte gerencial e a cultura organizacional (Cheung; Yip, 2017).

Dois estudos recentes ilustram como essa metodologia pode ser aplicada para explorar a extensão e as causas subjacentes da violência laboral. No estudo realizado para explorar a violência contra enfermeiros na área de triagem em serviços de emergência, foi possível identificar, na abordagem quantitativa, a prevalência e os tipos de violência sofridos, enquanto as entrevistas qualitativas aprofundaram as percepções e experiências subjetivas dos participantes. Os resultados evidenciaram

que a violência verbal foi o tipo mais frequente, seguida por agressões físicas, com fatores como o tempo de espera dos pacientes e a superlotação emergindo como os principais desencadeadores, no entanto, foi a etapa qualitativa que esclareceu as causas subjacentes, revelando fatores como a sobrecarga de trabalho, o estresse acumulado e a falta de suporte institucional como elementos centrais que contribuíram para o aumento das agressões (Ferri *et al.*, 2020).

A integração dos métodos possibilitou não apenas mapear a magnitude do problema, mas também compreender os aspectos contextuais e organizacionais que contribuem para esses eventos, destacando a necessidade de intervenções específicas voltadas à segurança e ao suporte aos profissionais de enfermagem nos serviços de emergência. Os métodos mistos nesse estudo demonstraram ser eficazes para revelar a relação entre os fatores estruturais do ambiente de trabalho e a prevalência de violência, apontando a necessidade de reformas institucionais e de apoio psicológico como medidas de mitigação (Ferri *et al.*, 2020).

Em um estudo sobre violência contra profissionais de saúde em ambientes de emergência no Paquistão, a fase quantitativa abordou dados sobre a prevalência de violência, com ênfase nas agressões verbais e físicas sofridas pelos profissionais de saúde, e a análise revelou uma taxa significativa de violência no ambiente de emergência. Na fase qualitativa, foram realizadas entrevistas com os profissionais, o que permitiu explorar suas percepções acerca das causas, dos impactos e das experiências relacionadas à violência laboral (Khan *et al.*, 2021).

A fase de integração dos dados quantitativos e qualitativos possibilitou uma compreensão mais ampla do problema, evidenciando não apenas a magnitude da violência, mas também as dinâmicas contextuais e as experiências subjetivas dos profissionais de saúde. Essa integração permitiu identificar fatores críticos, como a sobrecarga de trabalho, a falta de apoio institucional e as condições de trabalho adversas, que contribuem para o aumento da violência, além de fornecer uma base sólida para a formulação de estratégias de intervenção e políticas de proteção mais eficazes (Khan *et al.*, 2021).

Esses dois estudos demonstram como a abordagem de métodos mistos enriquece as pesquisas sobre violência no ambiente de trabalho da enfermagem. Essa combinação de métodos permitiu que os pesquisadores desenvolvessem uma compreensão mais profunda das interações entre fatores individuais, organizacionais

e sociais que influenciam o fenômeno da violência, resultando em propostas mais bem fundamentadas para intervenções e políticas de proteção aos profissionais (Ferri *et al.*, 2020; Khan *et al.*, 2021). A abordagem de métodos mistos é essencial em contextos em que há múltiplas camadas de experiência, como no caso da violência no ambiente de trabalho (Creswell; Creswell, 2022).

Um estudo avaliou a eficácia de treinamentos para desescalada de violência direcionados a profissionais de saúde em unidades de emergência, utilizando métodos mistos. O estudo foi realizado em dois hospitais de grande porte, o estudo comparou equipes que participaram do treinamento com aquelas que não o receberam. A fase quantitativa revelou uma redução significativa na incidência de violência, além de um aumento na confiança dos profissionais ao lidarem com pacientes agressivos após a implementação do treinamento. Já a fase qualitativa envolveu grupos focais com os profissionais, explorando suas percepções sobre o impacto do treinamento e a relevância das intervenções de desescalada. A combinação dos métodos permitiu uma compreensão mais abrangente das necessidades dos profissionais em relação à gestão da violência, destacando a importância de um suporte institucional contínuo (Khan *et al.*, 2021).

Outro exemplo do uso de métodos mistos é o estudo que analisou as atitudes públicas em relação à prevenção da violência contra profissionais de saúde. A fase qualitativa explorou as percepções dos profissionais sobre os desafios diários enfrentados no ambiente hospitalar, enquanto a fase quantitativa mensurou a prevalência e os fatores de risco associados à violência, permitindo identificar áreas prioritárias para intervenção (Warshawski; Amit Aharon; Itzhaki, 2022). A abordagem de métodos mistos oferece *insights* valiosos para a elaboração de políticas de prevenção e proteção, considerando tanto os dados empíricos quanto as experiências subjetivas dos participantes (Creswell; Creswell, 2022).

Esse tratamento proporciona uma compreensão ampla e integrada, revelando tanto a extensão quanto os aspectos subjetivos da violência. A triangulação de dados é um dos principais benefícios do uso de métodos mistos, pois permite legitimar os achados por meio de múltiplas fontes de dados. Um estudo que analisou a ocorrência de agressões verbais contra profissionais de saúde na atenção primária e terciária, utilizando uma abordagem de métodos mistos, revelou que 66,7% dos profissionais entrevistados sofreram agressões verbais, com destaque para enfermeiros e técnicos

de enfermagem. A triangulação de dados quantitativos e qualitativos possibilitou relacionar a frequência das agressões com as narrativas dos profissionais, detalhando experiências traumáticas e evidenciando fatores de risco, como a sobrecarga de trabalho e a falta de segurança, além das consequências psicológicas, como estresse e ansiedade (Trindade *et al.*, 2022).

Portanto, os métodos mistos fornecem uma possibilidade abrangente e multidimensional sobre a violência no ambiente de trabalho na área da saúde, garantindo que tanto as tendências mensuráveis quanto as nuances subjetivas sejam adequadamente examinadas. Nas pesquisas sobre violência no trabalho na enfermagem, o emprego dessa abordagem oferece uma interpretação inovadora para lidar com questões mais complexas e multifacetadas, capaz de registrar tanto os efeitos imediatos quanto os de longo prazo da violência sobre os profissionais de saúde, incluindo o esgotamento profissional e a síndrome de *burnout*. A capacidade dos métodos mistos de gerar metainferências, conclusões integradas oriundas das combinações de dados quantitativos e qualitativos, mostra-se essencial para a formulação de estratégias de intervenção mais eficazes (Creswell; Clark, 2011; Aiken *et al.*, 2011; Trusson; Rowley; Bramley, 2019; Shan, 2022). Além disso, esse tipo de abordagem permite o desenvolvimento de políticas capazes de enfrentar os problemas da violência nas instituições de saúde, favorecendo uma análise mais aprofundada das causas e consequências da violência, o que é essencial para proporcionar um ambiente de trabalho mais seguro para os enfermeiros e demais profissionais da saúde (Hallett *et al.*, 2023; Creswell; Creswell, 2022).

Entretanto, embora os métodos mistos apresentem diversas vantagens, também impõem desafios e limitações. Um dos principais obstáculos é a exigência de que o pesquisador possua proficiência tanto em métodos quantitativos quanto qualitativos, o que demanda um maior investimento de tempo e recursos, desde a coleta até a análise e a integração de dados de diferentes naturezas, de maneira coerente e complementar (Plano Clark; Ivankova, 2016).

Outro desafio refere-se à compatibilização dos paradigmas de pesquisa. Historicamente, os métodos quantitativos e qualitativos são baseados em paradigmas epistemológicos distintos: o positivismo, que orienta os métodos quantitativos, e o construtivismo, que orienta os métodos qualitativos. Integrar essas abordagens pode exigir uma consonância epistemológica ou uma visão pragmática que valorize a

utilidade dos métodos mistos para responder à pergunta de pesquisa, independentemente dos paradigmas subjacentes (Tashakkori; Teddlie, 2010).

O pragmatismo é considerado um paradigma filosófico especialmente apropriado para pesquisas que utilizam métodos mistos, pois foca na resolução de problemas práticos e na geração de resultados úteis e aplicáveis. Essa perspectiva permite aos pesquisadores superar os limites das abordagens filosóficas tradicionais, como o positivismo e o construtivismo, integrando de maneira complementar os métodos qualitativos e quantitativos. No pragmatismo, a escolha metodológica é orientada pela pergunta de pesquisa, priorizando a obtenção de respostas que possam contribuir de forma significativa para a prática ou para a elaboração de políticas. Dessa forma, o pragmatismo oferece a flexibilidade necessária para abordar questões complexas, mantendo como foco principal a relevância e a aplicabilidade dos resultados a contextos reais (Shan, 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem de métodos mistos mostra-se uma ferramenta robusta e eficaz para a investigação de fenômenos complexos, como a violência no ambiente de trabalho, especialmente no setor da saúde. A combinação de dados quantitativos e qualitativos possibilita uma análise abrangente, oferecendo uma visão integrada das dimensões objetivas e subjetivas do fenômeno. Os dados quantitativos elucidam a frequência e os tipos de agressões sofridas, enquanto os qualitativos permitem uma compreensão mais aprofundada das experiências individuais, revelando percepções, dinâmicas de poder e necessidades dos trabalhadores, entre outros aspectos.

A aplicação dessa abordagem oferece subsídios valiosos para fundamentar políticas de intervenção e prevenção da violência, destacando a importância de um suporte institucional efetivo e de medidas preventivas contínuas. Além disso, a triangulação de dados, característica essencial dos métodos mistos, amplia a validade dos achados, possibilitando uma compreensão mais holística do impacto da violência sobre a saúde física e mental dos profissionais, bem como sobre a qualidade do cuidado prestado.

Embora os desafios relacionados à utilização dessa metodologia sejam evidentes, como a necessidade de integrar diferentes tipos de dados, seus benefícios

superam as limitações, proporcionando uma abordagem mais abrangente para estudos desenvolvidos em contextos laborais da saúde. Assim, este artigo reforça a relevância dos métodos mistos para o avanço das pesquisas e das intervenções direcionadas à promoção de ambientes de trabalho mais seguros e saudáveis para os profissionais de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- AIKEN, L. H.; *et al.* Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 23, n. 4, p. 357–364, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr022>.
- CARVALHO, K. V.; *et al.* Violence in the nursing workplace in the context of primary health care: a qualitative study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, n. 17, p. 6693, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph20176693>.
- CHEUNG, T.; YIP, P. S. F. Workplace violence towards nurses in Hong Kong: prevalence and correlates. **BMC Public Health**, v. 17, p. 196, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4112-3>.
- CHIANG-HANISKO, L.; NEWMAN, D.; DYESS, S.; PIYAKONG, D.; LIEHR, P. Guidance for using mixed methods design in nursing practice research. **Applied Nursing Research**, v. 31, p. 1–5, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.12.006>.
- CRESWELL, J. W. **A concise introduction to mixed methods research**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2014.
- CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- CRESWELL, J. W. **Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches**. 4th ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2013.
- CRESWELL, J. W. **Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches**. Los Angeles: Sage Publications, 2021.
- CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Designing and conducting mixed methods research**. Los Angeles: Sage Publications, 2011.
- CRESWELL, J. W.; CRESWELL, J. D. **Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches**. 5th ed. Los Angeles: Sage Publications, 2022.
- CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. **Designing and conducting mixed methods research**. 3rd ed. Los Angeles: Sage Publications, 2021.
- CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. **Designing and conducting mixed methods research**. Los Angeles: Sage Publications, 2011.
- DADGARAN, I.; SHIRAZI, M.; MOHAMMADI, A.; RAVARI, A. Developing an instrument to measure effective factors on clinical learning. **Journal of Advances in Medical Education & Professionalism**, v. 4, n. 3, p. 122–129, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4927254/pdf/jamp-4-122.pdf>.

DEWAELE, J. M.; ROLLAND, L.; COOK, S.; COSTA, B. Mixed methods when researching sensitive topics. In: BAGER-CHARLESON, S.; McBEATH, A. (orgs.). **Supporting research in counselling and psychotherapy**. Cham: Palgrave Macmillan, 2022.

Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-3-031-13942-0_13.

DOORENBOS, A. Z. Mixed methods in nursing research: an overview and practical examples. **Kango Kenkyu**, v. 47, n. 3, p. 207–217, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4287271/pdf/nihms642265.pdf>.

FAGERSTRÖM, L. **Developments in nursing research: theories and methods**. Amsterdam: Elsevier, 2020.

FERRI, P.; *et al.* Violence against nurses in the triage area: a mixed-methods study. **Journal of Emergency Nursing**, v. 46, n. 3, p. 384–397, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.02.013>.

HALLETT, N.; GAYTON, A.; DICKENSON, R.; FRANCKEL, M.; DICKENS, G. L. Student nurses' experiences of workplace violence: a mixed methods systematic review and meta-analysis. **Nurse Education Today**, v. 128, p. 105845, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105845>.

HUGHES, A. S. Mixed methods research. **APS Observer**, v. 29, p. 41–47, 2016.

JOHNSON, R. B.; ONWUEGBUZIE, A. J.; TURNER, L. A. Toward a definition of mixed methods research. **Journal of Mixed Methods Research**, v. 1, n. 2, p. 112–133, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1558689806298224>.

KHAN, M. N.; *et al.* Managing violence against healthcare personnel in the emergency settings of Pakistan: a mixed methods study.

BMJ Open, v. 11, n. 6, e044213, 2021.

Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044213>.

MAGALHÃES, A. M. de; DALL'AGNOL, C. M.; MARCK, P. B. Nursing workload and patient safety: a mixed method study with an ecological restorative approach.

Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 21, supl. esp., p. 146–154, 2013.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-11692013000700019>.

OLIVEIRA, J. L. C. de; *et al.* Pesquisa com métodos mistos na enfermagem: experiência na pós-graduação.

Revista de Enfermagem da UFSM, v. 9, e2, 2019.

Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3844>.

OTHMAN, S. M.; STEEN, M. P.; FLEET, J. A sequential explanatory mixed methods study design: an example of how to integrate data in a midwifery research project.

Journal of Nursing Education and Practice, v. 11, n. 2, p. 75, 2020.

Disponível em: <https://doi.org/10.5430/jnep.v11n2p75>.

PLANO CLARK, V. L.; IVANKOVA, N. V. **Mixed methods research: a guide to the field**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2016.

SHAN, Y. Philosophical foundations of mixed methods research.

Philosophy Compass, v. 17, n. 1, e12804, 2022.

Disponível em: <https://doi.org/10.1111/phc3.12804>.

TASHAKKORI, A.; TEDDLIE, C. **SAGE handbook of mixed methods in social & behavioral research**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2010.

TIMANS, R.; WOUTERS, P.; HEILBRON, J. Mixed methods research: what it is and what it could be. **Theory and Society**, v. 48, n. 2, p. 193–216, 2019.

Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11186-019-09345-5>.

TRINDADE, L. de L.; *et al.* Agressão verbal contra profissionais de saúde da atenção primária e terciária: estudo de métodos mistos.

Revista de Enfermagem da UFSM, v. 12, e15, 2022.

Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/66894>.

TRUSSON, D.; ROWLEY, E.; BRAMLEY, L. A mixed-methods study of challenges and benefits of clinical academic careers for nurses, midwives and allied health professionals.

BMJ Open, v. 9, n. 10, e030595, 2019.

Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030595>.

VAN BOGAERT, P.; *et al.* Predictors of burnout, work engagement and nurse-reported job outcomes and quality of care: a mixed-method study.

BMC Nursing, v. 16, p. 5, 2017.

Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0200-4>.

WARSHAWSKI, S.; AMIT AHARON, A.; ITZHAKI, M. The public's mixed emotional responses to violence directed at nurses: a mixed methods study.

Journal of Clinical Nursing, v. 31, n. 15–16, p. 2208–2218, 2022.

Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.16039>.

5 TESE DE CHEGADA

Ao longo do percurso investigativo, os resultados evidenciaram que a violência laboral no âmbito da enfermagem hospitalar ultrapassa a dimensão de eventos isolados ou passíveis de manejo predominantemente técnico ou individual. Diferentemente da expectativa inicial de identificar estratégias consolidadas de prevenção e promoção de ambientes laborais mais seguros e saudáveis, os achados revelaram a centralidade de uma violência estrutural e institucionalizada, profundamente imbricada na organização do trabalho, nas relações de poder e nos modos de gestão hospitalar.

A pesquisa demonstrou que a banalização da violência, o silenciamento institucional, a subnotificação sistemática, a fragilidade das respostas organizacionais e a naturalização do sofrimento constituem elementos que sustentam e perpetuam a violência no cotidiano da enfermagem. Nesse contexto, as estratégias de enfrentamento identificadas mostraram-se majoritariamente reativas, fragmentadas e individualizadas, transferindo aos profissionais a responsabilidade por lidar com um fenômeno cuja origem é estrutural e coletiva.

A partir da integração dos dados quantitativos e qualitativos, esta tese avança a agenda de pesquisa sobre saúde do trabalhador e violência institucional ao evidenciar que a violência vivenciada pela enfermagem hospitalar não se configura como um fenômeno pontual ou excepcional, mas como expressão de processos históricos, sociais e organizacionais que atravessam o ambiente hospitalar. A utilização de métodos mistos possibilitou superar abordagens fragmentadas e individualizantes, articulando a mensuração da prevalência e dos impactos à saúde com a compreensão aprofundada dos processos de banalização, silenciamento e fragilização institucional que sustentam a violência no cotidiano do trabalho.

Assim, a tese de chegada aponta que a violência laboral na enfermagem hospitalar não se configura apenas como um problema de segurança ou saúde ocupacional, mas como um fenômeno político, organizacional e ético, que produz impactos profundos na saúde mental, na identidade profissional, na qualidade do cuidado e na própria possibilidade de ação dos trabalhadores. Ao deslocar o foco analítico das respostas individuais para os determinantes institucionais e organizacionais da violência, o estudo contribui para o amadurecimento teórico,

metodológico e político das investigações sobre trabalho, poder e saúde na enfermagem brasileira. O enfrentamento efetivo da violência exige, portanto, transformações estruturais, com responsabilização institucional, revisão dos modelos de gestão, incorporação dos riscos psicossociais no gerenciamento do trabalho e ruptura com práticas que normalizam o sofrimento, deslocando o foco de soluções individuais para mudanças organizacionais e sistêmicas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE

A presente tese revelou que a violência laboral contra profissionais de enfermagem constitui um fenômeno complexo, recorrente e estruturado nas dinâmicas organizacionais do hospital estudado. A partir da integração dos cinco manuscritos que compõem este trabalho, incluindo a análise quantitativa com 573 participantes, entrevistas qualitativas com 45 profissionais e a leitura crítica orientada por referenciais teóricos contemporâneos, foi possível compreender a violência no trabalho como um processo multidimensional, sustentado por fatores individuais, relacionais, institucionais e sociopolíticos.

Os resultados quantitativos evidenciaram alta prevalência de violência física, psicológica, verbal e institucional, com destaque para agressões perpetradas por pacientes, acompanhantes e, de forma importante, por lideranças hierárquicas. Foram identificadas associações estatisticamente significativas entre a vivência de assédio moral e a intenção de desligamento, entre violência perpetrada por chefias e sinais de sofrimento emocional, além de marcadores de esgotamento e impacto na saúde psicossocial da equipe. A análise qualitativa permitiu aprofundar esses achados, revelando que a violência não se limita a episódios pontuais, mas constitui um modo de funcionamento cotidiano, naturalizado e, por vezes, legitimado pela própria estrutura organizacional.

As categorias temáticas demonstraram que relações hierárquicas verticalizadas mantêm práticas de assédio, deslegitimação profissional e centralização do poder, comprometendo a autonomia da enfermagem e fragilizando a capacidade de agir e denunciar. O silenciamento institucional emergiu como prática recorrente, sustentado por medo de retaliação, ausência de proteção, falta de canais efetivos de escuta e descrédito no sistema de notificação. Esse cenário contribui para

a banalização da violência, preservando um ciclo em que práticas abusivas são reinterpretadas como “normais”, “parte do trabalho” ou “formas de cobrança”.

As análises também revelaram fragilidades persistentes na gestão institucional, expressas na ausência de protocolos consistentes, na insuficiência de ações formativas, em ouvidorias pouco resolutivas e em uma cultura organizacional que minimiza a gravidade da violência, não assegura confidencialidade e investe de forma limitada na prevenção e no suporte aos trabalhadores. Esses elementos repercutem diretamente na saúde física e mental dos profissionais, manifestando-se por meio de ansiedade, medo, irritabilidade, distúrbios do sono, adoecimento emocional, uso de psicotrópicos e, em situações extremas, ideação suicida. Observam-se, ainda, repercussões na relação com o trabalho, expressas por desmotivação, retraimento, despersonalização e desejo de desligamento.

Apesar desse cenário adverso, emergiram também estratégias de resistência e enfrentamento. Os profissionais relataram esforços individuais, como comunicação assertiva, autocuidado e registros formais, além de iniciativas coletivas, como apoio entre colegas, cooperação entre equipes e busca de mediação com lideranças sensíveis ao tema. Estratégias institucionais pontuais, embora ainda insuficientes, incluíram ações educativas, espaços de diálogo e tentativas de protocolos de segurança.

A integração dos dados permitiu afirmar, portanto, que a violência vivenciada pela equipe de enfermagem não se configura como um fenômeno isolado ou circunstancial, mas como expressão de processos históricos, sociais e organizacionais que atravessam o ambiente hospitalar. A leitura teórica inspirada em Hannah Arendt contribuiu para explicitar como a perda da ação, a burocratização das relações e a banalidade das práticas abusivas conduzem à erosão do julgamento ético e ao enfraquecimento político da enfermagem enquanto coletivo profissional.

Adicionalmente, a tese evidenciou a contribuição dos métodos mistos como caminho metodológico potente para investigar fenômenos sensíveis e complexos, como a violência laboral em enfermagem, ao permitir a integração entre a mensuração da prevalência e dos impactos da violência e a compreensão aprofundada das experiências, significados, desafios e estratégias de enfrentamento vivenciados pelos profissionais no contexto hospitalar.

Conclui-se que o enfrentamento da violência laboral exige transformações estruturais, políticas e culturais. À luz da Norma Regulamentadora nº 1 (NR-1), que estabelece a obrigatoriedade do gerenciamento de riscos ocupacionais, incluindo os riscos psicossociais, tornam-se necessárias ações institucionais que fortaleçam a gestão, promovam ambientes de trabalho seguros, ampliem a responsabilização por condutas abusivas, valorizem a enfermagem e garantam suporte psicossocial contínuo aos trabalhadores. Ademais, impõe-se o investimento em processos formativos críticos, éticos e políticos, capazes de fortalecer a capacidade dos profissionais de agir, aparecer e atribuir sentido ao trabalho de forma digna e autônoma.

Os achados desta tese oferecem subsídios consistentes para a formulação e o aprimoramento de políticas públicas, protocolos organizacionais e estratégias de prevenção, além de contribuir para a consolidação de práticas gerenciais sensíveis ao sofrimento dos trabalhadores e comprometidas com a promoção de ambientes de trabalho saudáveis, justos e humanizados. A violência laboral, conforme evidenciado ao longo deste estudo, não se reduz a um problema de segurança ocupacional, mas se afirma como uma questão ética, política e social, que desafia a própria natureza do cuidado em saúde e exige respostas coletivas compatíveis com a complexidade do fenômeno.

6.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E PERSPECTIVAS FUTURAS

Como toda investigação científica, este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A realização da pesquisa em uma única instituição hospitalar universitária pode restringir a generalização dos achados para outros contextos assistenciais; contudo, a complexidade organizacional e a diversidade de serviços do cenário investigado conferem consistência empírica e relevância analítica aos resultados.

Na etapa quantitativa, a utilização de amostragem não probabilística por conveniência limita inferências populacionais mais amplas, embora o tamanho amostral expressivo e a consistência das associações observadas fortaleçam a robustez dos achados. Na etapa qualitativa, o critério de saturação teórica orientou a definição do número de participantes, reconhecendo-se que outras experiências

poderiam emergir em diferentes contextos institucionais. O uso de dados autorreferidos pode implicar vieses, porém mostrou-se adequado para captar percepções e significados relacionados a um fenômeno sensível, sendo essa limitação parcialmente mitigada pela integração entre abordagens quantitativa e qualitativa.

Quanto às perspectivas futuras, os resultados apontam para a necessidade de estudos multicêntricos, longitudinais e com amostras probabilísticas, bem como para o desenvolvimento e avaliação de intervenções institucionais estruturadas voltadas à prevenção da violência e à gestão dos riscos psicossociais. Destaca-se, ainda, a relevância de investigações que aprofundem o papel das lideranças, dos modelos de gestão e das políticas institucionais no enfrentamento da violência laboral, reforçando a pertinência do uso de métodos mistos para a análise de fenômenos complexos no campo da enfermagem.

REFERÊNCIAS

ABDULWEHAB, S.; KEDIR, F. Workplace violence against nurse: a systematic review and meta-analysis in Ethiopia. **BMC Nursing**, v. 24, n. 1, p. 598, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03243-1>.

AIKEN, L. H.; *et al.* Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 23, n. 4, p. 357–364, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr022>.

ALENEZI, A. The impact of resilience on workplace violence experienced by mental health nurses: a cross-sectional survey. **Journal of Nursing Management**, 2024, Article ID 4449445. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2024/4449445>.

ALNAEEM, M. M.; *et al.* Prevalence, consequences, and contributing factors beyond verbal and physical workplace violence against nurses in peripheral hospitals. **Frontiers in Public Health**, v. 12, p. 1418813, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1418813>.

AL-NATOUR, A.; ABUZIAD, L. Emergency department is not safe anymore: nurses describing their suffering. **PLoS One**, v. 20, n. 4, e0322704, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0322704>.

AL-NAWAFLEH, A. H.; AL-HAMDAN, Z. M.; BAWAYZAH, H.; BAWADI, H. The influence of horizontal violence on intention to leave among Jordanian nurses. **PLoS One**, v. 19, n. 11, e0307799, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0307799>.

AL-QADI, M. M. Workplace violence in nursing: a concept analysis. **Journal of Occupational Health**, v. 63, n. 1, e12226, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12226>. Acesso em: 20 out. 2025.

ALSADAAN, N.; RAMADAN, O. M. E.; ALQAHTANI, M. From incivility to outcomes: tracing the effects of nursing incivility. **BMC Nursing**, v. 23, p. 325, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01996-9>

AMARAL, E. D. S.; ARRUDA, G.; PERONDI, A. R.; CAVALHEIRI, J. C.; VIEIRA, A. P.; FOLLADOR, F. A. C. Violence at work experienced by nursing professionals in hospital units. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 33, e4527, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7451.4527>

AMIN, S. M.; *et al.* The mediating role of emotional intelligence in the relationship between resilience and nursing students' competence in managing workplace violence. **BMC Nursing**, v. 24, p. 787, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03461-7>.

ARENDT, H. **Between past and future: eight exercises in political thought**. New York: Penguin Books, 2006. p. 137–142.

ARENDT, H. **Between past and future: eight exercises in political thought**. New York: Penguin Books, 2006. p. 147–150.

ARENDT, H. **Between past and future: eight exercises in political thought**. New York: Penguin Books, 2006.

ARENDT, H. **Crises da República**. Tradução de José Volkmann. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 2004b.

ARENDT, H. **Da violência**. Brasília: Editora UnB, 1985.

ARENDT, H. **Eichmann in Jerusalem: a report on the banality of evil**. New York: Penguin Books, 2006. p. 288–289.

ARENDT, H. **Eichmann in Jerusalem: a report on the banality of evil**. New York: Viking Press, 1963. 298 p.

ARENDT, H. **Entre o passado e o futuro**. São Paulo: Perspectiva, 2011.

ARENDT, H. **Entre o passado e o futuro: o que é liberdade?** São Paulo: Perspectiva, 2014b.

ARENDT, H. **On revolution**. London: Penguin Books, 2006.

ARENDT, H. **On violence**. New York: Harcourt, Brace & World, 1970. p. 44.

ARENDT, H. **On violence**. New York: Harcourt, Brace & World, 1970.

ARENDT, H. **Responsibility and judgment**. New York: Schocken Books, 2003.

ARENDT, H. **Responsibility and judgment**. New York: Schocken Books, 2003. p. 24–30.

ARENDT, H. **Sobre a violência**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

ARENDT, H. **Sobre a violência**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2022.

ARENDT, H. **Sobre a violência**. Tradução de André Duarte. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009. p. 61–63.

ARENDT, H. **The human condition**. 2. ed. Chicago: University of Chicago Press, 1998.

ARENDT, H. **The human condition**. 2. ed. Chicago: University of Chicago Press, 1998. p. 176–200.

ARENDT, H. **The human condition**. 2nd ed. Chicago: University of Chicago Press, 1998. 349 p.

ARNETZ, J. E. The Joint Commission's new and revised workplace violence prevention standards for hospitals: a major step forward toward improved quality and safety. **Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 48, n. 4, p. 241–245, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2022.02.001>.

ARNETZ, J. E.; *et al.* Preventing patient-to-worker violence in hospitals: outcome of a randomized controlled intervention. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 59, n. 1, p. 18–27, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000909>.

ARNETZ, J. E.; *et al.* The Joint Commission's new and revised workplace violence prevention standards: implications for health care organizations. **Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 48, n. 7, p. 400–404, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2022.04.003>.

ARNETZ, J. E.; *et al.* Underreporting of workplace violence: comparison of self-report and actual documentation of hospital incidents. **Workplace Health & Safety**, v. 63, n. 5, p. 200–210, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2165079915574684>.

ASHTON, R. A.; MORRIS, L.; SMITH, I. A qualitative meta-synthesis of emergency department staff experiences of violence and aggression. **International Emergency Nursing**, v. 39, p. 13–19, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.12.004>.

ATASHZADEH SHOORIDEH, F.; MOOSAVI, S.; BALOUCHI, A. Incivility toward nurses: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Medical Ethics and History of Medicine**, v. 14, p. 15, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.18502/jmehm.v14i15.7670>.

ATLAS.TI SCIENTIFIC SOFTWARE DEVELOPMENT GMBH. **ATLAS.ti: the qualitative data analysis & research software**. Version 25. Berlin: ATLAS.ti, 2024. Disponível em: <https://atlasti.com>. Acesso em: 10 out. 2025.

AZEREDO, Y. N.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 3013–3022, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.13712017>.

BAGNASCO, A.; *et al.* Protective and risk factors of workplace violence against nurses: a cross-sectional study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 33, n. 12, p. 4748–4758, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.17169>.

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

BARBOSA, N. S.; LIRA, J. A. C.; RIBEIRO, A. A. A.; ROCHA, E. P.; GALDINO, M. J. Q.; BETTANY-SALTIKOV, J. How to do a systematic literature review in nursing: a step-by-step guide. Maidenhead: McGraw-Hill Education; Open University Press, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016. 279 p.

BENNING, L.; TEEPE, G. W.; KLEINEKORT, J.; *et al.* Workplace violence against healthcare workers in the emergency department: a 10-year retrospective single-center cohort study. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**, v. 32, p. 88, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13049-024-01250-w>.

BERGER, S.; *et al.* Violence against healthcare professionals in intensive care units: a systematic review and meta-analysis of frequency, risk factors, interventions, and preventive measures. **Critical Care**, v. 28, p. 61, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13054-024-04844-z>.

BERNARDES, M. L. G.; *et al.* Workplace violence among nursing professionals. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 18, n. 3, p. 250–257, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.47626/1679-4435-2020-531>.

BOU RESLAN, F.; HASSANIE, S.; ULUDAG, O.; BOU KARROUM, S.; JABBOUR AL MAALOUF, N. Toxic work environment: the impact of toxic leadership and workplace bullying on employees' innovative behavior and affective commitment. **Cogent Business & Management**, v. 12, n. 1, p. 2498068, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/23311975.2025.2498068>.

BOURDIEU, P. **La domination masculine**. Paris: Seuil, 1998.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018: dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 15 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012: dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016: dispõe sobre diretrizes reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos em determinadas áreas e procedimentos específicos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 7 abr. 2016.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77–101, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>. Acesso em: 10 jul. 2025.

BUSNELLO, G. F.; *et al.* Violence against nursing workers: repercussions on patient access and safety. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 4, e20210765, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0765>.

BUSNELLO, G. F.; TRINDADE, L. de L.; PAI, D. D.; BECK, C. L. C.; RIBEIRO, O. M. P. L. Types of workplace violence in nursing in the Family Health Strategy. **Escola**

Anna Nery, v. 25, n. 4, e20200427, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0427>.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513–518, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.9788/TP2013.2-16>. Acesso em: 10 jul. 2025.

CAMPIONE, A.; HENSCHKE, C. Impact of workplace violence on emotional exhaustion risk among registered nurses in Germany: a Bayesian analysis of cross-sectional data with multiple imputation. **BMC Nursing**, v. 24, p. 1080, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03745-y>.

CAMPOS, A. S. A violência como objeto para a saúde do trabalhador: agressões contra trabalhadores das unidades básicas de saúde do distrito sanitário norte de Belo Horizonte. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

CAMPOS, A. S. Violência e trabalho. In: MENDES, R. (Org.). *Patologia do trabalho*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2003. p. 1641–1655.

CÁNOVAS PALLARÉS, J. M.; *et al.* Workplace violence in hospital emergency departments and consequences for health care professionals and support staff: a cluster analysis. **Emergencias**, v. 35, n. 5, p. 353–358, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.55633/s3me/E026.2023>.

CARVALHO, K. V.; *et al.* Violence in the nursing workplace in the context of primary health care: a qualitative study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, n. 17, p. 6693, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph20176693>.

CEBALLOS, J. B.; FROTA, O. P.; NUNES, H. F. S. S.; ÁVALOS, P. L.; KRÜGEL, C. C.; FERREIRA JÚNIOR, M. A.; *et al.* Physical violence and verbal abuse against nurses working with risk stratification: characteristics, related factors, and consequences. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, e20190882, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0882>.

CEZAR, E. S.; MARZIALE, M. H. P. Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da cidade de Londrina, Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 217-221, jan. 2006.

CHANG, Y. C.; HSU, M. C.; OUYANG, W. C. Effects of integrated workplace violence management intervention on occupational coping self-efficacy, goal commitment, attitudes, and confidence in emergency department nurses: a cluster-randomized controlled trial. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 5, 2835, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph19052835>.

CHARATI, F. G.; ESMAEILI, R.; MOUSAVI NASAB, N.; JAFARI, H. Occupational violence and its association with the quality of working life of ICU nurses. **Iranian**

Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences, v. 15, n. 4, e114080, 2021.
Disponível em: <https://doi.org/10.5812/ijpbs.114080>.

CHEN, A. C.; *et al.* Discrimination and quality of life during the COVID-19 pandemic: experiences of racial/ethnic minority nursing staff in the United States. **International Nursing Review**, v. 72, n. 2, e70021, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/inr.70021>.

CHEN, M.; LIAO, X.; XIE, H. Workplace violence on work engagement among Chinese nurses. **BMJ Open**, v. 15, e086006, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-086006>.

CHEN, M.; XIE, H.; LIAO, X.; ZHANG, Q.; LI, P.; WANG, J.; *et al.* Workplace violence and turnover intention among Chinese nurses: the mediating role of compassion fatigue and the moderating role of psychological resilience. **BMC Public Health**, v. 24, p. 2437, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19964-y>.

CHEUNG, T.; YIP, P. S. F. Workplace violence towards nurses in Hong Kong: prevalence and correlates. **BMC Public Health**, v. 17, p. 196, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4112-3>.

CHIANG-HANISKO, L.; NEWMAN, D.; DYESS, S.; PIYAKONG, D.; LIEHR, P. Guidance for using mixed methods design in nursing practice research. **Applied Nursing Research**, v. 31, p. 1–5, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.12.006>.

CHOI, H.; SHIN, S.; KIM, S.; KIM, S. Effects of clinical nurses' responses to violence on burnout: the moderating role of positive psychological capital. **Korean Journal of Adult Nursing**, v. 35, n. 4, p. 406–417, 2023.

CHOWDHURY, S. R.; KABIR, H.; CHOWDHURY, M. R.; HOSSAIN, A. Workplace bullying and violence on burnout among Bangladeshi registered nurses: a survey following a year of the COVID-19 pandemic. **International Journal of Public Health**, v. 67, p. 1604769, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1604769>.

CHOWDHURY, S. R.; KABIR, H.; MAZUMDER, S.; AKTER, N.; CHOWDHURY, M. R.; HOSSAIN, A. Workplace violence, bullying, burnout, job satisfaction and their correlation with depression among Bangladeshi nurses: a cross-sectional survey during the COVID-19 pandemic. **PLoS One**, v. 17, n. 9, e0274965, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274965>.

CHRISTENSEN, S. S.; WILSON, B. L.; CUMMINS, M. R.; EATON, J.; IACOB, E.; HANSEN, S. D. Exploring nurses' emotional reactions to and reporting of patient-on-nurse workplace violence: a mixed-methods study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 153, p. 104724, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104724>.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Nurses are frequent victims of physical and verbal abuse in the workplace**. Portal Coren-SP, 15 jul. 2025. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/noticias/enfermeiros-sao-vitimas->

[recorrentes-de-agressoes-fisicas-e-verbais-no-ambiente-de-trabalho/](#). Acesso em: 10 jul. 2025.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO DISTRITO FEDERAL. **Survey reveals violence against nursing professionals in the Federal District**. Coren-DF, 1 jul. 2022. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/levantamento-evidencia-violencia-contra-profissionais-de-enfermagem-no-df/>. Acesso em: 10 jul. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN); FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Perfil da Enfermagem no Brasil: levantamento sobre violência ocupacional entre profissionais de enfermagem**. Brasília, DF: COFEN/Fiocruz, 2025. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br>. Acesso em: 10 jul. 2025.

COSTA, A. L. R. C; MARZIALE, M. H. P. Relação tempo-violência no trabalho de enfermagem em emergência e urgência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 3, p. 337-343, maio/jun. 2006.

CRESWELL, J. W. **A concise introduction to mixed methods research**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2014.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRESWELL, J. W. **Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches**. 4. ed. Thousand Oaks: SAGE, 2012.

CRESWELL, J. W. **Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches**. 4th ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2013.

CRESWELL, J. W. **Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches**. Los Angeles: Sage Publications, 2021.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Designing and conducting mixed methods research**. 2. ed. Thousand Oaks: SAGE, 2013.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Designing and conducting mixed methods research**. Los Angeles: Sage Publications, 2011.

CRESWELL, J. W.; CRESWELL, J. D. **Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches**. 5th ed. Los Angeles: Sage Publications, 2022.

CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. **Designing and conducting mixed methods research**. 3rd ed. Los Angeles: Sage Publications, 2021.

DA SILVA JUNIOR, R. F.; CARDOSO SILVA, J. K.; GONÇALVES PEREIRA, C.; *et al.* Estratégias adotadas pelos profissionais de enfermagem a partir da violência sofrida. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 14, 2024. Disponível em: <http://periodicos.ufsj.edu.br/recom/article/view/5058>. Acesso em: 13 nov. 2025.

DADGARAN, I.; SHIRAZI, M.; MOHAMMADI, A.; RAVARI, A. Developing an instrument to measure effective factors on clinical learning. **Journal of Advances in Medical Education & Professionalism**, v. 4, n. 3, p. 122–129, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4927254/pdf/jamp-4-122.pdf>.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos da violência no ambiente hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 469–476, 2011.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L.; SOUZA, S. S. de. Violência, sofrimento e adoecimento no trabalho da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 507–513, 2011.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L.; SOUZA, S. B. C. de; MARZIALE, M. H. P.; TAVARES, J. P. Violência, burnout e transtornos psíquicos menores no trabalho hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 460–468, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000300014>. Acesso em: 13 nov. 2025.

DEWAELE, J. M.; ROLLAND, L.; COOK, S.; COSTA, B. Mixed methods when researching sensitive topics. In: BAGER-CHARLESON, S.; McBEATH, A. (orgs.). **Supporting research in counselling and psychotherapy**. Cham: Palgrave Macmillan, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-3-031-13942-0_13.

DOEHRING, M. C.; *et al.* Workplace violence in a large urban emergency department. **JAMA Network Open**, v. 7, n. 11, e2443160, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.43160>.

DOORENBOS, A. Z. Mixed methods in nursing research: an overview and practical examples. **Kango Kenkyu**, v. 47, n. 3, p. 207–217, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4287271/pdf/nihms642265.pdf>.

ELSEVIER. Mendeley Reference Manager: user guide and documentation. Amsterdam: Elsevier, 2023. Disponível em: <https://www.mendeley.com/guides>. Acesso em: 13 nov. 2025.

ELSHARKAWY, N.; ALRUWAILI, A.; ELSAYED RAMADAN, O.; *et al.* Barriers to reporting workplace violence: a qualitative study of nurses' perceptions in tertiary care settings. **BMC Nursing**, v. 24, p. 395, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03039-3>.

FABRI, N. V. *et al.* Violência laboral e qualidade de vida profissional entre enfermeiros da atenção primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, eAPE0362345, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO0362345>.

FAGERSTRÖM, L. **Developments in nursing research: theories and methods**. Amsterdam: Elsevier, 2020.

FEDERAL NURSING COUNCIL (BR). **Nursing in numbers: 2022–2023 annual management report**. Brasília, DF: COFEN, 2023. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br>. Acesso em: 10 jul. 2025.

FEI, Y.; *et al.* Workplace violence and burnout among Chinese nurses during the COVID-19 pandemic: does the sense of coherence mediate the relationship? **BMC Psychiatry**, v. 23, p. 573, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05060-9>.

FEREDE, Y. A.; ZELEKE, A. M.; BEYENE, J. A.; WONDIMU, W.; ABEBE, A. F.; *et al.* Workplace violence and associated factors against nurses working in public hospitals in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. **BMC Nursing**, v. 24, p. 46, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02660-y>.

FERNÁNDEZ RUBIO, M.; PAGOLA PASCUAL, M. I.; IZCO GARCÍA, M. N. Una aproximación a los cuidados invisibles desde la enfermería. **Conocimiento Enfermería**, v. 2, n. 4, p. 55–57, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.60108/ce.61>.

FERRI, P.; *et al.* Violence against nurses in the triage area: a mixed-methods study. **Journal of Emergency Nursing**, v. 46, n. 3, p. 384–397, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.02.013>.

FETTERS, M. D.; CURRY, L. A.; CRESWELL, J. W. Achieving integration in mixed methods designs: principles and practices. **Health Services Research**, v. 48, n. 6 Pt 2, p. 2134–2156, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12117>.

FETTERS, M. D.; TAJIMA, C. Joint displays of integrated data collection in mixed methods research. **International Journal of Qualitative Methods**, v. 21, p. 16094069221104564, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/16094069221104564>.

FREEDMAN, B.; LI, W. W.; LIANG, Z.; *et al.* The prevalence of incivility in hospitals and the effects of incivility on patient safety culture and outcomes: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Advanced Nursing**, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.16111>.

FRIESE, C. R.; *et al.* Nurse-reported workplace violent events: results from a repeated statewide survey. **Nursing Outlook**, v. 72, n. 5, p. 102265, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2024.102265>.

FRIGANOVIĆ, A.; SLIJEPČEVIĆ, J.; REŽIĆ, S.; *et al.* Critical care nurses' perceptions of abuse and its impact on healthy work environments in five European countries. **International Journal of Public Health**, v. 69, p. 1607026, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1607026>.

FU, C.; *et al.* Fear of future workplace violence and its influencing factors among nurses in Shandong, China: a cross-sectional study. **BMC Nursing**, v. 20, p. 123, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00644-w>.

GALVÃO, F.; GIULIANI, C. D. Violência no trabalho e suas relações com o sofrimento mental de profissionais de enfermagem. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 8, p. 1199–1219, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v9i8.10566>.

GAO, Y. Q.; *et al.* Depressive symptoms among Chinese nurses: prevalence and the associated factors. **Journal of Advanced Nursing**, v. 68, n. 5, p. 1166–1175, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05832.x>.

GARCIA, E.; PISTORI, C. A. G. O resgate da participação política em Hannah Arendt. **Revista Jurídica Luso-Brasileira**, ano 2, n. 6, p. 1–22, 2016.

GHAED, L.; SADEGHI, A.; TAPAK, L.; *et al.* Relationship between workplace bullying, burnout and organizational cynicism in Iranian nurses. **International Journal of Bullying Prevention**, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s42380-025-00300-w>.

GILLESPIE, G. L.; BERRY, P. Qualitative analysis of workplace assault outcomes from the perspectives of emergency nurses. **Journal of Emergency Nursing**, v. 49, n. 3, p. 450–460, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2022.09.015>.

GRESSIA, R. G. G.; URIBE-RODRÍGUEZ, A. F.; ROLDÁN-GÓMEZ, A. M. A qualitative study of underreported workplace violence against nurses: viewing it as part of routine. **Enfermería Clínica**, v. 32, n. 6, p. 356–362, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2022.07.005>.

GUIMARÃES, I.; COSTA, L.; MOREIRA, M.; CUNHA, A. F. A violência faz parte do trabalho? **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 18, n. 45, p. 3794, 2023. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3794](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3794).

HABIBZADEH, H.; NAMADI, F.; MAHDI-AKHGAR, M. Nurse-to-nurse horizontal violence during the COVID-19 pandemic and its impact on turnover intention: a cross-sectional study. **Nursing Open**, v. 10, n. 4, p. 2631–2637, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nop2.1523>.

HALLETT, N.; GAYTON, A.; DICKENSON, R.; FRANCKEL, M.; DICKENS, G. L. Student nurses' experiences of workplace violence: a mixed methods systematic review and meta-analysis. **Nurse Education Today**, v. 128, p. 105845, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105845>.

HAVAEI, F.; MACPHEE, M. The impact of heavy nurse workload and patient/family complaints on workplace violence: an application of human factors framework. **Nursing Open**, v. 7, n. 3, p. 731–741, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nop2.444>.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Principais números. Porto Alegre: HCPA, 2025. Disponível em: <https://www.hcpa.edu.br/institucional/institucional-apresentacao/institucional-apresentacao-principais-numeros>. Acesso em: 28 out. 2025.

HSU, M. C.; CHOU, M. H.; OUYANG, W. C. Dilemmas and repercussions of workplace violence against emergency nurses: a qualitative study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 5, 2661, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph19052661>.

HU, Y.; ZHANG, S.; ZHAI, J.; WANG, D.; GAN, X.; WANG, F.; *et al.* Relationship between workplace violence, job satisfaction, and burnout. **Preventive Medicine Reports**, v. 40, p. 102667, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2024.102667>.

HUGHES, A. S. Mixed methods research. **APS Observer**, v. 29, p. 41–47, 2016.

HURTADO, S. L. B.; *et al.* Occupational health and safety policies in Brazil and France: contradictions analysis for the development of prevention. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, n. 6, e19680, 2025. Disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/occupational-health-and-safety-policies-in-brazil-and-france-contradictions-analysis-for-the-development-of-prevention/19680>. Acesso em: 10 jul. 2025.

INTERFACE DE R POUR LES ANALYSES MULTIDIMENSIONNELLES DE TEXTES ET DE QUESTIONNAIRES (IRAMUTEQ). **Software**. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/>. Acesso em: 10 jul. 2025.

INTERNATIONAL LABOUR OFFICE; WORLD HEALTH ORGANIZATION; INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES; PUBLIC SERVICES INTERNATIONAL. **Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector**. Geneva: ILO/WHO/ICN/PSI, 2002.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION (ILO). *Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector: the training manual*. Geneva: ILO, 2005. Disponível em: https://www.ilo.org/safework/info/instr/WCMS_108542/lang--en/index.htm. Acesso em: 20 out. 2025.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. **C190 – Violence and Harassment Convention, 2019 (No. 190): convention concerning the elimination of violence and harassment in the world of work**. Geneva: ILO, 2019. Disponível em: https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C190. Acesso em: 10 jul. 2025.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. **Centenary declaration for the future of work**. United Nations A/73/L.117, 10 set. 2019. Disponível em: <https://docs.un.org/en/A/73/L.117>. Acesso em: 10 jul. 2025.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. **Preventing and addressing violence and harassment in the world of work through occupational safety and health measures**. Geneva: International Labour Office, 2024.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION; INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES; WORLD HEALTH ORGANIZATION; PUBLIC SERVICES

INTERNATIONAL. **Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector**. Geneva: WHO, 2005. Disponível em: https://webapps.ilo.org/public/libdoc/ilo/2005/105B09_454_engl.pdf. Acesso em: 10 jul. 2025.

JACKSON, D.; CLARE, J.; MANNIX, J. Who would want to be a nurse? Violence in the workplace – a factor in recruitment and retention. **Journal of Nursing Management**, v. 10, n. 1, p. 13–20, 2002.

JACKSON, D.; WILSON, B. L.; CUMMINS, M. R.; *et al.* Workplace incivility: insidious, pervasive and harmful. **International Journal of Mental Health Nursing**, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/inm.13315>.

JACOB, D.; *et al.* Effectiveness of environmental design interventions to reduce aggression and violence in emergency departments: a scoping review. **Health Environments Research & Design Journal (HERD)**, v. 18, n. 4, p. 26–42, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/19375867251351027>.

JAIN, G.; *et al.* Workplace violence towards resident doctors in Indian teaching hospitals: a quantitative survey. **Tropical Doctor**, v. 51, n. 3, p. 463–465, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/00494755211010005>.

JAKOBSSON, J.; ÖRMON, K.; AXELSSON, M. *et al.* Exploring workplace violence on surgical wards in Sweden: a cross-sectional study. **BMC Nursing**, v. 22, n. 106, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01275-z>.

JOÃO, A. L.; VICENTE, C.; PORTELADA, A. Impacto e prevalência do assédio no trabalho no contexto de enfermagem em Portugal. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 6, n. 2, p. 1–8, 2023. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/referencia/article/view/30952>. Acesso em: 13 nov. 2025.

JOHNSON, R. B.; ONWUEGBUZIE, A. J.; TURNER, L. A. Toward a definition of mixed methods research. **Journal of Mixed Methods Research**, v. 1, n. 2, p. 112–133, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1558689806298224>.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Joint Commission International accreditation standards for hospitals**. 8th ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International, 2024. Disponível em: <https://store.jointcommissioninternational.org/joint-commission-international-standards-for-hospitals-8th-edition/>. Acesso em: 10 jul. 2025.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Requirements for the governing entity: as required in the JCI Accreditation Standards for Hospitals, 8th edition**. Oak Brook, IL: Joint Commission International, [2025?]. Disponível em: <https://digitalassets.jointcommission.org/api/public/content/ec2988b03014434aafe40d0398c0c75e>. Acesso em: 10 jul. 2025.

KABIR, H.; *et al.* Workplace violence and turnover intention among the Bangladeshi female nurses after a year of pandemic: an exploratory cross-sectional study. **PLOS**

Global Public Health, v. 2, n. 4, e0000187, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000187>.

KAFLE, S.; CUNNINGHAM-CAHILL, K.; *et al.* Workplace violence and nurses: a narrative review. **International Journal of Nursing Studies**, v. 123, p. 104154, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104154>.

KHAN, M. N.; *et al.* Managing violence against healthcare personnel in the emergency settings of Pakistan: a mixed methods study. **BMJ Open**, v. 11, n. 6, e044213, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044213>.

KIBUNJA, B. K.; MUSEMBI, H. M.; KIMANI, R. W.; GATIMU, S. M. Prevalence and effect of workplace violence against emergency nurses at a tertiary hospital in Kenya: a cross-sectional study. **Safety and Health at Work**, v. 12, n. 2, p. 249–254, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2021.01.005>.

KIM, S.; *et al.* Patient safety culture: the impact on workplace violence and health worker burnout. **Workplace Health & Safety**, v. 71, n. 2, p. 78–88, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/21650799221126364>.

KIM, S.; MAYER, C.; JONES, C. B. Relationships between nurses' experiences of workplace violence, emotional exhaustion and patient safety. **Journal of Research in Nursing**, v. 26, n. 1–2, p. 35–46, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1744987120960200>.

KIYMAZ, D.; KOÇ, Z. Workplace violence, occupational commitment and intention among emergency room nurses: a mixed-methods study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 32, n. 5–6, p. 764–779, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.16331>.

KRUG, E. G. *et al.* **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

KUMAR, P. *et al.* Workplace violence and bullying faced by health care personnel at the emergency department of a tertiary care hospital of Karachi, Pakistan: a cross-sectional study. **Journal of Emergency Nursing**, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2023.02.005>.

LI, C.; FU, C. Workplace violence and depressive symptoms: the mediating role of fear of future workplace violence and burnout among Chinese nurses. **BMC Psychiatry**, v. 24, p. 379, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05827-8>.

LI, Y. F.; CHAO, M.; SHIH, C. H. Nurses' intention to resign and avoidance of emergency department violence: a moderated mediation model. **International Emergency Nursing**, v. 39, p. 55–61, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.09.004>.

LIM, M. C.; *et al.* Workplace violence in healthcare settings: the risk factors, implications and collaborative preventive measures. **Risk Management and Healthcare Policy**, v. 15, p. 3125–3139, 2022. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9206999/>.

LISA, J. R. *et al.* Impact and prevalence of physical and verbal violence toward healthcare workers. **Psychosomatics**, v. 59, n. 6, p. 584–590, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psych.2018.04.007>.

LIU, J.; *et al.* Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. **Occupational and Environmental Medicine**, v. 76, n. 12, p. 927–937, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/oemed-2019-105849>.

LIU, Y.; *et al.* The relationship between job satisfaction and depressive symptoms among Chinese adults aged 35–60 years: the mediating role of subjective well-being and life satisfaction. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, n. 3, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph20032023>.

LOGROÑO, K. J.; *et al.* Assessment of nurses' perceived just culture: a cross-sectional study. **BMC Nursing**, v. 22, p. 348, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01478-4>.

LUO, Y.; *et al.* The impact of psychological violence in the workplace on turnover intention of clinical nurses: the mediating role of job satisfaction. **BMC Nursing**, v. 23, n. 1, p. 844, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02477-9>.

LYVER, B.; *et al.* Identifying quality indicators to measure workplace violence in healthcare settings: a rapid review. **BMC Emergency Medicine**, v. 24, p. 29, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12873-024-00943-w>.

MAGALHÃES, A. M. de; DALL'AGNOL, C. M.; MARCK, P. B. Nursing workload and patient safety: a mixed method study with an ecological restorative approach. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, supl. esp., p. 146–154, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-11692013000700019>.

MAGNAVITA, N.; MERAGLIA, I. Poor work ability is associated with workplace violence in nurses: a two-wave panel data analysis. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 21, n. 9, p. 1118, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph21091118>.

MAGNUSSON HANSON, L. L.; *et al.* Association of workplace violence and bullying with later suicide risk: a multicohort study and meta-analysis of published data. **The Lancet Public Health**, v. 8, n. 7, p. e494–e503, 2023. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00096-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00096-8).

MAHRDT, H. Hannah Arendt's reflections on power, violence and terror. **Studia z Teorii Wychowania**, v. 14, n. 2, p. 43–62, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.5604/01.3001.0053.9088>.

MARZIALE, M. H. Instrumento para recolección de datos revisão integrativa. 2015. Disponível em: http://gruposdepesquisa.eerp.usp.br/sites/redenso/wp-content/uploads/sites/9/2019/09/Instrumento_revisao_liteturura_RedENSO_2015.pdf. Acesso em: 10 nov. 2025.

MARZIALE, Maria Helena Palucci. Violência no trabalho da enfermagem: um problema de saúde pública. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 333–334, 2004.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. 3. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, 2015. p. 3–24.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 7–18, 1994.

MORRA, S.; FAWAZ, M.; RAYAN, A.; MALAK, M. Z.; ABDALRAHIM, A.; AL-AMER, R.; *et al.* Psychological reactions of Lebanese nurses to workplace violence in critical care units. **SAGE Open Nursing**, v. 9, p. 1–12, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/23779608231177800>.

MROOCZWOWSKA, R.; PIEJKO, W.; SERZYSKO, B. Aggressive behavior in the workplace—experiences of young nurses. **Medycyna Pracy**, v. 76, n. 2, p. 87–99, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.13075/mp.5893.01538>.

MUNDIM, G. D. A.; *et al.* Analysis of care and gender stereotypes in nursing scientific research: a scoping review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 58, e20240066, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0066en>.

NELSON, S.; *et al.* Workplace violence against nurses in Canada: a legal analysis. **Policy, Politics & Nursing Practice**, v. 24, n. 4, p. 239–254, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/15271544231182583>.

O'BRIEN, C. J.; GRIFFEY, R. T.; TAYLOR, R. A.; PINES, J. M. The growing burden of workplace violence against health care workers. **Annals of Emergency Medicine**, v. 84, n. 2, p. e53–e57, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2024.03.014>.

O'BRIEN, C. J.; VAN ZUNDERT, A. A. J.; BARACH, P. R. The growing burden of workplace violence against healthcare workers: trends in prevalence, risk factors, consequences, and prevention – a narrative review. **EClinicalMedicine**, v. 72, p. 102641, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102641>.

O'CATHAIN, A.; MURPHY, E.; NICHOLL, J. The quality of mixed methods studies in health services research. **Journal of Health Services Research & Policy**, v. 13, n. 2, p. 92–98, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2007.007074>.

OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH ADMINISTRATION (OSHA). **Healthcare—workplace violence**. Washington, DC: OSHA, 2024. Disponível em: <https://www.osha.gov/healthcare/workplace-violence>. Acesso em: 10 jul. 2025.

OLIVEIRA, J. L. C. de; *et al.* Pesquisa com métodos mistos na enfermagem: experiência na pós-graduação. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 9, e2, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3844>.

OLIVEIRA, L. B.; ALVES, P. L.; SOUZA, L. M.; SILVA, R. F.; CARVALHO, T. S. Métodos mistos na pesquisa em enfermagem: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 13, n. 6, p. 1–11, 2019.

OLIVEIRA, R. P.; NUNES, M. O. Violência relacionada ao trabalho: uma proposta conceitual. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 4, p. 22–34, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000400004>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. Nova York: ONU, 2015. Disponível em: <https://sdgs.un.org/2030agenda>. Acesso em: 20 out. 2025.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT); CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (CIE); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS); INTERNACIONAL DE SERVIÇOS PÚBLICOS (ISP). *Diretrizes marco para afrontar a violência laboral no setor da saúde*. Genebra: OIT, 2002. Disponível em: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_160911.pdf. Acesso em: 20 out. 2025.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). Convenção nº 190 sobre a eliminação da violência e do assédio no mundo do trabalho. Genebra: OIT, 2019. Disponível em: <https://www.ilo.org>. Acesso em: 20 out. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Prevenção da violência contra trabalhadores da saúde*. Genebra: OMS, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/activities/preventing-violence-against-health-workers>. Acesso em: 20 out. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Preventing disease through a healthier and safer workplace*. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/activities/protecting-health-and-safety-of-health-workers>. Acesso em: 20 out. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório sobre a situação mundial da enfermagem 2020*. Geneva: OMS, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>. Acesso em: 20 out. 2025.

OTHMAN, S. M.; STEEN, M. P.; FLEET, J. A sequential explanatory mixed methods study design: an example of how to integrate data in a midwifery research project. **Journal of Nursing Education and Practice**, v. 11, n. 2, p. 75, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5430/jnep.v11n2p75>.

PACHECO, E.; BÁRTOLO, A.; PEREIRA, A.; DUARTE, J.; SILVA, C. The role of fear in the relationship between vicarious violence at work and work ability in nurses: a cross-sectional study. **Nursing and Health Sciences**, v. 24, p. 625–633, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nhs.12904>.

PAGE, M. J.; *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, v. 372, p. 1–9, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>.

PAI, D. D.; *et al.* Physical and psychological violence in the workplace of healthcare professionals. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 1, e2420016, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018002420016>.

PLANO CLARK, V. L.; IVANKOVA, N. V. **Mixed methods research: a guide to the field**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2016.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

REHAN, S. T.; *et al.* Workplace violence against healthcare workers in Pakistan: call for action, if not now, then when? A systematic review. **Global Health Action**, v. 16, n. 1, 2273623, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/16549716.2023.2273623>.

REICHERT, A. P. da S. *et al.* Restrição do acompanhamento de lactentes prematuros na pandemia da COVID-19: abordagem mista. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 35, eAPE02206, 2022. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO022066>. Acesso em: 28 out. 2025.

REN, H.; LI, P.; XUE, Y.; XIN, W.; YIN, X.; LI, H. Global prevalence of nurse turnover rates: a meta-analysis. **Journal of Nursing Management**, p. 5063998, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2024/5063998>.

ROSSI, M. F.; BECCIA, F.; CITTADINI, F.; AMANTEA, C.; AULINO, G.; SANTORO, P. E.; *et al.* Workplace violence against healthcare workers: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. **Public Health**, v. 221, p. 50–59, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.05.021>.

RUIZ-GONZÁLEZ, K. J.; PACHECO-PÉREZ, L. A.; GUEVARA-VALTIER, M. C.; GUTIÉRREZ-VALVERDE, J. M. Violencia laboral entre el personal de enfermería y su relación con la calidad del cuidado en hospitales públicos. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 37, n. 4, 2021. Disponível em: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3899>. Acesso em: 13 nov. 2025.

SAADI TOSI, L. J. A banalização da violência e o pensamento de Hannah Arendt: um debate ou um combate? **Revista do Laboratório de Estudos da Violência da UNESP/Marília**, ano 19, maio 2017. DOI: <https://doi.org/10.36311/1983-2192.2018.v19n19.08.p131>.

SAADI, A.; *et al.* Nurses' experiences with racial, ethnic, cultural, and religious discrimination in the workplace: a qualitative study. **American Journal of Nursing**, v. 123, n. 5, p. 24–34, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000931892.39368.e1>.

SANTOS, J.; *et al.* Violências relacionadas ao trabalho e variáveis associadas em profissionais de enfermagem que atuam em oncologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 12, p. 5955–5966, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212612.14942021>.

SANTOS, J.; MEIRA, K. C.; COELHO, J. C.; DANTAS, E. S. O.; OLIVEIRA, L. V. E.; OLIVEIRA, J. S. A.; *et al.* Violências relacionadas ao trabalho e variáveis associadas em profissionais de enfermagem que atuam em oncologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 12, p. 5955–5966, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212612.14942021>.

SCHABLON, A. *et al.* Prevalence and consequences of aggression and violence towards nursing and care staff in Germany: a survey. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 6, p. 1274, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph15061274>.

SÉ, A. C. S.; MACHADO, W. C. A.; GONÇALVES, R. C. S.; FIGUEIREDO, N. M. A. Violência no trabalho na perspectiva dos enfermeiros do atendimento pré-hospitalar móvel. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, e33046, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333046>.

SETHI, R.; *et al.* Developing a customised set of evidence-based quality indicators for measuring workplace violence towards healthcare workers: a modified Delphi method. **BMJ Open Quality**, v. 13, n. 3, e002855, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-002855>.

SEXTON, J. B.; *et al.* Providing feedback following leadership walkrounds is associated with better patient safety culture, higher employee engagement and lower burnout. **BMJ Quality & Safety**, v. 27, n. 4, p. 261–270, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-006399>.

SHAN, Y. Philosophical foundations of mixed methods research. **Philosophy Compass**, v. 17, n. 1, e12804, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/phc3.12804>.

SHANG, J.; *et al.* Nurse employment contracts in Chinese hospitals: impact of inequitable benefit structures on nurse and patient satisfaction. **Human Resources for Health**, v. 12, p. 1, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1478-4491-12-1>.

SHE, J.; ZHANG, R.; LI, Y.; MEI, Y.; LI, H. Effect of ethical leadership on nurses' organizational silence: the mediating role of organizational justice. **Journal of Nursing Management**, p. 9929435, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2023/9929435>.

SHOHANI, M.; TAVAN, H. Workplace cultural violence against nurses: a systematic review and meta-analysis. **Systematic Reviews**, v. 13, n. 1, p. 240, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13643-024-02721-y>.

SHUAI, T.; XUAN, Y.; JIMÉNEZ-HERRERA, M. F.; *et al.* Angústia moral e fadiga por compaixão entre estagiários de enfermagem. **BMC Nursing**, v. 23, p. 638, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02307-y>.

SMILEY, R. A.; *et al.* The 2022 National Nursing Workforce Survey. **Journal of Nursing Regulation**, v. 14, n. 1 (Suppl.), p. S1–S90, 2023. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2155-8256\(23\)00023-2](https://doi.org/10.1016/S2155-8256(23)00023-2).

SOUSA, Y. G. de *et al.* The human condition of the nursing worker from the perspective of Hannah Arendt. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 1, e20170727, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0727>.

SOUZA, V. R. S.; *et al.* Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, eAPE02631, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>.

SPENCER, C.; SITARZ, J.; FOUSE, J.; DESANTO, K. Nurses' rationale for underreporting of patient and visitor perpetrated workplace violence: a systematic review. **BMC Nursing**, v. 22, n. 1, p. 134, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01226-8>.

SULISTYOWATI, D.; *et al.* Exploring the aftermath: work demands, workplace violence, and job satisfaction among nurses in a public hospital in the post-COVID-19 era. **Belitung Nursing Journal**, v. 9, n. 5, p. 448–456, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.33546/bnj.2731>.

TASHAKKORI, A.; TEDDLIE, C. **Mixed methodology: combining qualitative and quantitative approaches**. Thousand Oaks: SAGE, 2003.

TASHAKKORI, A.; TEDDLIE, C. **SAGE handbook of mixed methods in social & behavioral research**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2010.

TEMESGEN, S.; *et al.* Magnitude of workplace violence and its associated factors against nurses working in public hospitals of Western Ethiopia: a cross-sectional study. **BMC Nursing**, v. 23, p. 843, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02497-5>.

THE JOINT COMMISSION. **R3 Report, Issue 30: Workplace Violence Prevention Standards**. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission, 2021. Disponível em: <https://www.jointcommission.org/en-us/standards/r3-report/r3-report-30/>. Acesso em: 10 jul. 2025.

TIMANS, R.; WOUTERS, P.; HEILBRON, J. Mixed methods research: what it is and what it could be. **Theory and Society**, v. 48, n. 2, p. 193–216, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11186-019-09345-5>.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. **Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups**. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 19, n. 6, p. 349–357, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.

TRINDADE, L. de L.; *et al.* Agressão verbal contra profissionais de saúde da atenção primária e terciária: estudo de métodos mistos. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 12, e15, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/66894>.

TRUSSON, D.; ROWLEY, E.; BRAMLEY, L. A mixed-methods study of challenges and benefits of clinical academic careers for nurses, midwives and allied health professionals. **BMJ Open**, v. 9, n. 10, e030595, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030595>.

TSUKAMOTO, S. A. S. *et al.* Violência ocupacional na equipe de enfermagem: prevalência e fatores associados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 4, p. 425–432, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900058>.

TSUKAMOTO, S. A. S.; *et al.* Burnout syndrome and workplace violence among nursing staff: a cross-sectional study. **São Paulo Medical Journal**, v. 140, n. 1, p. 101–107, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2021.0068.R1.31052021>.

TSUKAMOTO, S. A. S.; *et al.* Occupational violence in the nursing team: prevalence and associated factors. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 4, p. 425–432, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900058>.

TSUKAMOTO, S. A. S.; GALDINO, M. J. Q.; BARRETO, M. F. C.; MARTINS, J. T. Burnout syndrome and workplace violence among nursing staff: a cross-sectional study. **São Paulo Medical Journal**, v. 140, n. 1, p. 101–107, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2021.0068.R1.31052021>.

UZEDA, A. de L.; *et al.* Experiences and consequences of workplace moral harassment among nursing professionals. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 33, e20240155, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2024-0155en>.

UZEDA, A. L.; GOULART, M. C. L.; BRUN, L. C. O.; GÓES, F. G. B.; MARTINS, S. R.; OLIVEIRA, Y. C. P.; *et al.* Vivências e consequências do assédio moral no trabalho entre profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 33, e20240155, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2024-0155pt>.

VAN BOGAERT, P.; *et al.* Predictors of burnout, work engagement and nurse-reported job outcomes and quality of care: a mixed-method study.

BMC Nursing, v. 16, p. 5, 2017.

Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0200-4>.

VIDAL-ALVES, M. J.; *et al.* (Un)Broken: lateral violence among hospital nurses, user violence, burnout, and general health. **Frontiers in Medicine**, v. 9, p. 1045574, 2022.

Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.1045574>.

VOLONNINO, G.; *et al.* Healthcare workers: heroes or victims? Context of the Western world and proposals to prevent violence. **Healthcare (Basel)**, v. 12, n. 7, p. 708, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/healthcare12070708>.

VON ELM, E.; ALTMAN, D. G.; EGGER, M.; POCOCK, S. J.; GÖTZSCHE, P. C.; VANDENBROUCKE, J. P. The STROBE statement: guidelines for reporting observational studies. **International Journal of Surgery**, v. 12, n. 12, p. 1495–1499, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2014.07.013>.

VON ELM, E.; *et al.* The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. **The Lancet**, v. 370, n. 9596, p. 1453–1457, 2007. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61602-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61602-X).

WANG, H.; LIU, F.; REN, Y.; *et al.* Workplace violence, career identity, and turnover intentions: the mediating role of job burnout. **BMC Nursing**, v. 24, p. 689, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03389-y>.

WANG, J.; ZENG, Q.; WANG, Y.; LIAO, X.; XIE, C.; WANG, G.; ZENG, Y. Workplace violence and the risk of post-traumatic stress disorder and burnout among nurses: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Nursing Management**, v. 30, n. 7, p. 2854–2868, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jonm.13809>.

WANG, Q.; *et al.* Prevalence and associated factors of verbal abuse against nurses: a systematic review. **International Nursing Review**, v. 72, n. 1, e13095, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/inr.13095>.

WANG, T.-C.; KUO, T.-Y.; TUNG, T.-H.; CHEN, P.-Y.; CHEN, F.-L. Exploring the protective capabilities developed by hospital nurses to deflect workplace violence: a qualitative study in Taiwan. **BMC Nursing**, v. 23, p. 726, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02367-0>.

WARSHAWSKI, S.; AMIT AHARON, A.; ITZHAKI, M. The public's mixed emotional responses to violence directed at nurses: a mixed methods study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 31, n. 15–16, p. 2208–2218, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.16039>.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546–553, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>.

WOLF, L. A.; BURCHILL, C. N. Researching workplace violence: challenges for emergency nursing researchers. **Journal of Emergency Nursing**, 2023.

WOLF, L.; PERHATS, C.; DELAO, A.; BRIM, C. B.; GENTRY, J. C.; LEAVER, S. L.; *et al.* Violence and its impact on the emergency nurse. **Journal of Emergency Nursing**, v. 46, n. 3, p. 354–360, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.01.005>.

WONG, A. H.; *et al.* Design and implementation of an agitation code response team in the emergency department. **Annals of Emergency Medicine**, v. 79, n. 5, p. 453–464, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2021.10.013>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Prevention of violence: public health priority**. Geneva: WHO, 1996. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/179463>. Acesso em: 20 out. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing violence against health workers**. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/activities/preventing-violence-against-health-workers>. Acesso em: 10 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Violence and harassment in the health sector**. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/tools/occupational-hazards-in-health-sector/violence-harassment>. Acesso em: 4 nov. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on violence and health**. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2025.

XIE, N.; *et al.* Prevalence of depressive symptoms among nurses in China: a systematic review and meta-analysis. **PLoS One**, v. 15, n. 7, e0235448, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235448>.

YANG, H. L.; *et al.* Workplace violence, work characteristics, and seniority levels among nurses: a cross-sectional study. **BMC Nursing**, v. 24, n. 1, p. 281, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02887-3>.

YANG, Q.; *et al.* Workplace violence against nursing interns and patient safety: the multiple mediation effect of professional identity and professional burnout. **Nursing Open**, v. 10, n. 5, p. 3104–3112, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nop2.1560>.

YAO, X.; SHAO, J.; WANG, L.; ZHANG, J.; ZHANG, C.; LIN, Y. Does workplace violence, empathy, and communication influence occupational stress among mental health nurses? **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 30, n. 1, p. 177–188, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/inm.12770>.

YILDIZ, İ.; TOK YILDIZ, F. Pediatric emergency nurses' workplace violence experiences: a qualitative study. **International Emergency Nursing**, v. 62, p. 101160, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2022.101160>.

YUAN, J.; *et al.* Prevalence and associated factors of workplace violence among Chinese nurses in tertiary hospitals: a national cross-sectional study. **BMC Nursing**, v. 24, p. 344, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02975-4>.

ZHANG, H.; ZHOU, J.; ZHONG, L.; ZHU, L.; CHEN, X. Relationship between workplace violence and occupational health in emergency nurses. **Nursing in Critical Care**, v. 30, n. 2, p. e70008, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nicc.70008>.

ZHANG, M.; FENG, Y.; XUE, B.; ZHANG, Y.; LUO, H. Recent developments in the study of moral injury in nursing. **Journal of Clinical Nursing Research**, v. 9, n. 7, p. 30–41, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.26689/jcnr.v9i7.11393>.

ZHANG, Y.; *et al.* Evaluating the impact of an information-based education and training platform on the incidence, severity, and coping resources status of workplace violence among nurses: a quasi-experimental study. **BMC Nursing**, v. 22, p. 446, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01606-0>.

ZHOU, Y.; *et al.* The role of sleep quality and perceived stress on depressive symptoms among tertiary hospital nurses: a cross-sectional study. **BMC Psychiatry**, v. 23, p. 416, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04936-0>.

ZHU, L.; *et al.* Characteristics of workplace violence, responses and their relationship with the professional identity among nursing students in China: a multicenter cross-sectional study. **BMC Nursing**, v. 21, p. 262, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01037-3>.

APÊNDICES

APÊNDICE A – PROTOCOLO PARA A REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA



1 Identificação*

Nome	Fábio Silva da Rosa	
E-mail	Fabiorosa18@gmail.com	
() Graduação	Curso: Fase:	
(x) Pós-Graduação	Curso: Enfermagem Ano: 2022	() Mestrado (x) Doutorado () Especialização
() Professor(a)	Departamento:	
() Técnico - Administrativo	Localização/Setor:	
Forma de atendimento preferencial	(x) On-line () Presencial	
Os atendimentos seguem uma fila por ordem de chegada das solicitações e dependem da disponibilidade em nossa agenda. No entanto, solicitamos que indique abaixo os dias da semana e horários mais adequados para seu atendimento para verificarmos a disponibilidade:		
Quarta-feira (02/07) às 18h		

1.1 Questão/problema de pesquisa*

Quais os impactos da **violência no trabalho** em enfermeiros no **ambiente hospitalar**?

1.2 Objetivos da pesquisa (geral e específicos) *

Objetivo Geral

Analisar os impactos da violência no trabalho em enfermeiros no ambiente hospitalar.

Objetivos específicos

Identificar estratégias de proteção de violência no trabalho entre enfermeiros no ambiente hospitalar.

Promover discussão interdisciplinar sobre violência hospitalar.

2 Estratégia de busca

2.1 Assunto(s)*

Temática:

Violência Institucional Hospitalar

Identifique os **principais assuntos** de sua pesquisa e os termos que os representam, informando-os no quadro a seguir.

Junto de cada assunto informe, também, os **sinônimos**, siglas, variações ortográficas, formas no singular/plural etc. que poderão ser utilizadas na busca.

A quantidade de assuntos pode variar de acordo com a pesquisa a ser realizada. Inclua mais linhas se houver mais de quatro assuntos.

Nas Ciências da Saúde os assuntos (descritores) e os sinônimos podem ser consultados no DeCS (<http://decs.bvs.br>) e no MeSH (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>).

Para outras áreas do conhecimento verifique se existem Tesouros/Vocabulários Controlados que possam ser utilizados para consulta de termos.

Dificuldades para preencher este protocolo? Antes de marcar um atendimento você também pode assistir ao curso on-line “Busca sistematizada em bases de dados” no canal da BU/UFSC no YouTube (<https://tinyurl.com/BU-UFSC-Cursos-online>).

	Assunto e sinônimos em português*	Assunto e sinônimos em espanhol*	Assunto e sinônimos em inglês*
Assunto 1	<i>"Violência no Trabalho"</i>	<i>"Violencia Laboral "</i>	<i>"Workplace Violence"</i>
Assunto 2	<i>"Enfermagem"</i>	<i>"Enfermería"</i>	<i>"Nursing"</i>
Assunto 3	<i>"Saúde ocupacional"</i>	<i>"Salud ocupacional"</i>	<i>"Occupational health"</i>

2.2 Critérios de inclusão

Tipo de documento (artigos, teses, dissertações etc.).	Artigos
Área geográfica	Nacionais e internacionais
Período	Últimos 05 anos
Idioma	Português, espanhol e inglês.
Outros	-

2.3 Bases de Dados

Indique as bases de dados e demais fontes de informação que deseja utilizar em sua pesquisa.

Incluir	Bases de dados Conheça as bases indicadas pela BU (http://bases.bu.ufsc.br/)
	Academic Search Premier - ASP (EBSCO) (Multidisciplinar; abrangência mundial) <u>Acesso via VPN</u> ou <u>Acesso CAFE</u> e busca no Portal de Periódicos da CAPES pelo menu "Acervo" > "Lista de bases"
	BBO (Bibliografia Brasileira de Odontologia) Acesso gratuito via BVS: http://bvsalud.org/
x	BDENF (Enfermagem; abrangência nacional) Acesso gratuito via BVS: http://bvsalud.org/
	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) (Teses e dissertações do Brasil) Acesso gratuito: http://bdttd.ibict.br/vufind/
	Catálogo de Teses e Dissertações (CAPES) (Teses e dissertações do Brasil) Acesso gratuito: https://catalogodeteses.capes.gov.br/catalogo-teses/#/
x	CINAHL (EBSCO) (Enfermagem, Ciências da Saúde; abrangência mundial) <u>Acesso via VPN</u> ou <u>Acesso CAFE</u> e busca no Portal de Periódicos da CAPES pelo menu "Acervo" > "Lista de bases"
	Cochrane Library (Ciências da Saúde, Medicina Baseada em Evidências; abrangência mundial) <u>Acesso via VPN</u> ou <u>Acesso CAFE</u> e busca no Portal de Periódicos da CAPES pelo menu "Acervo" > "Lista de bases"
	Compendex (Engineering Village - Elsevier) (Engenharias; abrangência mundial) <u>Acesso via VPN</u> ou <u>Acesso CAFE</u> e busca no Portal de Periódicos da CAPES pelo menu "Acervo" > "Lista de bases"
	Dentistry and Oral Sciences Source - DOSS (EBSCO) (Odontologia; abrangência mundial) <u>Acesso via VPN</u> ou <u>Acesso CAFE</u> e busca no Portal de Periódicos da CAPES pelo menu "Acervo" > "Lista de bases"
x	Embase (Elsevier) (Ciências da Saúde; abrangência mundial) <u>Acesso via VPN</u> ou <u>Acesso CAFE</u> e busca no Portal de Periódicos da CAPES pelo menu "Acervo" > "Lista de bases"
	ERIC (Education Resources Information Center) (Educação; abrangência mundial) Acesso gratuito: https://eric.ed.gov/
	FSTA - Food Science and Technology Abstracts (EBSCO) (Ciência de alimentos, Tecnologia e Nutrição; abrangência mundial)

Incluir	Bases de dados Conheça as bases indicadas pela BU (http://bases.bu.ufsc.br/)
	<u>Acesso via VPN</u> ou <u>Acesso CAFE</u> e busca no Portal de Periódicos da CAPES pelo menu "Acervo" > "Lista de bases"
	Gale - Academic OneFile (Multidisciplinar; abrangência mundial) <u>Acesso via VPN</u> ou <u>Acesso CAFE</u> e busca no Portal de Periódicos da CAPES pelo menu "Acervo" > "Lista de bases"
	GeoScience World (GeoRef) (Geociências; abrangência mundial) <u>Acesso via VPN</u> ou <u>Acesso CAFE</u> e busca no Portal de Periódicos da CAPES pelo menu "Acervo" > "Lista de bases"
x	Google Acadêmico (Multidisciplinar; abrangência mundial) Acesso gratuito: https://scholar.google.com.br/
	HomeoIndex – Homeopatia (Medicina Homeopática; abrangência mundial) ou Acesso gratuito via BVS: http://bvsalud.org/ ou https://homeopatia.bvs.br/
	IEEE Xplore (Engenharias; abrangência mundial) <u>Acesso via VPN</u> ou <u>Acesso CAFE</u> e busca no Portal de Periódicos da CAPES pelo menu "Acervo" > "Lista de bases"
	IndexPsi (Psicologia; abrangência nacional) Acesso gratuito via BVS: http://bvsalud.org/
	Information Science & Technology Abstracts - ISTA (EBSCO) (Ciência da Informação, Tecnologia da Informação; abrangência mundial) <u>Acesso via VPN</u> ou <u>Acesso CAFE</u> e busca no Portal de Periódicos da CAPES pelo menu "Acervo" > "Lista de bases"
x	LILACS (Ciências da Saúde; abrangência América Latina e Caribe) Acesso gratuito via BVS: http://bvsalud.org/
	MOSAICO (Modelos de Saúde e Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas nas Américas) (Medicinas Tradicionais, Medicinas Complementares e Medicinas Integrativas (MTCI); abrangência Américas) Acesso gratuito via BVS: http://bvsalud.org/ ou https://mtci.bvsalud.org/pt/
	NDLTD (Teses e dissertações de abrangência mundial) Acesso gratuito: http://search.ndltd.org/
	Open Access Theses and Dissertations (OATD) (Teses e dissertações; abrangência mundial) Acesso gratuito: https://oatd.org/
	ProQuest Dissertations & Theses Global (PQDT Global) (Teses e dissertações; abrangência mundial) <u>Acesso via VPN</u> e por meio do site http://bases.bu.ufsc.br/proquest/
	PsycINFO (APA) (Psicologia; abrangência mundial) <u>Acesso via VPN</u> ou <u>Acesso CAFE</u> e busca no Portal de Periódicos da CAPES pelo menu "Acervo" > "Lista de bases"
x	PubMed/MEDLINE (Ciências da Saúde; abrangência mundial) Acesso gratuito: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
	Redalyc (Multidisciplinar; abrangência América Latina e Caribe, Espanha e Portugal) Acesso gratuito: https://www.redalyc.org/
x	SciELO (Multidisciplinar; abrangência principalmente de periódicos da América Latina, Portugal e Espanha) Acesso gratuito: https://www.scielo.org/
x	Scopus (Elsevier) (Multidisciplinar; abrangência mundial) <u>Acesso via VPN</u> ou <u>Acesso CAFE</u> e busca no Portal de Periódicos da CAPES pelo menu "Acervo" > "Lista de bases"
	SocINDEX (EBSCO) (Sociologia; abrangência mundial) <u>Acesso via VPN</u> ou <u>Acesso CAFE</u> e busca no Portal de Periódicos da CAPES pelo menu "Acervo" > "Lista de bases"

Incluir	Bases de dados Conheça as bases indicadas pela BU (http://bases.bu.ufsc.br/)
	SPORTDiscus (EBSCO) (Esportes, Educação Física, Medicina Esportiva; abrangência mundial) Acesso via VPN ou Acesso CAFE e busca no Portal de Periódicos da CAPES pelo menu "Acervo" > "Lista de bases"
x	Web of Science (Clarivate Analytics) (Multidisciplinar; abrangência mundial) Acesso via VPN ou Acesso CAFE e busca no Portal de Periódicos da CAPES pelo menu "Acervo" > "Lista de bases"
	Outros (bases de dados, repositórios, bibliotecas digitais, ferramentas de busca etc.). Especifique:

3 Resultados da busca

Data de realização da busca: 02/07/2025

Atendimento realizado por: Toni Picalho – Bibliotecário (picalho.a.c@ufsc.br)

Assunto #1

"Workplace Violence"[Mesh]

"Workplace Violence"

"Workplace Violences"

"Violência no Trabalho"

"Violência Ocupacional"

"Violência no Ambiente de Trabalho"

"Violência no Local de Trabalho"

"Violencia Laboral"

Assunto #2

Nursing[Mesh]

Nursings

Nurses[Mesh]

Nurse*

"Nurses, Male"[Mesh]

Enfermagem

Enfermeir*

Enfermería

Enfermer*

Assunto #3**"Occupational Health"[Mesh]**

"Occupational Health"

"Employee Health"

"Occupational Safety"

"Professional Health"

"Occupational Health Nursing"[Mesh]

"Occupational Health Nursing"

"Occupational Health Nursings"

"Saúde Ocupacional"

"Saúde Laboral"

"Saúde do Trabalhador"

"Saúde dos Trabalhadores"

"Saúde dos Empregados"

"Segurança Laboral"

"Segurança Ocupacional"

"Segurança do Trabalho"

"Segurança no Trabalho"

"Segurança dos Trabalhadores"

"Enfermagem do Trabalho"

"Enfermagem Ocupacional"

"Enfermagem em Saúde do Trabalhador"

"Salud Laboral"

"Salud Ocupacional"

"Salud de los Trabajadores"

"Salud del Empleado"

"Seguridad Laboral"

"Seguridad Ocupacional"

"Seguridad de los Trabajadores"

"Seguridad del Trabajo"

"Seguridad en el Trabajo"

"Enfermería del Trabajo"

"Enfermería en Salud Laboral"

"Enfermería en Salud Ocupacional"

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) –
PRIMEIRA ETAPA**



**Programa de Pós Graduação em
Enfermagem**



Título do Projeto: Violência laboral no âmbito da enfermagem hospitalar: estudo de Métodos Mistos.

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é analisar a violência laboral no âmbito da enfermagem hospitalar, por meio de um estudo de métodos mistos, identificando a prevalência, a natureza, os impactos na saúde dos profissionais de enfermagem, os desafios e as estratégias de prevenção e enfrentamento. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Fábio Silva da Rosa, enfermeiro do Centro de Tratamento Intensivo (CTI) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e aluno do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Se você aceitar o convite, sua participação na pesquisa envolverá responder um questionário *online* sobre violência no ambiente hospitalar, contendo ao todo 38 perguntas. O tempo estimado para responder o formulário eletrônico é de 20 minutos.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa estão relacionados a constrangimento pelo conteúdo das perguntas, que envolvem aspectos relacionados a situações de violência e desconforto pelo tempo de resposta ao formulário eletrônico. Ainda em relação aos riscos desta pesquisa, você não será exposto a riscos quanto à integridade física. No entanto, se reconhece os riscos relacionados ao desconforto, ao constrangimento e às memórias e sentimentos que podem ser suscitados durante a interação e a gravação, e, diante disso, os pesquisadores assumem a responsabilidade de oferecer encaminhamento para o serviço de psicologia. A segurança e o bem-estar dos participantes são considerados aspectos primordiais durante todo o processo da pesquisa, podendo ser interrompido esse processo e retomado assim que o participante sentir-se melhor preparado.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são diretos e indiretos tanto para os participantes envolvidos quanto para a sociedade como um todo. Ao favorecer a discussão sobre a violência no âmbito hospitalar e estimular o uso de conhecimentos nos processos relacionais e ético-moral espera-se promover uma maior

reflexão sobre esses processos e aumentar o conhecimento sobre esses temas, suas vantagens e proteção.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao vínculo institucional que você recebe ou possa vir a receber na instituição, e todo o material referente ao seu consentimento será descartado.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos. Todos os seus dados, como nome, local e setor de trabalho serão omitidos quando estes forem mencionados nas entrevistas, sendo substituídos por termos mais genéricos ou símbolos, de modo a garantir que a identidade dos participantes seja preservada em todos os aspectos. No entanto, se reconhece a possibilidade de quebra de sigilo dessas informações, mesmo que involuntária e não intencional, e suas potenciais consequências na vida pessoal e profissional. Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente, gravados durante o estudo serão armazenados em *pendrives* e, juntamente com os TCLE, serão observados sob guarda do pesquisador responsável por um período mínimo de cinco anos para garantir a confiabilidade do estudo (item XI.2.f da res. 466/12 e art. 28o., inc. IV da res. 510/16). Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso, em algum momento, os participantes se sintam prejudicados, o pesquisador principal garante o reparo de qualquer dano, material ou imaterial, que esteja devidamente comprovado durante o processo de pesquisa, que será pago de acordo com a legislação vigente. Há garantia de indenização (itens IV.3.h e IV.4.c da res. 466/12 e art. 9o., inc. VII, art. 10o. e art. 19o., par. 2o. da res. 510/16) caso algum dano imprevisto ocorra.

Caso você tenha dúvidas em relação a esta pesquisa ou a este Termo, antes de decidir participar você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Fábio Silva da Rosa, pelo telefone (51) 998097030, com a pesquisadora Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, pelo telefone (48) 991423090, com Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo e-mail cep@hcpa.edu.br, telefone (51) 33596246 ou Av. Protásio Alves, 211 - Portão 4 - 5º andar do Bloco C - Rio Branco - Porto Alegre/RS, de segunda à sexta, das 8h às 17h ou com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEPESH da UFSC pelo e-mail cep.propesq@contato.ufsc.br,

telefone (48) 3721-6094 ou Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, 7º andar, sala 701, Trindade, CEP 88040-400 – Florianópolis – SC

Você concorda em participar da pesquisa?

() SIM, concordo em participar da pesquisa.

() NÃO concordo em participar da pesquisa.

APÊNDICE C – INSTRUMENTO PARA COLETA ETAPA QUANTITATIVO



Programa de Pós Graduação em
Enfermagem



Para a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a violência laboral compreende-se como um comportamento ou ação negativa numa relação que envolve duas ou mais pessoas, determinada por agressividade, que pode acontecer de forma repetida ou abrupta, incluindo situações nas quais os trabalhadores são intimidados, ameaçados, agredidos ou sujeitos aos atos ofensivos em circunstâncias relacionadas ao trabalho (Fabri, *et al*, 2022).

Tendo isso em mente, desenvolvemos esta pesquisa, que possui como objetivos:

1. Analisar a violência laboral no âmbito da enfermagem hospitalar, por meio de um estudo de métodos mistos, identificando a prevalência, a natureza, os impactos na saúde dos profissionais de enfermagem, os desafios e as estratégias de prevenção e enfrentamento.
2. Analisar a prevalência e a natureza dos incidentes de violência vivenciados pela equipe de enfermagem em instituições hospitalares.
3. Analisar os impactos da violência no trabalho na saúde da equipe de enfermagem.

QUESTÕES OBJETIVAS:

Questões fechadas (caracterização dos participantes):

Idade:

Sexo biológico:

() Feminino () Masculino () Intersexo

Gênero com o qual você se identifica:

() Mulher () Homem () Transgênero (transexuais, não-binárias, agêneres e outras) () Travesti não-binário () outro

Orientação sexual com a qual você se identifica:

() Heterossexual () Lésbica () Gay () Bissexual () Assexual
() Pansexual () Outros () Nenhuma das anteriores

Estado civil:

☐ Solteiro(a) ☐ Casado/ vive com o companheiro(a) ☐ Separado/ Divorciado
☐ outro

Cor da pele autodeclarada:

☐ branca ☐ amarela ☐ parda ☐ preta ☐ outro

Religião:

☐ Ateu ☐ Agnóstico/cético ☐ Cristã ☐ Católico ☐ Evangélico ☐ Espírita

☐ Judaica ☐ Umbanda, candomblé ou outras religiões afro-brasileiras ☐

Outra

Função que exerce no hospital:

☐ enfermeiro ☐ técnico de enfermagem ☐ auxiliar de enfermagem ☐ outro

Área de atuação no Hospital:

☐ Centro de Tratamento Intensivo Adulto

☐ Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

☐ Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

☐ Unidades de Internação clínica Adulto

☐ Unidade de Internação cirúrgica Adulto

☐ Emergência adulta;

☐ Hemodinâmica

☐ Unidade de Cuidados Coronarianos

☐ Unidade de Métodos Não-invasivos

☐ Hemodiálise

☐ Unidade de Radiologia

☐ Emergência Pediátrica

☐ Unidades de Internação Pediátrica

☐ Unidade de Oncologia Pediátrica

☐ Unidade de Internação Psiquiátrica

☐ Centro Obstétrico

☐ Internação obstétrica

☐ Enfermagem ambulatorial

- ☐ Unidade de Ambiente Protegido
- ☐ Unidade de Quimioterapia, Radioterapia
- ☐ Unidade de Banco de Sangue
- ☐ Unidade de Enfermagem de Adição
- ☐ Unidade de Internação Psiquiátrica Adulto
- ☐ Unidade de Enfermagem de Psiquiatria da Infância e Adolescência
- ☐ Outro. Especifique: _____

Existência de Comissão de Ética na instituição:

- ☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei

Ocorrem reuniões na sua unidade de trabalho?

- ☐ Não ☐ Sim

Ocorrem treinamentos /capacitações no local de trabalho sobre aspectos relacionados à violência?

- ☐ Não ☐ Sim

Quanto tempo (anos) trabalha na enfermagem:

Quanto tempo (anos) trabalha no Hospital de Clínicas de Porto Alegre:

Tipo de vínculo:

- ☐ efetivo ☐ temporário

Qual o turno de trabalho:

- ☐ Manhã ☐ Tarde ☐ Noite ☐ Intermediário ☐ Folguista ☐ Sexto turno ☐ Outro

No caso de ser Enfermeiro, qual a titulação máxima?

- ☐ Especialização ☐ Mestrado ☐ Doutorado ☐ Pós-doutorado

Questões fechadas (relacionadas a violência no ambiente hospitalar):

Já sofreu violência no ambiente de trabalho:

☐ Não ☐ Sim

Qual tipo de violência você sofreu:

☐ Violência física ☐ Violência verbal ☐ Assédio moral / intimidação ☐

Violência psicológica ☐ Violência / assédio sexual ☐ Discriminação racial ☐

Discriminação de gênero ☐ Etarismo ☐ outro

A violência ocorreu mais de uma vez pelo mesmo agressor:

☐ Não ☐ Sim

Quem foi o agressor:

☐ liderança ☐ chefia imediata ☐ professor ☐ colega de trabalho ☐ familiar ou acompanhante de paciente ☐ paciente ☐ outros profissionais da saúde

No caso de outros profissionais da saúde:

☐ médico ☐ enfermeiro ☐ fisioterapeuta ☐ psicólogo ☐ nutricionista ☐ fonoaudiólogo ☐ técnico de enfermagem

O agressor era:

☐ Mulher ☐ Homem ☐ Transgênero (transexuais, não-binárias, agêneres e outras) ☐ Travesti não-binário ☐ outro

Você se sentiu protegido para relatar / denunciar a violência ocorrida: ☐ Não ☐ Sim

Você denunciou a violência ocorrida: ☐ Não ☐ Sim

Você teve medo de retaliação por denunciar à violência sofrida no ambiente de trabalho: ☐ Não ☐ Sim

Você já procurou o serviço médico ocupacional (SMO) devido à violência no ambiente de trabalho:

☐ Não ☐ Sim

Já esteve afastado (atestado ou licença pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS) por motivos causados pela violência:

☐ Não ☐ Sim

Você necessitou de tratamento com medicação após ter sofrido a violência no ambiente de trabalho:

☐ Não ☐ Sim

Você necessitou de tratamento psicológico após ter sofrido a violência no ambiente de trabalho:

☐ Não ☐ Sim

Você precisou de outros tratamentos de saúde após ter sofrido a violência no ambiente de trabalho:

☐ Não ☐ Sim Qual: _____

Você pensou em pedir demissão e/ou trocar de emprego após ter sofrido violência no ambiente de trabalho:

☐ Não ☐ Sim

Você pensou em mudar de profissão após o episódio de violência: ☐ Não ☐ Sim

Quais os impactos causados por essa violência: _____

Você já presenciou situações de violência no ambiente de trabalho: ☐ Não ☐ Sim

Qual tipo de violência você presenciou:

☐ Assédio moral / intimidação

☐ Violência verbal

☐ Violência psicológica

- ☐ Violência física
- ☐ Violência / assédio sexual
- ☐ Discriminação racial
- ☐ Discriminação de gênero
- ☐ Etarismo (preconceito contra pessoas mais velhas) ☐ Capacitismo (preconceito e a discriminação que a pessoa com deficiência).
- ☐ outro. Especifique: _____

25. Você denunciou a violência que presenciou: ☐ Não ☐ Sim

Você percebe que no ambiente de trabalho existe intolerâncias, discriminação e preconceitos (racial, social, religioso, quanto à orientação sexual, de gênero, etarismo e cultural) que levam a situações de violências:

☐ Não ☐ Sim

O hospital possui ações para impedir violências no ambiente de trabalho?

☐ Não ☐ Sim Quais?

APÊNDICE D – CONVITE PARA PARTICIPAR DE PESQUISA

**Programa de Pós Graduação em
Enfermagem**



Obs. Este convite será enviado para a Diretoria de Pesquisa, para que assim, através da Diretoria de Pesquisa, seja enviado para a lista de funcionários.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem por objetivo analisar a violência laboral no âmbito da enfermagem hospitalar, por meio de um estudo de métodos mistos, identificando a prevalência, a natureza, os impactos na saúde dos profissionais de enfermagem, os desafios e as estratégias de prevenção e enfrentamento.

Se você tem interesse em participar da pesquisa clique aqui <https://forms.gle/cFtwuiamrta2K8Tu6> e você será direcionado (a) para o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, documento que contém mais informações sobre a pesquisa. A participação na pesquisa será por meio de resposta a um questionário sobre com 17 perguntas relacionadas a aspectos sociodemográficas e laborais e 21 perguntas abordando a ocorrência da violência (violência física, psicológica, agressão verbal, intimidação/assédio moral, assédio sexual e discriminação racial).

Se após a leitura do Termo de Consentimento você decidir participar da pesquisa, responda à pergunta: Você concorda em participar da pesquisa?

Ao responder Sim você será direcionado para o formulário eletrônico. O tempo médio de resposta é de 20 minutos.

Agradecemos o seu tempo e atenção.

Equipe de pesquisa.

Fábio Silva da Rosa

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

**APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) –
SEGUNDA ETAPA**



**Programa de Pós Graduação em
Enfermagem**



Título do Projeto: Violência laboral no âmbito da enfermagem hospitalar: estudo de Métodos Mistos.

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é analisar a violência laboral no âmbito da enfermagem hospitalar, por meio de um estudo de métodos mistos, identificando a prevalência, a natureza, os impactos na saúde dos profissionais de enfermagem, os desafios e as estratégias de prevenção e enfrentamento. Esta pesquisa está sendo realizado pelo Fábio Silva da Rosa, enfermeiro do Centro de Tratamento Intensivo (CTI) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e aluno do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Se você aceitar o convite, sua participação na pesquisa envolverá responder questões relacionadas às vivências dos trabalhadores acerca da violência no ambiente hospitalar na busca de a) identificar as situações de violência vivenciadas pela equipe, b) identificar as estratégias para a segurança dos profissionais de enfermagem diante das situações de violência, c) identificar os impactos da violência no trabalho para a enfermagem e d) identificar processos de adoecimento em decorrência da exposição à violência ou ainda situações que necessitam afastamento do trabalho por motivo de doença relacionados a violência.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa estão relacionados a constrangimento pelo conteúdo das perguntas, que envolvem aspectos relacionados a situações de violência e desconforto pelo tempo de resposta da entrevista. Ainda em relação aos riscos desta pesquisa, você não será exposto a riscos quanto à integridade física. No entanto, se reconhece os riscos relacionados ao desconforto, ao constrangimento e às memórias e sentimentos que podem ser suscitados durante a interação e a gravação, e, diante disso, os pesquisadores assumem a responsabilidade de oferecer encaminhamento para o serviço de psicologia. A segurança e o bem-estar dos participantes são considerados aspectos primordiais durante todo o processo da pesquisa,

podendo ser interrompido esse processo e retomado assim que o participante sentir-se melhor preparado.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa é a geração de conhecimento sobre o tema para a sociedade como um todo. Ao favorecer a discussão sobre a violência no âmbito hospitalar e estimular o uso de conhecimentos nos processos relacionais e ético-moral espera-se promover uma maior reflexão sobre esses processos e aumentar o conhecimento sobre esses temas, suas vantagens e proteção.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao vínculo institucional que você recebe ou possa vir a receber na instituição, e todo o material referente ao seu consentimento será descartado.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos. Todos os seus dados, como nome, local e setor de trabalho serão omitidos quando estes forem mencionados nas entrevistas, sendo substituídos por termos mais genéricos ou símbolos, de modo a garantir que a identidade dos participantes seja preservada em todos os aspectos. No entanto, se reconhece a possibilidade de quebra de sigilo dessas informações, mesmo que involuntária e não intencional, e suas potenciais consequências na vida pessoal e profissional. Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente, gravados durante o estudo serão armazenados em *pendrives* e, juntamente com os TCLE, serão observados sob guarda do pesquisador responsável por um período mínimo de cinco anos para garantir a confiabilidade do estudo (item XI.2.f da res. 466/12 e art. 28o., inc. IV da res. 510/16). Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso, em algum momento, os participantes se sintam prejudicados, o pesquisador principal garante o reparo de qualquer dano, material ou imaterial, que esteja devidamente comprovado durante o processo de pesquisa, que será pago de acordo com a legislação vigente. Há garantia de indenização (itens IV.3.h e IV.4.c da res. 466/12 e art. 9o., inc. VII, art. 10o. e art. 19o., par. 2o. da res. 510/16) caso algum dano imprevisto ocorra.

Caso você tenha dúvidas em relação a esta pesquisa ou a este Termo, antes de decidir participar você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Fábio Silva da Rosa, pelo telefone (51) 998097030, com o pesquisador Mara Ambrosina de

Oliveira Vargas, pelo telefone (48) 991423090, com Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo e-mail cep@hcpa.edu.br, telefone (51) 33596246 ou Av. Protásio Alves, 211 - Portão 4 - 5º andar do Bloco C - Rio Branco - Porto Alegre/RS, de segunda à sexta, das 8h às 17h ou com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP SH da

UFSC pelo e-mail cep.propesq@contato.ufsc.br, telefone (48) 3721-6094 ou Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, 7º andar, sala 701, Trindade, CEP 88040-400 – Florianópolis – SC.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador

Assinatura

Local e Data: _____

APÊNDICE F – INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA: ETAPA QUALITATIVA - Grupo que não sofreu violência



Programa de Pós Graduação em
Enfermagem



Para a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a violência laboral compreende-se como um comportamento ou ação negativa numa relação que envolve duas ou mais pessoas, determinada por agressividade, que pode acontecer de forma repetida ou abrupta, incluindo situações nas quais os trabalhadores são intimidados, ameaçados, agredidos ou sujeitos aos atos ofensivos em circunstâncias relacionadas ao trabalho (Fabri, *et al*, 2022).

Tendo isso em mente, desenvolvemos esta pesquisa, que possui como objetivos:

1. Explorar os desafios e obstáculos enfrentados pela equipe de enfermagem ao lidar com situações de violência no ambiente hospitalar.
2. Examinar as **estratégias** de prevenção para lidar com a violência no trabalho.
3. Contribuir para o **desenvolvimento de estratégias** eficazes de intervenção e apoio para os profissionais que enfrentam violência no ambiente hospitalar.

As respostas a essas indagações podem representar um benefício emocional ao proporcionar à pessoa que experimentou a violência a oportunidade de expressar verbalmente suas vivências. Contudo, é relevante salientar que tais respostas também podem suscitar emoções intensas ao evocar lembranças relacionadas às experiências de violência no ambiente de trabalho. Durante a condução da entrevista, será enfatizada a confidencialidade das informações e da expressão aberta dos sentimentos. Além disso, será respeitada a possibilidade de suspensão da entrevista nos casos em que o participante não se sinta confortável para responder, garantindo o bem-estar emocional do entrevistado.

QUESTIONÁRIO:

Número do participante: _____ (conforme lista da tabela da 1ª etapa)

Informações demográficas: (estas informações já estão na tabela da 1ª etapa).

1. Qual a sua categoria profissional? Cargo ou função que exerce atualmente?
2. Gênero com o qual se identifica?
3. Há quanto tempo você trabalha na área da saúde?
4. Em que área da instituição você trabalha?

Percepção do ambiente de trabalho:

5. Você já presenciou algum tipo de conflito ou situação de tensão no ambiente de trabalho que poderia ter evoluído para violência? Se sim, poderia relatar como foi?

6. Quais fatores você acredita que contribuem para a ausência de violência no ambiente onde você trabalha?

7. Poderia explicar um pouco melhor acerca das situações de conflito que presencia no trabalho que são manejadas de forma a não evoluírem para uma situação de violência?

8. Você sente que existem políticas ou práticas institucionais que ajudam a manter a cultura de paz no ambiente de trabalho? Quais seriam essas práticas?

9. Você sente a falta de políticas ou práticas institucionais que poderiam ajudar a manter um a cultura de paz no ambiente de trabalho? Pode explicar melhor?

10. Como você avalia o nível de comunicação e relacionamento entre as pessoas que compõe a equipe de saúde no seu ambiente de trabalho? Na sua opinião o que contribui e o que dificulta o relacionamento entre as pessoas no ambiente de trabalho? Pode explicar, por favor?

Sentimentos e percepção pessoal:

11. Como você se sente sabendo que outros colegas já sofreram ou presenciaram violência no ambiente de trabalho?

12. Você se considera preparado para lidar com situações de violência caso elas ocorram no futuro?

13. Você acredita que sua experiência de não ter sofrido nem presenciado violência no trabalho é uma exceção em comparação a outros colegas da sua área?

Fatores preventivos e sugestões:

14. Na sua opinião, que medidas preventivas (**estratégias**) podem ser implementadas para manter o ambiente de trabalho seguro e evitar situações de violência?

15. Você acredita que há algo específico em sua equipe de trabalho ou em seu comportamento que ajuda a evitar situações de violência?

Exploração do fenômeno:

16. Como você explica a ausência de situações de violência no seu ambiente de trabalho?

17. Na sua visão, qual o papel dos profissionais e suas respectivas funções na prevenção de conflitos e violência no ambiente de trabalho?

18. Você tem algo a acrescentar ou gostaria de compartilhar sobre a importância de manter o ambiente de trabalho seguro e livre de violência?

APÊNDICE G – INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA: ETAPA QUALITATIVA - Grupo que sofreu violência



Programa de Pós Graduação em
Enfermagem



Para a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a violência laboral compreende-se como um comportamento ou ação negativa numa relação que envolve duas ou mais pessoas, determinada por agressividade, que pode acontecer de forma repetida ou abrupta, incluindo situações nas quais os trabalhadores são intimidados, ameaçados, agredidos ou sujeitos aos atos ofensivos em circunstâncias relacionadas ao trabalho (Fabri, *et al*, 2022).

Tendo isso em mente, desenvolvemos esta pesquisa, que possui como objetivos:

4. Explorar os desafios e obstáculos enfrentados pela equipe de enfermagem ao lidar com situações de violência no ambiente hospitalar.
5. Examinar as **estratégias** de prevenção para lidar com a violência no trabalho.
6. Contribuir para o **desenvolvimento de estratégias** eficazes de intervenção e apoio para os profissionais que enfrentam violência no ambiente hospitalar.

As respostas a essas indagações podem representar um benefício emocional ao proporcionar à pessoa que experimentou a violência a oportunidade de expressar verbalmente suas vivências. Contudo, é relevante salientar que tais respostas também podem suscitar emoções intensas ao evocar lembranças relacionadas às experiências de violência no ambiente de trabalho. Durante a condução da entrevista, será enfatizada a confidencialidade das informações e da expressão aberta dos sentimentos. Além disso, será respeitada a possibilidade de suspensão da entrevista nos casos em que o participante não se sinta confortável para responder, garantindo o bem-estar emocional do entrevistado.

QUESTIONÁRIO:

Número do participante: _____ (conforme lista da tabela da 1ª etapa)

Informações demográficas: (estas informações já estão na tabela da 1ª etapa).

1. Qual a sua categoria profissional? Cargo ou função que exerce atualmente?
2. Gênero com o qual se identifica?
3. Há quanto tempo você trabalha na área da saúde?
4. Em que área da instituição você trabalha?

Experiência de violência:

5. Gostaríamos de saber mais sobre a violência que você sofreu e presenciou no ambiente de trabalho. Qual foi a natureza dessa violência? Verbal, física, psicológica, sexual ...
6. Quem era o agressor? Colega de trabalho, chefe, acompanhante, paciente (usuário)?
7. Você poderia nos descrever detalhadamente a situação em que você presenciou ou sofreu violência no ambiente de trabalho?
8. Como era seu relacionamento antes do episódio de violência com o agressor?
9. Você relatou o incidente à responsáveis diretos da instituição? Se sim, como foi?
10. Você acredita que algum fator ou a falta de algo pode ter contribuído para a violência ter acontecido no seu ambiente de trabalho? Qual ou quais? Porque?

Sentimentos e reações:

11. Como você se sentiu imediatamente após o incidente de violência?
12. Você acredita que essa experiência de violência afetou sua saúde mental? Como?
13. Você acredita que essa experiência de violência afetou sua vida profissional? Como?
14. Em que medida essa experiência de violência afetou sua vida pessoal e seus relacionamentos?

Suporte e recursos:

15. Você recebeu algum tipo de apoio após o incidente? Qual?
16. A instituição tomou conhecimento do incidente de violência?
17. Como a instituição lidou com o incidente de violência? Houve medidas para prevenir novos casos?

Sugestões para melhorias:

18. Com base em sua experiência, quais medidas (**estratégias**) você acredita que poderiam prevenir a violência no ambiente de trabalho?
19. Que tipo de treinamento ou suporte adicional você acha necessário para lidar com situações semelhantes no futuro?

20. Você acredita que a criação de uma equipe de resposta rápida para incidentes de violência ajudaria? Como essa equipe deveria funcionar?

21. Qual papel você acha que a comunicação eficaz pode ter na redução de incidentes de violência? Quais métodos de comunicação poderiam ser adotados ou melhorados?

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



**Programa de Pós Graduação em
Enfermagem**



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIOLÊNCIA LABORAL NO AMBIENTE HOSPITALAR - ESTRATÉGIAS PARA A SEGURANÇA E SAÚDE DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Pesquisador: Fábio Silva da Rosa

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 80554324.7.0000.5327

Instituição Proponente: HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 8.969.847

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo do projeto e das Informações Básicas da Pesquisa PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO 6.937.289, de 29/06/2024

Estudo transversal, ancorado no método misto, na estratégia explanatória sequencial. Os delineamentos transversais são usados para estudar fenômenos relacionados com o tempo e também possibilitam a descrição do estado ou relação entre fenômenos, o que os reveste de importância para identificar, analisar e compreender diferentes questões que permeiam a violência e seus efeitos (Polit; Beck, 2019).

Na investigação transversal, busca-se verificar a prevalência ou a frequência de uma característica em um grupo de indivíduos, descrevendo a realidade de determinado período, com as medições realizadas em único momento ou por curto período. As variáveis dependentes (variável de resultado) são coletadas ao mesmo tempo, mas a variável independente, em geral, trata de eventos ou comportamentos ocorridos no passado (Polit; Beck, 2019).

Quanto à abordagem do problema, esta pesquisa classifica-se como uma pesquisa de métodos mistos com abordagem sequencial explanatória (quan¿QUAL). O termo ¿quan¿ refere-se à representação da etapa quantitativa com menor atribuição de peso, enquanto que ¿QUAL¿

Endereço: Av. Protásio Alves, nº 211, Portão 4, Bloco C, 5º andar

Bairro: Rio Branco

CEP: 90.410-000

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3359-6246

Fax: (51)3359-6246

E-mail: cep@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - HCPA



Continuação do Parecer: 6.969.847

traduz a etapa qualitativa, sendo esta com maior atribuição de peso. Os métodos de pesquisa mistos são caracterizados como um processo de coleta, análise e mistura de dados tanto quantitativos e dados qualitativos em uma única investigação. O método misto tem como objetivo aprimorar a compreensão do problema de pesquisa em foco (Tashakkori; Teddlie, 2003; Creswell, 2012).

O planejamento para a execução do projeto de pesquisa com métodos mistos pode ser visualizado na Figura 1. Assim, a estratégia sequencial explanatória se caracteriza pela coleta e análise preliminar dos dados quantitativos (quan) na primeira etapa da pesquisa, seguida pelo sequenciamento da coleta e análise dos dados qualitativos (QUAL). Esse desenho sequencial possibilita a tomada de decisões metodológicas a partir do início da pesquisa, especialmente com a coleta e análise preliminar dos dados quantitativos, permitindo também a formulação de hipóteses a serem examinadas na continuação da investigação. Essa abordagem proporciona uma compreensão mais completa e aprofundada dos fenômenos estudados, enriquecendo a pesquisa com uma combinação eficaz de perspectivas quantitativas e qualitativas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as estratégias para a segurança e a saúde dos profissionais de enfermagem diante das situações de violência no trabalho em instituição hospitalar.

Objetivo Secundário:

- Analisar a prevalência e a natureza dos incidentes de violência vivenciados pela equipe de enfermagem em instituições hospitalares.
- Analisar os efeitos da violência no trabalho na saúde da equipe de enfermagem.
- Identificar os desafios e obstáculos enfrentados pela equipe de enfermagem ao lidar com situações de violência no ambiente hospitalar.
- Identificar as estratégias de prevenção para lidar com a violência no trabalho

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos desta pesquisa, os participantes não serão expostos a riscos quanto à

Endereço: Av. Protásio Alves, nº 211, Portão 4, Bloco C, 5º andar
Bairro: Rio Branco **CEP:** 90.410-000
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-6246 **Fax:** (51)3359-6246 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - HCPA



Continuação do Parecer: 6.969.847

integridade física. No entanto, se reconhece os riscos relacionados ao desconforto, ao constrangimento e às memórias e sentimentos que podem ser suscitados durante a interação e a gravação, e, diante disso, os pesquisadores assume a responsabilidade de oferecer encaminhamento para o serviço de psicologia. A segurança e o bem-estar dos participantes são considerados aspectos primordiais durante todo o processo da pesquisa, podendo ser interrompido esse processo e retomado assim que o participante sentir-se melhor preparado. Será respeitado o rigor científico no desenvolvimento deste estudo para que ele tivesse validade e confiabilidade e para que os preceitos éticos fossem respeitados. Além de obter o TCLE dos participantes envolvidos, esta pesquisa estabelecerá, entre outros, os seguintes compromissos: equilibrar cuidadosamente riscos e benefícios; seguir procedimentos para garantir a confidencialidade, privacidade e proteção dos participantes; demonstrar respeito pelos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos; e honrar os hábitos e costumes dos participantes; a garantia do retorno dos dados e benefícios obtidos com a pesquisa para as pessoas envolvidas por meio da publicação da tese na íntegra, sendo disponibilizada uma cópia para o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e para a Biblioteca da UFSC, conforme as normas da instituição. Com o intuito de assegurar a confidencialidade, privacidade e proteção dos participantes, os participantes deste estudo não terão suas funções e setores divulgados nos resultados e discussão da tese. Para o alcance desses critérios, serão estabelecidos os seguintes critérios:

a) Utilização de trechos das entrevistas gravadas e transcritas sem identificação dos setores ou categorias, bem como das pessoas que responderam ao roteiro de entrevista. Para isso, garantindo a confidencialidade de suas informações, serão identificados pela letra 'P' (representando a palavra 'profissional') seguida do número sequencial que indica a ordem de coleta dos dados (P1, P2, P3... P13). b) O nome de indivíduos e de locais serão omitidos quando estes forem mencionados nas entrevistas, sendo substituídos por termos mais genéricos ou símbolos, de modo a garantir que a identidade dos participantes seja preservada em todos os aspectos. No entanto, se reconhece a possibilidade de quebra de sigilo dessas informações, mesmo que involuntária e não intencional, e suas potenciais consequências na vida pessoal e profissional dos participantes. Os dados gravados durante o estudo serão armazenados em pendrives e, juntamente com os TCLE, serão observados sob guarda do pesquisador responsável por um período mínimo de cinco anos para garantir a confiabilidade do estudo, (item XI.2.f da Resolução 468/12 e art. 28º., inc. IV da Resolução 510/16). Caso, em algum momento, os participantes se sintam prejudicados, a pesquisadora

Endereço: Av. Protásio Alves, nº 211, Portão 4, Bloco C, 5º andar
Bairro: Rio Branco **CEP:** 90.410-000
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-6248 **Fax:** (51)3359-6248 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - HCPA



Continuação do Parecer: 6.959.847

principal garante o reparo de qualquer dano, material ou imaterial, que esteja devidamente comprovado durante o processo de pesquisa, que será pago de acordo com a legislação vigente. Há garantia de indenização (itens IV.3.h e IV.4.c da Resolução 466/12 e art. 9º., inc. VII, art. 10º. e art. 19º., parágrafo 2º. da Resolução

510/16) caso algum dano imprevisto ocorra.

Benefícios:

Almeja-se que esta pesquisa traga benefícios através da geração de conhecimento sobre o tema para a sociedade como um todo. Ao favorecer a discussão sobre a violência no âmbito hospitalar e estimular o uso de conhecimentos nos processos relacionais e ético-moral espera-se promover uma maior reflexão sobre esses processos e aumentar o conhecimento sobre esses temas, suas vantagens e proteção.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo transversal, ancorado no método misto, na estratégia explanatória sequencial. Os delineamentos transversais são usados para estudar fenômenos relacionados com o tempo e também possibilitam a descrição do estado ou relação entre fenômenos, o que os reveste de importância para identificar, analisar e compreender diferentes questões que permeiam a violência e seus efeitos (Polit; Beck, 2019). Na investigação transversal, busca-se verificar a prevalência ou a frequência de uma característica em um grupo de indivíduos, descrevendo a realidade de determinado período, com as medições realizadas em único momento ou por curto período. As variáveis dependentes (variável de resultado) são coletadas ao mesmo tempo, mas a variável independente, em geral, trata de eventos ou comportamentos ocorridos no passado (Polit; Beck, 2019).

Quanto à abordagem do problema, esta pesquisa classifica-se como uma pesquisa de métodos mistos com abordagem sequencial explanatória (quant/QUAL).

Neste sentido, para cumprir com os objetivos, na etapa quantitativa será avaliado o conhecimento dos profissionais sobre as formas de violência a que estão expostos e se a reconhecem os tipos de violência vivenciada no ambiente de trabalho através da elaboração e aplicação do instrumento de coleta semiestruturado.

- Divulgação: APÊNDICE E - CONVITE PARA PARTICIPAR DE PESQUISA

Obs. Este convite será enviado para a Diretoria de Pesquisa, para que assim, através da Diretoria de Pesquisa, seja enviado para a lista de funcionários.

Endereço: Av. Protásio Alves, nº 211, Portão 4, Bloco C, 5º andar
Bairro: Rio Branco **CEP:** 90.410-000
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-6246 **Fax:** (51)3359-6246 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - HCPA



Continuação do Parecer: 6.969.847

"Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem por objetivo analisar as estratégias para a segurança dos profissionais de enfermagem diante das situações de violência no trabalho na instituição hospitalar.

Se você tem interesse em participar da pesquisa clique aqui <https://forms.gle/cFtwuimrta2K8Tu8> e você será direcionado (a) para o Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido, documento que contém mais informações sobre a pesquisa. A participação na pesquisa será por meio de resposta a um questionário sobre com 17 perguntas relacionadas a aspectos sociodemográficas e laborais e 21 perguntas abordando a ocorrência da violência (violência física, psicológica, agressão verbal, intimidação/assédio moral, assédio sexual e discriminação racial).

Se após a leitura do Termo de Consentimento você decidir participar da pesquisa, responda à pergunta: Você concorda em participar da pesquisa?

Ao responder Sim você será direcionado para o questionário. O tempo médio de resposta é de 20 minutos.

Agradecemos o seu tempo e atenção.

Equipe de pesquisa.

Fábio Silva da Rosa

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta os seguintes Termos:

O projeto apresenta TCLE

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências emitidas para o projeto no parecer N.º 6.942.408 foram respondidas pelos pesquisadores, conforme carta de respostas adicionada em 11/07/2024 e conforme colado abaixo. NÃO APRESENTA NOVAS PENDÊNCIAS.

Pendência 01

Deverá constar no corpo do projeto, logo após a capa, um quadro contendo as seguintes informações para todos os membros da equipe de pesquisa, incluindo o pesquisador responsável: nome, formação, vinculação e funções que desempenharão no projeto, incluindo quem acessará os prontuários e banco de dados.

RESPOSTA: Realizado a inclusão do quadro a seguir no projeto após a capa e folha de

Endereço: Av. Protásio Alves, nº 211, Portão 4, Bloco C, 5º andar
Bairro: Rio Branco **CEP:** 90.410-000
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-6246 **Fax:** (51)3359-6246 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

Continuação do Parecer: 6.969.847

rosto, o qual foi submetido novamente com as alterações solicitadas.

PENDÊNCIA ATENDIDA

Pendência 02

Não é permitido envio de e-mail para os funcionários para convite para participação na pesquisa. Alternativamente, pode-se enviar o convite para a Diretoria de Pesquisa, para que ela envie para a lista de funcionários ou ainda através da publicação nas redes sociais do HCPA, através da CCOM. O texto do convite deverá ser apresentado para apreciação do CEP conforme modelo presente na página da pesquisa do HCPA:

<https://sites.google.com/hcpa.edu.br/area-do-pesquisador/projetos/projetosseres-humanos-eoutros/seres-humanos-modelos-de-documentos?authuser=0>

RESPOSTA: Conforme solicitado no texto, foi construído a carta convite com o link de acesso ao TCLE para os profissionais de enfermagem das áreas que aprovaram a realização da pesquisa e esse convite será enviado para a lista de funcionários por meio da Diretoria de Pesquisa. Foi alterado no texto do projeto conforme segue abaixo:

"Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, será enviado para a Diretoria de Pesquisa uma carta convite (Apêndice E) apresentando o objetivo da pesquisa e o link de acesso para o TCLE e posteriormente o questionário da primeira etapa desse estudo, para que através da Diretoria de Pesquisa seja encaminhado um e-mail para a lista de funcionários dos serviços de enfermagem do hospital que aprovaram a realização da pesquisa em suas respectivas áreas. (pag. 66)"

PENDÊNCIA ATENDIDA

Pendência 03

Com relação ao acesso aos dados e informações, lembramos que em setembro de 2020 foi publicada a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Nº 13.709, de 14 de agosto de 2018), que dispõe sobre o tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis. Portanto, deverão constar no projeto informações sobre os seguintes quesitos: A forma de armazenamento dos

dados: ¿ Tipo de banco de dados (RedCap, Excel, Google Drive, etc) ¿ Local de armazenamento (de preferência, Google Drive ligado a um email Institucional ou computador Institucional).

RESPOSTA: Em relação ao armazenamento e acesso aos dados da pesquisa será realizado

Endereço: Av. Protásio Alves, nº 211, Portão 4, Bloco C, 5º andar
Bairro: Rio Branco **CEP:** 90.410-000
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-6246 **Fax:** (51)3359-6246 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - HCPA



Continuação do Parecer: 6.969.847

através de planilhas do Google Drive na conta institucional do pesquisador principal, conforme descrito no parágrafo abaixo:

"Os dados da pesquisa serão armazenados em um banco de dados no Google Drive vinculado à conta de e-mail institucional do pesquisador principal, fsdrosa@hcpa.edu.br. Esse método de armazenamento foi escolhido para garantir a segurança e a integridade dos dados, além de facilitar o acesso controlado conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Nº 13.709, de 14 de agosto de 2018). Essas medidas foram implementadas para garantir que o armazenamento e o tratamento dos dados da pesquisa estejam em conformidade com as melhores práticas de segurança e com a legislação vigente. Somente o pesquisador principal e os membros da equipe de pesquisa (orientadora) terão acesso aos dados armazenados no Google Drive. O acesso será restrito e monitorado para garantir a confidencialidade e a integridade das informações. (pag. 70)."

PENDÊNCIA ATENDIDA

Pendência 04

Esclarecer o número amostral. Na PB está escrito que serão 650 participantes (630 para a etapa 1 e 20 para a 2), mas o número amostral calculado no projeto traz 503 participantes.

RESPOSTA: A amostra para essa pesquisa é de 503 participantes conforme cálculo amostral descrito no projeto. Foi corrigido na Plataforma Brasil o número amostral conforme já anunciado no projeto. A amostra do estudo será composta por 503 participantes, definida segundo cálculo amostral não probabilístico sobre a população de 2.518 trabalhadores da equipe de enfermagem do HCPA, considerando um nível de confiança de 95% e estimativa de erro de 5%. Para constituir esta amostra, será realizado convite individual via e-mail dos trabalhadores para participarem do estudo, conforme as categorias profissionais mencionadas no Quadro 1. Auxiliares e técnicos de enfermagem foram agrupados conjuntamente por desempenham suas funções sem diferenciação de tarefas nas respectivas unidades onde será realizado o estudo.

PENDÊNCIA ATENDIDA

Endereço: Av. Protásio Alves, nº 211, Portão 4, Bloco C, 5º andar
Bairro: Rio Branco **CEP:** 90.410-000
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-6246 **Fax:** (51)3359-6246 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - HCPA



Continuação do Parecer: 6.966.847

Considerações Finais a critério do CEP:

- Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS N.º 486/2012 e na Norma Operacional CNS/Conep N.º 001/2013, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.
- O projeto está aprovado para inclusão ou revisão de registros de 503 participantes neste centro.
- Deverão ser apresentados relatórios semestrais e um relatório final.
- Os projetos executados no HCPA somente poderão ser iniciados quando seu status no sistema AGHUse Pesquisa for alterado para „Aprovado“, configurando a aprovação final da Diretoria de Pesquisa.
- Textos e anúncios para divulgação do estudo e recrutamento de participantes deverão ser submetidos para apreciação do CEP, por meio de Notificação, previamente ao seu uso. A redação deverá atender às recomendações institucionais, que podem ser consultadas na Página da Pesquisa do HCPA.
- Eventos adversos deverão ser comunicados de acordo com as orientações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep (Carta Circular N.º 13/2020-CONEP/SECNS/MS). Os desvios de protocolo também deverão ser comunicados em relatórios consolidados, por meio de Notificação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2312828.pdf	12/07/2024 01:50:35		Aceito
Outros	Respostas_Pendencias_do_CEP.pdf	12/07/2024 01:47:09	Fábio Silva da Rosa	Aceito
Outros	APENDICE_E_CONVITE_PARA_PARTICIPAR_DA_PESQUISA.pdf	12/07/2024 01:46:28	Fábio Silva da Rosa	Aceito
Projeto Detalhado	Projeto_de_Pesquisa_de_Doutorado	12/07/2024	Fábio Silva da	Aceito

Endereço: Av. Protásio Alves, nº 211, Portão 4, Bloco C, 5º andar
 Bairro: Rio Branco CEP: 90.410-000
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3359-6246 Fax: (51)3359-6246 E-mail: cep@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - HCPA



Continuação do Parecer: 6.969.847

/ Brochura Investigador	_Fabio_Rosa_HCPA.pdf	01:45:20	Rosa	Aceito
Outros	APENDICE_B_QUESTIONARIO_ETAP A_QUALITATIVA.pdf	29/08/2024 10:04:48	Fábio Silva da Rosa	Aceito
Outros	APENDICE_A_QUESTIONARIO_ETAP A_QUANTITATIVO.pdf	29/08/2024 10:04:30	Fábio Silva da Rosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_D_TCLE_SEGUNDA_ETAP A.pdf	29/08/2024 10:03:58	Fábio Silva da Rosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_C_TCLE_PRIMEIRA_ETAP A.pdf	29/08/2024 10:03:50	Fábio Silva da Rosa	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	29/08/2024 10:02:35	Fábio Silva da Rosa	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	29/08/2024 10:02:26	Fábio Silva da Rosa	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto_Fabio_Silva_da_Rosa_assi nada_hcpa.pdf	12/08/2024 00:41:07	Fábio Silva da Rosa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 27 de Julho de 2024

Assinado por:

Daisy Crispim Moreira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Protásio Alves, nº 211, Portão 4, Bloco C, 5º andar
Bairro: Rio Branco **CEP:** 90.410-000
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-6246 **Fax:** (51)3359-6246 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br