

Diretriz Técnica da ANAMT (DT 07): mapeamento epidemiológico e intervenção preventiva para violência no trabalho

ANAMT Technical Guideline (DT 07): epidemiological mapping
and preventive interventions against workplace violence

Eduardo Myung¹ , José Domingos-Neto¹ , Guilherme Augusto Murta¹ , Anielle Vieira¹ ,
Paulo Rogerio Lima¹ , Leandro Lessa¹ , Wanderley Marques Bernardo² 

RESUMO | Violência em ambiente de trabalho potencialmente ocorre em prevalência importante, com associação de risco positiva para adoecimento físico e mental, absenteísmo, aumento de rotatividade, diminuição da produtividade e piora do clima organizacional. A expressão da violência no trabalho é incrustada no cotidiano profissional e heterogênea na cultura, atividade e organização de trabalho locais. Há insuficiência de evidências científicas que atestem a eficácia das intervenções em reduzir a prevalência dos eventos de violência de forma a permitir recomendações generalizáveis para qualquer atividade de trabalho. A natureza subjetiva e cultural do problema torna necessária a criação de um consenso com os membros da empresa quanto aos conceitos, importância, prevalência e fatores de risco da violência ocupacional a partir da apresentação do mapeamento epidemiológico. O desenho conjunto de soluções piloto pelos membros da empresa surge após esse consenso. Essa abordagem segue a metodologia dos estudos experimentais sobre o tema e busca promover maior aderência a mudanças.

Palavras-chave | violência no trabalho; guia de prática clínica; prevenção primária.

ABSTRACT | Workplace violence has potentially high prevalence, in addition to positive correlation with risk of physical and mental disorders, absenteeism, high turnover rates, impaired productivity and poorer organizational climate. Workplace violence is embedded in the work routine, while its manifestations are heterogeneous and vary according to the local culture, work activities and organization. The scientific evidence for the efficacy of interventions to reduce the prevalence of violent incidents is insufficient to ground general recommendations applicable to any occupational activity. Consensus among organizational actors about notions, relevance, prevalence and risk factors associated with workplace violence, based on epidemiological mappings, is necessary, given the subjective and cultural nature of this problem, and also to enable organizational actors to jointly design pilot solutions. This approach is based on methods used in experimental studies and seeks to promote greater adherence to changes.

Keywords | workplace violence; practice guideline; primary prevention.

¹Núcleo Diretrizes, Associação Nacional de Medicina do Trabalho – São Paulo (SP), Brasil.

²Programa Diretrizes, Associação Médica Brasileira – São Paulo (SP), Brasil.

DOI: 10.5327/Z1679443520190448

INTRODUÇÃO CONCEITUAL

A violência no ambiente de trabalho é um tema complexo em sua conceituação, classificação e manejo, pois envolve a identificação dos agressores e das vítimas, o reconhecimento e classificação dos tipos de violência, o desenho conjunto de medidas efetivas que promovam a diminuição da prevalência de violência, o encaminhamento correto de tratamento da saúde e de acolhimento da justiça organizacional e estatal.

A classificação da violência ocupacional é complexa e heterogênea entre os autores da literatura sobre o tema. A International Labor Organization (ILO), em sua publicação¹ *Code of practice on workplace violence in services sectors and measures to combat this phenomenon*, define violência ocupacional como “qualquer ação, incidente ou comportamento que se afaste da conduta razoável em que pessoa é agredida, ameaçada, prejudicada, ferida no curso ou como resultado direto de seu trabalho”. A publicação também divide a violência em duas categorias:

- Violência interna no local de trabalho é aquela que ocorre entre trabalhadores, incluindo gerentes e supervisores;
- Violência externa no local de trabalho é aquela que ocorre entre os trabalhadores, gerentes e supervisores com qualquer outra pessoa presente no local de trabalho.

A Occupational Safety and Health Administration (OSHA)² classifica a violência em ambiente de trabalho em quatro tipos, que se diferenciam quanto ao agressor e à natureza da agressão. Essa classificação costuma ser citada em estudos observacionais ou experimentais do tema:

- Tipo 1: violência criminoso (roubo, assassinato, entre outros) realizada por trabalhadores ou pessoas externas à empresa;
- Tipo 2: violência executada por clientes, pacientes, consumidores da empresa contra trabalhadores. Como exemplo, temos a agressão física ou verbal de pacientes contra profissionais da saúde;
- Tipo 3: violência executada entre trabalhadores de qualquer nível hierárquico. Como exemplo, temos o *bullying* ou assédio moral ou sexual entre trabalhadores;
- Tipo 4: violência em ambiente de trabalho contra o trabalhador por pessoas da sua intimidade.

Pela classificação da OSHA, o escopo da diretriz é direcionado para violência tipos 2 e 3.

O assédio moral no trabalho possui conceituação e identificação complexas, pois é de difícil investigação ou mapeamento por estar incrustado no relacionamento, na comunicação interpessoal, no cotidiano e organização profissional e na subjetividade individual dos envolvidos. O Ministério Público Federal (MPF) em sua cartilha³ *Assédio moral, assédio sexual e discriminação* coloca que o assédio moral:

“É definido como qualquer conduta abusiva (gesto, palavra, comportamento, atitude...) que atente, por sua repetição ou sistematização, contra a dignidade ou integridade psíquica ou física de uma pessoa, ameaçando seu emprego ou degradando o clima de trabalho”.

A cartilha do MPF compartilha, parcialmente, conceitos e autores que são tratados com maior profundidade no livro⁴ *Assédio moral interpessoal e organizacional: um enfoque interdisciplinar*, da editora LTR, com participação da Doutora Lys Esther Rocha e autores do Direito. Esse livro trabalha detalhadamente os aspectos definidores do assédio moral e organizacional, assim como os eventos que não são enquadráveis como tal. Outras publicações também são úteis na contextualização dos conceitos e nuances do assédio moral, como o livro⁵ *Saúde mental no trabalho: da teoria à prática*, organizado pela Doutora Lys Esther Rocha e por Débora Miriam Raab Glina, e o livro⁶ *Patologia do Trabalho*, coordenado pelo Doutor René Mendes.

Os termos *mobbing* e *bullying* são considerados sinônimos de assédio moral por alguns autores^{4,5}. Os aspectos definidores do assédio moral são: caráter processual (o evento evolui durante o tempo), frequência e duração (não é um evento isolado), orientação a um alvo específico, desequilíbrio de poder (porém não exclui a possibilidade de violência contra um superior hierárquico) e intencionalidade (promoção da demissão ou enquadramento a regras culturais ou organizacionais por meio da deterioração proposital das condições de trabalho, isolamento e recusa de comunicação, atentado contra a dignidade, violência verbal ou física, entre outros)^{3,4}.

A cartilha³ do MPF exemplifica situações que não se enquadram como assédio moral: situações eventuais, exigências profissionais (desde que não agridam a identidade, integridade física ou psicológica), conflitos, más condições de trabalho (desde que não ocorram por intenção de desmerecimento).

O livro *Saúde Mental no Trabalho: da Teoria à Prática* cita características comuns entre os conceitos de assédio moral entre diferentes autores⁵:

- Natureza recorrente e persistente da ação violenta. Pode ocorrer em diversas formas de expressão direta ou indireta, verbal, física, comportamental ou outro, de forma a incomodar, amedrontar e intimidar a vítima. Isoladamente, as ações podem ser consideradas inofensivas, mas tornam-se perniciosas pela repetição;
- Efeitos danosos / devastadores na pessoa-alvo promovendo problemas sociais, psicológicos e psicossomáticos;
- História focada nos efeitos da vítima. As intenções dos agressores frequentemente não são investigáveis, e sim presumidas.

O livro⁴ *Assédio moral interpessoal e organizacional: um enfoque interdisciplinar* conceitua o assédio moral organizacional:

É um processo contínuo de hostilidades, estruturado via política organizacional ou gerencial, que tem como objetivo imediato aumentar a produtividade, diminuir custos, reforçar os espaços de controle, ou excluir os trabalhadores que a empresa não deseja manter em seus quadros. Pode ser direcionado para todo o grupo indiscriminadamente, ou para alvos determinados a partir de um perfil (ex. todas as gestantes da empresa, ou todos os trabalhadores que a empresa deseja despedir, mas não quer arcar com os custos da dispensa sem justa causa). Pode apresentar como repercussão os mesmos efeitos do assédio interpessoal: descompensações na saúde (física e psíquica); alterações nas condições gerais de trabalho — desligamento, afastamento, transferência do trabalho (a pedido ou não) ou mudanças na função.

O assédio sexual ocupacional é conceituado na cartilha³ do MPF da seguinte forma:

Uma ação ofensiva que atenta contra a disponibilidade sexual da pessoa, afrontando-lhe a liberdade sexual, isto é, o direito de dispor do próprio corpo, ou de não ser forçada a praticar ato sexual indesejado. Tal ação constitui-se em uma ofensa à honra e à dignidade sexual, entendida como sentimento

da dignidade pessoal e como direito de conceber, definir e exercer, respeitados os limites da moralidade pública, a atividade sexual. No caso do assédio sexual laboral, é atingida diretamente a dignidade das relações de trabalho, que tem a condição de bem jurídico protegido, enquanto garantia da liberdade, da igualdade, da autodeterminação e do direito a não discriminação no exercício do trabalho.

Na cartilha, é citado também o art. 216-A, *caput*, do Código Penal, o qual dispõe: “Constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente de sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função”³.

A discriminação ocupacional é conceituada na cartilha³ do MPF assim:

É toda distinção, exclusão, restrição ou preferência baseada em sexo, gênero, orientação sexual, deficiência, crença religiosa ou convicção filosófica ou política, raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnica, que tenha por objeto anular ou restringir o reconhecimento, gozo ou exercício, em igualdade de condições, de direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural ou em qualquer outro campo da vida pública ou privada.

A conceituação e classificação adequada dos tipos de violência ocupacional são importantes para definir o mapeamento e permitir o diálogo sobre o fenômeno.

EVIDÊNCIAS ACERCA DA PREVALÊNCIA DA VIOLÊNCIA E DOS RISCOS ASSOCIADOS DE ADOECIMENTO

Quanto aos dados epidemiológicos publicados internacionalmente, a violência ocupacional é documentada em alta prevalência em diversos grupos de trabalhadores e ambientes profissionais: profissionais de cirurgia⁷, enfermeiras⁸, salas de emergência⁹, bombeiros¹⁰, policiais¹¹, professores^{12,13}. É um fator de risco com correlação significante de

maior prevalência de comorbidades físicas e mentais e com consequências em desfechos ocupacionais.

O processo científico de determinação do nexo de causalidade entre fator de risco e doença é um processo histórico que envolve repetidas comparações entre populações expostas e não expostas a um fator de risco por estudos de coorte e caso controle. Essas comparações determinam maiores níveis de suspeição do nexo de causalidade e são finalizadas pelos ensaios clínicos que comprovam a diminuição do adoecimento pelo controle do fator de risco.

A associação de risco de violência com transtornos mentais possui evidências científicas respeitáveis. Uma revisão sistemática com metanálise de 2015, envolvendo três estudos de coorte com o total de 15.173 participantes, encontrou associação positiva entre exposição a *bullying* ocupacional e sintomas de depressão com força moderada de evidência científica, com *odds ratio* (OR) de 2,82 (intervalo de confiança de 95% — IC95% 2,21–3,59)¹⁴.

Outra revisão sistemática de 2015 avaliou a evidência em estudos transversais (N=115.783) e encontrou associação positiva entre transtornos mentais e *bullying* ocupacional com coeficiente de correlação produto-momento de Pearson de $r=0,28$ (IC95% 0,23–0,34) em relação à depressão; de $r=0,34$ (IC95% 0,29–0,40) quanto à ansiedade; e de $r=0,37$ (IC95% 0,30–0,44) no tocante a queixas de saúde ligadas ao estresse. A mesma revisão avaliou a evidência de estudos prospectivos (N=54.450) e constatou associação significativa com queixas de saúde mental e *bullying*, com $r=0,21$ (IC95% 0,13–0,21)¹⁵.

De acordo com uma revisão sistemática de 2019, a associação de *bullying* ocupacional com ideação suicida possui evidências científicas fracas e limitadas a estudos transversais, porém com achados positivos e significantes¹⁶.

No que se refere a comorbidades físicas, uma metanálise de 2018, envolvendo quatro estudos de coorte europeus com o total de 45.905 participantes, encontrou associação positiva entre diabetes e *bullying*, com *hazard ratio* (HR) de 1,46 (IC95% 1,23–1,74), e entre diabetes e ameaça ou violência física, com HR=1,26 (IC95% 1,02–1,56)¹⁷.

Outra metanálise de 2018, com três estudos de coorte europeus e o total de 79.201 trabalhadores, encontrou prevalência de exposição a *bullying* de 9% e de violência em meio ocupacional de 13% em um ano, com associação positiva entre doença cardiovascular e *bullying* ocupacional, com

HR=1,59 (IC95% 1,28–1,98), e violência ocupacional, com HR=1,25 (IC95% 1,12–1,40). O risco atribuído com doença cardiovascular foi de 5% para *bullying* ocupacional e de 3,1% para violência ocupacional¹⁸.

Uma revisão sistemática de 2015 encontrou associação significativa entre *bullying* ou violência interpessoal com distúrbios de sono, com OR=1,44 (IC95% 1,18–1,76)¹⁹.

Sobre desfechos ocupacionais, uma revisão sistemática de 2016, com metanálise envolvendo 10 estudos, achou evidências moderadas de associação entre *bullying* e absenteísmo, com OR=1,58 (IC95% 1,39–1,79)²⁰. Evidências limitadas a estudos transversais associam positivamente o *bullying* a presenteísmo^{21–23} e diminuição de produtividade^{24–27}.

Portanto, violência em ambiente de trabalho apresenta-se como um fenômeno potencialmente de alta prevalência, com associação de risco respeitável a agravos da saúde física e mental dos trabalhadores e em desfechos ocupacionais. A diretriz busca avaliar as evidências científicas acerca da eficácia de intervenções ocupacionais na redução e no controle desse fator de risco.

RESULTADOS

A Figura 1 resume os resultados da busca da informação científica. A metodologia e os artigos selecionados são listados detalhadamente nos anexos ao final da diretriz (Anexos 1, 2 e 3). A busca da evidência recuperou o total de 16.781 trabalhos, sendo 16.680 no Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) e 101 em outras bases e fontes de informação (Figura 1). Após a exclusão de 16.625 trabalhos, por não atenderem aos critérios de elegibilidade, 55 foram avaliados na íntegra, dos quais foram selecionados 10 para sustentar essa avaliação (Anexo 2). Dos estudos selecionados, quatro são ensaios clínicos randomizados^{28–31}, um é estudo coorte³², dois são estudos de comparação temporal de efeito (antes e depois)^{33,34}, e três referem-se a revisões sistemáticas^{35–37}.

O total de trabalhadores estudados foi de 611 profissionais nos estudos primários e 5.803 nas revisões sistemáticas. Duas pesquisas não especificam o número absoluto de trabalhadores, sendo um estudo *cluster* de 41 unidades hospitalares³¹ e outro uma revisão sistemática³⁷ que informa que a população-alvo é composta de 54% de trabalhadores da saúde e 11% do varejo. Os estudos nessa população do

varejo envolveram violência externa do tipo 1, que está fora do escopo desta diretriz.

Nos estudos primários, a população estudada foi 100% de profissionais de saúde, que, geralmente, a violência éocorria de pacientes contra enfermeiras ou cuidadores domiciliares. Quatro estudos primários^{28,30-32} abordaram intervenções preventivas para violência perpetrada por pacientes (tipo 2) e três estudos primários^{29,33,34} para violência entre colegas de trabalho (tipo 3).

As medidas preventivas observadas nos estudos primários, específicas para violência tipo 2 (trabalhador / paciente), foram ações educativas para promover identificação das situações e dos tipos de violência, habilidades de comunicação

(verbal, física e subjetiva) com o paciente, capacidade de manejo e enfrentamento das situações de violência iminente ou ocorrida^{28,30,32}, intervenções multimodais com medidas ambientais, administrativas e comportamentais individualizadas por setor hospitalar³¹.

O ensaio clínico de Arnetz et al.³¹, com intervenção multimodal, envolveu a padronização do mapeamento da violência, identificação dos setores de maior risco e severidade de violência tipo 2, visitas nos postos de trabalho ou reuniões curtas, em grupo de três e/ou quatro pessoas, compostas de gestores ou supervisores e outros representantes envolvidos no assunto. Nessas reuniões, o mapeamento de três anos da violência é apresentado em forma de gráficos, e a discussão da situação é aberta. Os supervisores ou gestores e trabalhadores envolvidos são empoderados, conjuntamente, a criar soluções individualizadas multimodais. Houve no estudo redução significativa da violência em comparação com o grupo controle com *incident rate ratio* (IRR) de 0,48 (IC95% 0,29–0,80) após seis meses e de IRR=0,37 (IC95% 0,17–0,83), após 24 meses.

Os demais estudos^{28,30,32} selecionados não obtiveram diferença significativa de redução dos eventos de violência em comparação com o grupo controle. O ensaio clínico de Baby et al.²⁸ comparou os efeitos de quatro sessões de treinamento de habilidades de comunicação com o treinamento sobre *mindfulness*, sem diferença significativa de benefício entre os dois grupos.

O estudo quase experimental de Baig³² comparou os efeitos de 4 horas de treinamento de comunicação e descalonamento de situações de violência com grupo não treinado, sem diferença significativa de redução dos eventos de violência em comparação com o grupo controle.

O ensaio clínico de Glass et al.³⁰ comparou os efeitos de treinamento eletrônico associado ao treinamento presencial com treinamento eletrônico isolado, não encontrando diferença significativa de diminuição dos eventos de violência tendo como referência o grupo controle. O treinamento eletrônico envolveu conceitos de violência ocupacional, legislação, técnicas de comunicação, enfrentamento e descalonamento da violência. O treinamento presencial abrangeu técnicas de comunicação e descalonamento da violência e simulação prática. Entretanto, nos estudos abarcando medidas educativas, houve benefício subjetivo e secundário de aumento de autoconfiança na identificação e no enfrentamento das situações de violência.

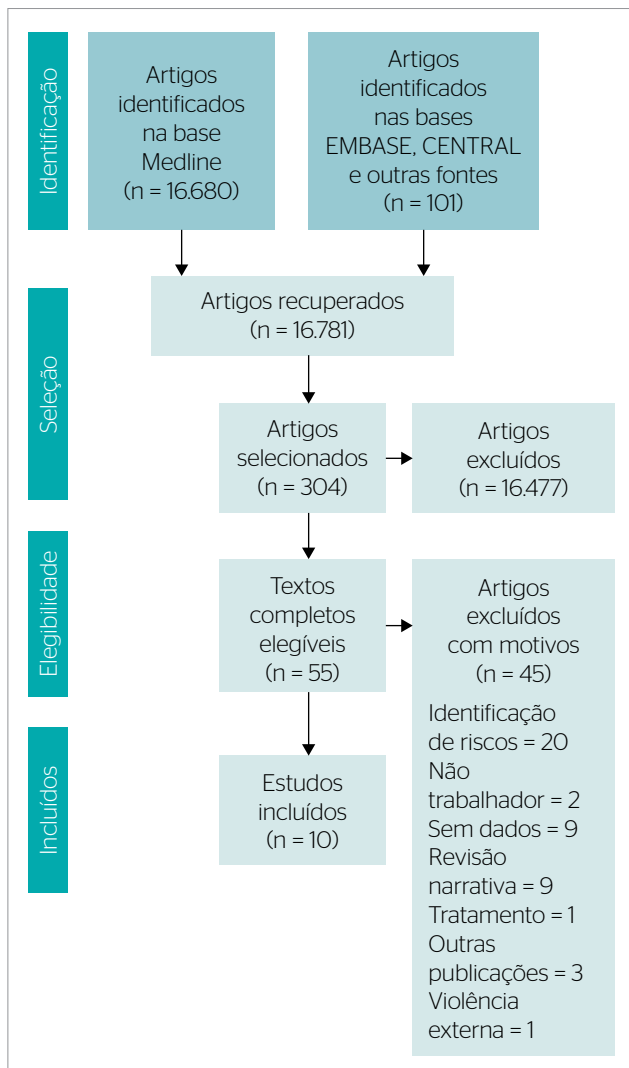


Figura 1. Fluxograma da seleção e inclusão dos artigos. São Paulo (SP), 2019.

Uma revisão sistemática³⁷ publicada em 2009 sobre violência ocupacional de qualquer classificação contemplou qualitativamente os resultados de 14 revisões sistemáticas, 11 estudos de coorte, sete estudos de caso controle e 35 estudos transversais. Especificamente para violência tipo 2, não foram encontrados ensaios clínicos, e as intervenções dos estudos primários limitaram-se a ações educativas. Os autores concluíram pela insuficiência na qualidade das evidências científicas em promover medidas generalizáveis de intervenção para violência tipo 2.

As medidas preventivas constatadas nos estudos primários, específicas para violência tipo 3 (trabalhador / trabalhador), envolveram medidas educativas^{29,33,34}. No ensaio clínico de Kang et al.²⁹, nove situações de violência tipo 3 foram validadas por enfermeiras de diversos níveis hierárquicos e profissionais da comunicação. Essas situações foram, então, simuladas pelas enfermeiras participantes e debatidas em um ambiente seguro para promoção do autoconhecimento sobre as emoções envolvidas em situações de *bullying*, de superação das emoções destrutivas quebrando o ciclo de repetição do *bullying* pelas vítimas, e de treinamento de habilidades de comunicação não violenta por meio da repetição da simulação. Nesse estudo houve benefício mensurado na redução da intenção de *turnover* e na qualidade dos relacionamentos interpessoais, porém não houve efeito na redução da prevalência de *bullying* ou de sintomas de depressão. Os questionários utilizados no estudo foram: *Negative Acts Questionnaire-Revised*, *Relationship Change Scale*, *Brief Symptom Inventory 18* e *Nurse Turnover Intention Tool*.

Por sua vez, os estudos observacionais de Lasater et al.³³ e Nikstaitis e Simko³⁴ pesquisaram intervenções semelhantes com módulos educacionais para promoção da conscientização sobre a importância da civilidade em ambiente de trabalho, estudo de casos sobre incivildade, dramatização / simulação (*roleplay*) de situações de incivildade, treinamento de habilidades de comunicação e manejo das situações de violência. No estudo de Lasater et al.³³, houve benefício na redução da percepção de incivildade e da autoconfiança no manejo das situações de violência. No estudo de Nikstaitis e Simko³⁴, viu-se aumento da percepção de incivildade, atribuído pelos autores como um sinal de aumento da capacidade de identificação. Os questionários utilizados nos estudos observacionais foram: *Nurse Incivility Scale* (NIS), *New General Self-Efficacy Scale* (NGSE) e *Workplace Collective Efficacy Scale* (WCES).

Dois revisões sistemáticas abordaram especificamente a eficácia das intervenções para a violência tipo 3: em população de enfermeiras, por Armstrong³⁵; e trabalhadores não selecionados, por Gillen et al.³⁶. Ambas consideraram o conjunto de evidências insuficiente para promover recomendações generalizáveis.

A revisão sistemática realizada por Gillen et al.³⁶ avaliou a efetividade de intervenções para *bullying* em cinco estudos selecionados. Uma das intervenções foi um programa aplicado em nível organizacional e cultural denominado *Civility, Respect, and Engagement in the Workforce* (CREW)³⁸, inicialmente aplicado nos hospitais da *Veterans Health Administration*. Primeiramente, o programa emergiu do entendimento pelas lideranças da empresa de que civilidade é uma prioridade, após a constatação por meio de estudos dentro da empresa, de que a falta de civilidade foi um motivo comum dos pedidos de demissão e de que havia alta prevalência de eventos de abuso verbal.

O CREW tem como premissa primordial o fato de que a mudança cultural e comportamental e as soluções para remoção das barreiras da civilidade devem emergir da motivação e percepção natural das pessoas, e não de um programa predefinido. O programa busca auxiliar a empresa a esclarecer a situação atual, as necessidades, as motivações e a capacidade de tomar as próprias decisões sobre incivildade. Ele não articula as necessidades ou direções nem planejamento, pois isso deve emergir naturalmente das pessoas da empresa. A contribuição do programa envolve a promoção do diálogo semanal sobre o problema e apoio interpessoal. Naturalmente, isso gera soluções individualizadas que emergem e são implementadas pelos próprios clientes do programa.

A revisão sistemática³⁶ avaliou a efetividade do CREW em dois estudos de baixa qualidade metodológica envolvendo 2.969 participantes e constatou aumento da civilidade, redução da incivildade e diminuição do tempo médio de absenteísmo. Outras intervenções avaliadas nessa revisão³⁶ por dois estudos experimentais sem grupo controle e 1 ensaio clínico envolveram:

- Escrita estruturada das emoções e percepções ocupacionais;
- Intervenção baseada em terapia cognitiva comportamental em trabalhadores com prejuízo cognitivo leve a moderado;
- Intervenção multimodal envolvendo treinamento de manejo de estresse e de conscientização sobre incivildade

associado à comunicação de política de empresa sobre civildade.

Esses estudos não resultaram em benefício mensurável na redução da vitimização por *bullying*. A revisão considerou o conjunto de evidências de qualidade muito baixa, insuficiente para promover recomendações generalizáveis.

A revisão sistemática por Armstrong³⁵ selecionou 10 estudos experimentais não controlados em serviços de saúde, sendo seis quase experimentais e quatro com análise temporal do tipo antes e depois. Nessa revisão, são citados dois estudos quase experimentais que avaliaram os efeitos do CREW na população de enfermeiras com efeitos positivos no reconhecimento, no enfrentamento e na adaptação das situações de incivildade e busca de suporte no ambiente ocupacional. Os demais estudos compreenderam intervenções educacionais heterogêneas envolvendo conscientização sobre a importância da (in)civildade ocupacional, simulação de situações de incivildade, treinamento de técnicas de comunicação no enfrentamento da incivildade, com efeitos positivos na capacidade de reconhecimento da incivildade, autoconfiança no enfrentamento dessas situações e no acesso a suporte. Os autores da revisão, apesar da baixa qualidade da evidência científica no assunto, foram favoráveis, qualitativamente, ao uso de medidas educativas acerca da incivildade em enfermeiras como intervenção.

DISCUSSÃO

Após avaliação, a qualidade da evidência científica coletada no Anexo 3 desta diretriz foi considerada insuficiente para a elaboração de uma recomendação generalizável. Essa conclusão não se traduz em inação por parte da empresa nem do médico do trabalho diante do evento de violência, e sim em ausência de certeza científica acerca da efetividade das ações testadas pelos estudos primários na redução da prevalência do evento. A conclusão é consistente com revisões sistemáticas publicadas sobre o tema³⁵⁻³⁷, entretanto a metodologia presente nos estudos primários esclarece as condições necessárias para a criação e implementação de programas piloto.

As evidências científicas apontam para a necessidade de um olhar multifatorial e abrangente sobre a violência ocupacional. Um desenho consistente de intervenções

piloto exige algumas informações e ações estruturadas de implementação de forma semelhante ao que ocorre nos estudos experimentais^{31,38}:

- Um mapeamento populacional organizado e padronizado dos eventos de violência. Ele permite a identificação e classificação dos eventos de violência, a mensuração de sua prevalência, a identificação dos setores de maior risco e severidade, o cruzamento de dados com outros desfechos ocupacionais de interesse como sintomas de adoecimento mental, insatisfação no trabalho, baixa produtividade, absenteísmo e alta rotatividade. Esse mapeamento populacional pode ser, posteriormente, apresentado a representantes da empresa, possibilitando a definição de prioridades quanto à violência;
- Diversos atores da empresa, empoderados pelas evidências epidemiológicas locais, criam um consenso sobre o conceito e a importância da violência ocupacional e da civildade. Membros da empresa identificam os diversos fatores de risco percebidos (ergonômicos, organizacionais, culturais, entre outros) que favorecem a ocorrência da violência. Baseados no mapeamento, no consenso e na identificação dos fatores de risco da violência, os membros da empresa realizam o desenho de medidas experimentais para a promoção da civildade;
- Mensuração da efetividade, custo e dificuldade de implementação do programa piloto na redução ou no manejo da violência e presença de benefícios secundários qualitativos, como confiança de enfrentamento da situação de violência, civildade, satisfação no trabalho, produtividade, entre outros;
- Adequada vinculação com ações envolvendo justiça organizacional e estatal de acordo com a gravidade dos casos identificados;
- Ampliação, redução, readequação do programa piloto de acordo com sua efetividade.

O método de mapeamento populacional aplicado na maioria dos estudos envolveu utilização de questionários ou entrevista estruturada. A criação de uma padronização do registro por consenso e adaptada à realidade local da violência pode reduzir imprecisões e aumentar a confiabilidade do mapeamento³¹. Um instrumento potencialmente útil para o mapeamento da violência do tipo 3 é o *Negative Acts Questionnaire*, que possui validação para o português^{39,40}. Um questionário brasileiro validado e parcialmente criado

por Bordignon pode ser útil por sua abrangência incluindo violência sexual⁴¹. Outra opção é o Inventário Leymann de Terror Psicológico (LIPT)⁴², desenvolvido por Leymann.

A expressão da violência pode ser heterogênea de acordo com a atividade de trabalho, fatores organizacionais e culturais. Isso é ilustrado por Kang et al.²⁹, que explorou a violência do tipo 3 em enfermeiras. Nessa população, as atitudes de sabotagem podem ser sutis e incrustadas na atividade de trabalho, além de ser de difícil investigação. Como exemplos ilustrativos citados no estudo, há a sabotagem por parte de enfermeiras experientes, em não responder ao chamado de enfermeira júnior por conta do desprezo pela colega e em ocultar informação sobre paciente entre enfermeiras de diferentes turnos que se desprezam, prejudicando o cuidado do paciente.

O estudo de fatores de risco organizacionais e a generalização dos achados são desafios científicos, uma vez que as empresas ou atividades ocupacionais possuem presumidamente grande heterogeneidade em sua estruturação organizacional e cultural, o que eleva a possibilidade de um mesmo fator de risco possuir impacto diferenciado de acordo com a atividade de trabalho e a presença de outros fatores de risco sinérgicos. Isso se traduz na necessidade de identificação e mapeamento dos fatores de risco em nível local. Os estudos selecionados nesta diretriz esclarecem a relevância de se priorizar a percepção dos membros da empresa de qualquer nível hierárquico sobre a importância da violência e no desenho das soluções piloto, pois, sem um consenso, não há aderência para mudança. Por exemplo, no estudo de Kang et al.²⁹, a simulação educativa de eventos de violência tipo 3 passou por validação de enfermeiras de diferentes níveis hierárquicos. O programa CREW³⁸ para promoção da civilidade possui soluções e prioridades desenhadas pelos membros da empresa, e não pelo consultor do programa. Para violência tipo 2, o estudo do Arnetz et al.³¹ seguiu a mesma estratégia de empoderamento dos envolvidos nos eventos da violência para criação das soluções piloto.

A identificação de fatores de risco organizacionais percebidos pode seguir uma metodologia científica conforme ilustrado nos estudos a seguir.

Gacki-Smith et al.⁴³ exploraram a experiência e a percepção sobre violência no trabalho em 3.465 enfermeiras norte-americanas de salas de emergência por intermédio de questionários, encontrando associação significativa de violência no trabalho do tipo 2, com fatores organizacionais

percebidos por mais de 50% das enfermeiras: alto volume de pacientes, longas horas de espera, pacientes psiquiátricos ou com demência, percepção negativa dos pacientes quanto a linguagem, atitude e cuidado das enfermeiras. O estudo também explorou a percepção das enfermeiras no tocante às barreiras de registro dos eventos de violência ocupacional tipo 2: temor de prejuízo na pontuação de qualidade de cuidado ao cliente, políticas ambíguas de registro de violência, medo de retaliação por parte de gestores, percepção de que o registro do evento seja percebido como um sinal de fraqueza ou incompetência, percepção cultural de que a violência faz parte do trabalho, percepção de que o relato não vai promover ações efetivas de combate à violência.

Notelaers et al.⁴⁴ realizou um estudo transversal envolvendo 5.727 trabalhadores belgas de 19 organizações associando, de forma significativa, a percepção de desbalanço entre esforço e recompensa com exposição a *bullying*. O estudo permitiu a formulação de modelos teóricos pelos autores: o trabalhador com percepção de baixa recompensa e de injustiça no trabalho desenvolve atitudes de desobediência a normas e/ou sinaliza menor posição social, promovendo atitude negativa dos colegas.

Concluindo, a violência em ambiente de trabalho é um fenômeno multifatorial envolvendo elementos presentes em indivíduos, organização, cultura, circunstâncias e relacionamentos de uma empresa. É necessária uma abordagem igualmente multifacetada em forma de programas piloto desenhados em conjunto com todos os setores da empresa.

RECOMENDAÇÃO

A evidência disponível para sustentar o uso de medidas preventivas da violência no ambiente ocupacional é incerta e insuficiente, pois foi estudada por meio de evidência com força muito baixa e expressa de forma quase que exclusivamente qualitativa, não permitindo estimar seu real efeito na redução do risco de violência no trabalho.

Apesar de algum benefício ter sido demonstrado em grupos profissionais restritos principalmente à área da saúde, como também no que concerne a desfechos relacionados ao manejo e às consequências da violência nos profissionais vitimados, não há intervenções ou exposições padronizadas nem sistematicamente testadas que possam ser extrapoladas, sequer para grupos de trabalhadores específicos.

Então, mesmo em locais com alto risco ou com a presença de eventos de violência do tipo 2 e 3, não há no momento intervenções disponíveis que possam ser recomendadas de forma generalizada para reduzir esse risco ou mesmo o número de eventos. Esse fato não deve promover a inação por parte da empresa, e sim articular programas piloto desenhados em conjunto com diversos setores da empresa e fundamentados em dados epidemiológicos locais, considerando

a possibilidade de benefícios secundários, além da redução da prevalência dos eventos de violência.

Sugere-se que iniciativas já em curso ou mesmo advindas desta avaliação sejam adequadamente testadas e estudadas no ambiente ocupacional, sobretudo naqueles sabidamente com risco aumentado de eventos, para que no futuro possam subsidiar o investimento em padronizações generalizáveis que efetivamente reduzam o risco de violência.

REFERÊNCIAS

1. International Labor Organization. Sectoral Activities Program. Code of practice on workplace violence in services sectors and measures to combat this phenomenon. Genebra: International Labor Organization; 2003.
2. Occupational Safety and Health Administration: Enforcement Procedures for Investigating or Inspecting Workplace Violence Incidents. Directive Number: CPL 02-01-052. Washington, D.C.: U.S. Department of Labor; 2011.
3. Brasil. Ministério Público Federal. Assédio moral, assédio sexual e discriminação: saiba mais sobre essas distorções de conduta no ambiente de trabalho. Brasília: Ministério Público Federal; 2016.
4. Soboll LAP, Thereza CG. Assédio moral interpessoal e organizacional: um enfoque interdisciplinar. São Paulo: LTR; 2009.
5. Glina DMR, Rocha LE. Saúde mental no trabalho: da teoria à prática. São Paulo: Roca; 2016.
6. Mendes R. Patologia do Trabalho. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2013.
7. Halim UA, Riding DM. Systematic review of the prevalence, impact and mitigating strategies for bullying, undermining behaviour and harassment in the surgical workplace. *Brit J Surg*. 2018;105(11):1390-7. <https://doi.org/10.1002/bjs.10926>
8. Cavalcanti AL, Belo EDR, Marcolino EC, Fernandes A, Cavalcanti YW, de Carvalho DF et al. Occupational violence against Brazilian nurses. *Iran J Public Health*. 2018;47(11):1636-43.
9. Pourshaikhian M, Gorji HA, Aryankhesal A, Khorasani-Zavareh D, Barati A. A systematic literature review: workplace violence against emergency medical services personnel. *Arch Trauma Res*. 2016;5(1):e28734. <https://doi.org/10.5812/atr.28734>
10. Pinto CM, Radon K, van Dijk F. Violence at Work and Mental Distress among Firefighters in Guatemala. *Ann Glob Health*. 2018;84(3):532-7. <https://doi.org/10.29024/aogh.2306>
11. Svedberg P, Alexanderson K. Associations between sickness absence and harassment, threats, violence, or discrimination: A cross-sectional study of the Swedish Police. *Work*. 2012;42(1):83-92. <https://doi.org/10.3233/WOR-2012-1333>
12. Tiesman H, Konda S, Hendricks S, Mercer D, Amandus H. Workplace violence among Pennsylvania education workers: Differences among occupations. *J Safety Res*. 2013;44:65-71. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2012.09.006>
13. Gluschkoff K, Elovainio M, Hintsala T, Pentti J, Salo P, Kivimäki M, et al. Organisational justice protects against the negative effect of workplace violence on teachers' sleep: A longitudinal cohort study. *Occup Environ Med*. 2017;74(7):511-6. <https://doi.org/10.1136/oemed-2016-104027>
14. Theorell T, Hammarström A, Aronsson G, Bendz LT, Grape T, Hogstedt C, et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health*. 2015;15:738. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1954-4>
15. Verkuil B, Atasayi S, Molendijk ML. Workplace bullying and mental health: a meta-analysis on cross-sectional and longitudinal data. *PloS One*. 2015;10(8):e0135225. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135225>
16. Leach LS, Poyser C, Butterworth P. Workplace bullying and the association with suicidal ideation/thoughts and behaviour: a systematic review. *Occup Environ Med*. 2017;74(1):72-9. <https://doi.org/10.1136/oemed-2016-103726>
17. Xu T, Hanson LLM, Lange T, Starkopf L, Westerlund H, Madsen IE, et al. Workplace bullying and violence as risk factors for type 2 diabetes: a multicohort study and meta-analysis. *Diabetologia*. 2018;61(1):75-83. <https://doi.org/10.1007/s00125-017-4480-3>
18. Xu T, Magnusson Hanson LL, Lange T, Starkopf L, Westerlund H, Madsen IE, et al. Workplace bullying and workplace violence as risk factors for cardiovascular disease: a multi-cohort study. *Eur Heart J*. 2019;40(14):1124-34. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy683>
19. Linton SJ, Kecklund G, Franklin KA, Leissner LC, Sivertsen B, Lindberg E, et al. The effect of the work environment on future sleep disturbances: a systematic review. *Sleep Med Rev*. 2015;23:10-9. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2014.10.010>
20. Nielsen MB, Indregard AMR, Øverland S. Workplace bullying and sickness absence: a systematic review and meta-analysis of the research literature. *Scand J Work Environ Health*. 2016;42(5):359-70. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3579>
21. Neto M, Ferreira AI, Martinez LF, Ferreira PC. Workplace bullying and presenteeism: The path through emotional exhaustion and psychological wellbeing. *Ann Work Expo Health*. 2017;61(5):528-38. <https://doi.org/10.1093/annweh/wxx022>
22. Conway PM, Clausen T, Hansen ÅM, Hogh A. Workplace bullying and sickness presenteeism: cross-sectional and prospective associations in a 2-year follow-up study. *Int Arch Occup Environ Health*. 2016;89(1):103-14. <https://doi.org/10.1007/s00420-015-1055-9>

23. Janssens H, Clays E, de Clercq B, de Bacquer D, Casini A, Kittel F, et al. Association between psychosocial characteristics of work and presenteeism: A cross-sectional study. *Int J Occup Med Environ Health*. 2016;29(2):331-44. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.00588>
24. Cho YS, Park JB, Lee KJ, Min KB, Baek CI. The association between Korean workers' presenteeism and psychosocial factors within workplaces. *Ann Occup Environ Med*. 2016;28(1):41. <https://doi.org/10.1186/s40557-016-0124-1>
25. Terzioglu F, Temel S, Uslu Sahar F. Factors affecting performance and productivity of nurses: professional attitude, organisational justice, organisational culture and mobbing. *J Nurs Manag*. 2016;24(6):735-44. <https://doi.org/10.1111/jonm.12377>
26. Lewis PS, Malecha A. The impact of workplace incivility on the work environment, manager skill, and productivity. *J Nurs Adm*. 2011;41(1):41-7. <https://doi.org/10.1097/NNA.Ob013e3182002a4c>
27. Bambi S, Foà C, De Felippis C, Lucchini A, Guazzini A, Rasero L. Workplace incivility, lateral violence and bullying among nurses. A review about their prevalence and related factors. *Acta Biomed*. 2018;89(Supl. 6):51-79. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i6-S.7461>
28. Baby M, Gale C, Swain N. A communication skills intervention to minimize patient perpetrated aggression for healthcare support workers in New Zealand: A cluster randomised controlled trial. *Health Soc Care Community*. 2019;27(1):170-81. <https://doi.org/10.1111/hsc.12636>
29. Kang J, Kim JI, Yun S. Effects of a Cognitive Rehearsal Program on Interpersonal Relationships, Workplace Bullying, Symptom Experience, and Turnover Intention among Nurses: A Randomized Controlled Trial. *J Korean Acad Nurs*. 2017;47(5):689-99. <https://doi.org/10.4040/jkan.2017.47.5.689>
30. Glass N, Hanson GC, Anger WK, Laharnar N, Campbell JC, Weinstein M, et al. Computer-based training (CBT) intervention reduces workplace violence and harassment for homecare workers. *Am J Ind Med*. 2017;60(7):635-43. <https://doi.org/10.1002/ajim.22728>
31. Arnetz JE, Hamblin L, Russell J, Upfal MJ, Luborsky M, Janisse J, et al. Preventing Patient-to-Worker Violence in Hospitals: Outcome of a Randomized Controlled Intervention. *J Occup Environ Med*. 2017;59(1):18-27. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000909>
32. Baig L, Tanzil S, Shaikh S, Hashmi I, Khan MA, Polkowski M. Effectiveness of training on de-escalation of violence and management of aggressive behavior faced by health care providers in a public sector hospital of Karachi. *Pak J Med Sci*. 2018;34(2):294-9. <https://doi.org/10.12669/pjms.342.14432>
33. Lasater K, Mood L, Buchwach D, Dieckmann NF. Reducing incivility in the workplace: results of a three-part educational intervention. *J Contin Educ Nurs*. 2015;46(1):15-24. <https://doi.org/10.3928/00220124-20141224-01>
34. Nikstaitis T, Simko LC. Incivility among intensive care nurses: the effects of an educational intervention. *Dimens Crit Care Nurs*. 2014;33(5):293-301. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000061>
35. Armstrong N. Management of Nursing Workplace Incivility in the Health Care Settings: A Systematic Review. *Workplace Health Saf*. 2018;66(8):403-10. <https://doi.org/10.1177/2165079918771106>
36. Gillen PA, Sinclair M, Kernohan WG, Begley CM, Luyben AG. Interventions for prevention of bullying in the workplace. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(1):CD009778. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009778.pub2>
37. Wassell JT. Workplace violence intervention effectiveness: A systematic literature review. *Safety Science*. 2009;47(8):1049-55. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2008.12.001>
38. Osatuke K, Moore SC, Ward C, Dyrenforth SR, Belton L. Civility, respect, engagement in the workforce (CREW) nationwide organization development intervention at Veterans Health Administration. *J Appl Behav Sci*. 2009;45(3):384-410. <https://doi.org/10.1177/2F0021886309335067>
39. Maciel RH, Gonçalves RC. Pesquisando o assédio moral: a questão do método do Negative Acts Questionnaire (NAQ) para o Brasil. In: Soboll LAP, ed. *Violência psicológica e assédio moral no trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008. p. 167-85.
40. Silva IV, de Aquino EM, Pinto ICDM. Características psicométricas do Negative Acts Questionnaire para detecção do assédio moral no trabalho: estudo avaliativo do instrumento com uma amostra de servidores estaduais da saúde. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2017;42:e2. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000128715>
41. Bordignon M, Monteiro MI. Validade aparente de um questionário para avaliação da violência no trabalho. *Acta Paul Enferm*. 2015;28(6):601-8. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500098>
42. Bradaschia CA. Assédio moral no trabalho: a sistematização dos estudos sobre um campo em construção [dissertação]. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas; 2007.
43. Gacki-Smith J, Juarez AM, Boyett L, Homeyer C, Robinson L, MacLean SL. Violence against nurses working in US emergency departments. *J Nursing Adm*. 2009;39(7-8):340-9. <https://doi.org/10.1097/NNA.Ob013e3181ae97db>
44. Notelaers G, Törnroos M, Salin D. Effort-reward imbalance: a risk factor for exposure to workplace bullying. *Front Psychol*. 2019;10:386. <https://dx.doi.org/10.3389%2Ffpsyg.2019.00386>
45. Hultcrantz M, Rind D, Akl EA, Treweek S, Mustafa RA, Iorio A, et al. The GRADE Working Group clarifies the construct of certainty of evidence. *J Clin Epidemiol*. 2017;87:4-13. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.05.006>
46. Oxford Centre for Evidence-based Medicine. Oxford Centre for Evidence-based Medicine: Levels of Evidence [Internet]. Oxford: Oxford Centre for Evidence-based Medicine; 2009 [acessado em 13 abril 2019]. Disponível em: <https://www.cebm.net/2009/06/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009>

Endereço para correspondência: Eduardo Myung - Rua Eça de Queiroz, 172, ap. 91 - CEP: 04011-031 - Vila Mariana - São Paulo (SP), Brasil - E-mail: eduardo.myung@gmail.com

Anexo 1. Metodologia.

A metodologia utilizada seguiu os seguintes passos: elaboração e estruturação da dúvida clínica, definição dos critérios de elegibilidade dos estudos a serem incluídos ou excluídos, bases primárias de informação científica consultadas com suas respectivas (virtuais) estratégias de busca, critérios utilizados para avaliar o risco de vieses e a força da evidência, dados extraídos e analisados da evidência selecionada, e recomendação.

Dúvida clínica

Quais são as medidas preventivas que produzem redução da violência no trabalho?

Pergunta estruturada

P: Paciente adulto em ambiente ocupacional com ou sem presença de violência atual;

I: Medidas preventivas;

C: Sem ou após as medidas preventivas;

O: Incidência de violência.

Critérios de elegibilidade**De inclusão**

- Elementos do PICO;
- Ensaios clínicos randomizados; estudos coortes observacionais; estudos antes e depois; revisão sistemática com ou sem metanálise;
- Sem restrição a idioma e período;
- Texto completo ou resumo com dados.

De exclusão

- População fora do ambiente ou escopo ocupacional;
- Estudos de tratamento da violência;
- Estudos de identificação de risco ou diagnóstico;
- Violência externa.

Bases de informação científica consultadas

Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), EMBASE, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL). Busca manual e cinzenta.

Estratégias de busca**MEDLINE**

#1: (Worker OR Workplace OR Workplaces OR Work OR Job OR Worksite OR Employment OR Occupation* OR Occupational OR Industry OR Occupational diseases) AND (violence OR Bullying OR Incivility OR Physical Abuse)

#2: AND random*

#3: AND ((epidemiologic methods OR comparative study OR comparative studies OR Therapy/broad[filter]) AND (prevention and control))

#4: AND ((epidemiologic methods OR comparative study OR comparative studies OR Therapy/broad[filter] OR (prevention and control))

#5: #1 OR #2 OR #3 OR #4

EMBASE

Workplace AND violence AND prevention

Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) Workplace violence

Avaliação do risco de vieses e força da evidência

O risco de vieses nos ensaios clínicos randomizados inclui os seguintes itens a serem avaliados: randomização, alocação vendada, cegamento, perdas, características prognósticas, desfechos, análise por intenção de tratamento, cálculo amostral, interrupção precoce, outros.

Continua...

Anexo 1. Continuação.

Os estudos coortes observacionais têm seu risco de vieses avaliados segundo os seguintes itens: exposição, comparabilidade e desfechos. Os estudos antes e depois não têm seu risco de vieses avaliados, pois são considerados como série de casos.

As revisões sistemáticas são avaliadas segundo o risco de vieses dos estudos incluídos, o tipo de análise utilizada e a qualidade metodológica.

A força da evidência, se nessa avaliação for factível à metanálise por desfechos, é definida segundo o *Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation* (GRADE)⁴⁵. Caso contrário, utiliza-se a classificação segundo *Oxford Centre for Evidence-based Medicine: Levels of Evidence*⁴⁶, sendo inserido nas referências os graus de recomendação A ou B ou C.

Dados extraídos, medidas utilizadas e método de análise

Por meio da evidência selecionada, foram extraídos os seguintes dados: nome do autor e ano de publicação, características da população estudada, características das medidas preventivas adotadas (intervenção ou exposição) e de suas respectivas comparações, desfechos analisados e tempo de seguimento.

As medidas utilizadas, caso os desfechos avaliados nos estudos sejam quantificados, são para variáveis contínuas, médias, diferença de médias e desvios padrão, e para variáveis categóricas, riscos absolutos, diferença de risco e intervalo de confiança de 95% (IC95%).

Para cada desfecho extraído (se quantificado), comum a um ou mais estudos, é aplicada a metanálise utilizando-se o *software* Cochrane (RevMan 5.3), e os detalhes da análise (se realizada) acompanham a expressão nos resultados.

Recomendação

As recomendações são elaboradas pelo comitê de diretrizes da Associação Nacional de Medicina do Trabalho (ANAMT), levando em consideração a evidência selecionada, a experiência dos especialistas na abordagem de violência ocupacional e os valores do trabalhador brasileiro.

Essas recomendações são graduadas com base na metodologia expressa, anteriormente, segundo o método de definição da força da evidência.

Anexo 2. Resumo dos estudos selecionados: prevenção da violência no trabalho.

Autor e ano	Desenho	População	Intervenção/Exposição	Comparação	Desfechos/Resultados	Tempo
Baby et al. (2019) ²⁸	ECR	Trabalhadores em cuidados de saúde mental (N=127)	Sessões (n=4) de treinamento em habilidades de comunicação (N=64)	Exercícios em prática reflexiva (N=63)	Queda na taxa de agressão ao longo do tempo de 10,37 (916) para 6,07 (6,92) (POPAS-NZ) na intervenção e controle. Mais bem-estar psicológico, competência de comunicação e redução no sofrimento em ambos os grupos. Sem diferença entre os grupos.	6 meses
Kang et al. (2017) ²⁹	ECR	Enfermeiras (N=44)	Programa de ensaio cognitivo (N=22)	Sem programa (N=22)	Diferença nas relações interpessoais e intenção de <i>turnover</i> entre os dois grupos. Sem diferença no assédio nem na experiência com sintomas.	1 mês
Glass et al. (2017) ³⁰	ECR	Profissionais de <i>homecare</i> (N=306)	Treinamento baseado em computador (N=154)	Treinamento em computador + pessoal (N=152)	Melhora na confiança em prevenir violência e assédio e responder a ambos. Redução de incidentes de violência e assédio em ambos os grupos, sem diferença entre eles.	6 meses

Continua...

Anexo 2. Continuação.

Autor e ano	Desenho	População	Intervenção/Exposição	Comparação	Desfechos/Resultados	Tempo
Arnetz et al. (2017) ³¹	ECR	Hospitais (N=41)	Visita de 45' no local de trabalho expondo dados de violência e propondo intervenções (N=21)	Sem visita (N=20)	Redução de incidentes de violência no grupo intervenção comparado ao controle. IRR=0,37 (IC95% 0,17-0,83).	24 meses
Baig et al. (2018) ³²	Coorte	Profissionais de saúde (N=141)	Treinamento para redução de violência (N=71)	Sem treinamento (N=70)	Mais confiança do profissional em lidar com a violência do paciente. Sem diferença entre os grupos na frequência de violência.	4 meses
Lasater et al. (2015) ³³	Antes e depois	Enfermeiras (N=94)	Intervenção educacional em três partes (N=94)	Depois	Redução na incivilidade percebida e aumento de autoeficácia	24 meses
Nikstaitis e Simko (2014) ³⁴	Antes e depois	Enfermeiras de UTI (N=26)	Sessões educativas (6) (N=26)	Depois	Sem diferença significativa na incivilidade percebida.	3 meses
Armstrong (2018) ³⁵	Revisão sistemática	Enfermeiras (N=1.687)	Educação sobre incivilidade no local de trabalho, treinamento sobre técnicas eficazes de comunicação para combater incivilidade no local de trabalho e estratégias de aprendizagem ativa para a prática das técnicas de comunicação recentemente aprendidas	Depois	O uso combinado das intervenções é útil no manejo e na redução da incivilidade no local de trabalho.	?
Gillen et al. (2017) ³⁶	Revisão sistemática	Trabalhadores (N=4.116)	1. Civility, Respect, and Engagement in the Workforce (CREW) intervention; 2. exercícios educativos; 3. intervenção cognitivo-comportamental; 4. combinações de treinamento em comunicação, gestão de estresse e conscientização de comportamentos negativos	Controle sem intervenção ou depois	1. Aumento na civildade (5%) em 6 a 12 meses. Diminuição na vitimização por incivilidade do supervisor. Redução no absenteísmo; 2. Redução no assédio medido com a perpetuação de incivilidade, sem diferença pela vitimização; 3 e 4. Sem diferença no assédio.	3 a 12 meses
Wassell (2009) ³⁷	Revisão sistemática	Indústria de saúde (54%); varejo (11%)	1. Intervenções no ambiente de trabalho (varejo); 2. Comportamentais (saúde)	Com ou sem controle	Redução na ocorrência de eventos; aumento na capacidade de manejo, confiança e segurança.	?

ECR: ensaio clínico randomizado; POPAS-NZ: Perception of Patient Aggression Scale - New Zealand; IRR: Incident Rate Ratios; IC95%: intervalo de confiança de 95%; UTI: unidade de terapia intensiva.

Anexo 3. Risco de vieses dos estudos selecionados.

O risco de vieses (Tabela 1) considerado para os ensaios clínicos randomizados (ECR) foi elevado em razão da presença dos seguintes vieses: falta de informação do método de randomização (dois estudos), ausência de duplo cegamento em todos os estudos, perdas maiores de 20% (um estudo), falta de análise por intenção de tratamento (três estudos) e ausência de cálculo amostral (dois estudos).

O risco de vieses do estudo coorte observacional foi considerado baixo.

O risco de vieses nas revisões sistemáticas incluídas foi considerado muito alto, pois, apesar da presença de revisão sistemática Cochrane de qualidade elevada, as três revisões incluíram estudos de qualidade muito baixa e nenhuma pôde metanalisar os dados.

Como informado no artigo, os estudos antes e depois, como série de casos que são, têm alto risco de vieses.

Tabela 1. Risco de vieses dos ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas.

Ensaios clínicos randomizados										
Autor e ano	Randomização	Alocação vendada	Duplo cego	Perdas <20%	Desfechos	Características prognósticas	Análise por IT	Interrupção precoce	Cálculo amostral	Outros
Baby et al. (2019)										
Kang et al. (2017)										
Glass et al. (2017)										
Arnetz et al. (2017)										

IT: intenção de tratar

Coorte			
Autor e ano	Seleção	Comparabilidade	Desfecho
Baig (2018)			

Revisões sistemáticas			
Autor e ano	Desenho incluído	Metanálise	Qualidade
Armstrong (2018)			
Gillen et al. (2017)			
Wassell (2009)			

Gabarito	
	Ausência de viés
	Sem informação
	Presença de viés