



VIOLÊNCIA NO TRABALHO

MAPEAMENTO EPIDEMIOLÓGICO E INTERVENÇÃO PREVENTIVA

AUTORIA: ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MEDICINA DO TRABALHO

PARTICIPANTES: MYUNG E, DOMINGOS NETO J, MURTA GA, VIEIRA A, LIMA PR, LESSA LA, BENARDO WM

ELABORAÇÃO: 01 DE JUNHO DE 2019.

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. FOI REALIZADA A PARTIR DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA NAS BASES DE DADOS MEDLINE, EMBASE, CENTRAL COCHRANE, RECUPERANDO 16.680 TRABALHOS, SENDO SELECIONADOS 10 (FIGURA 1 – ANEXO I) PARA RESPONDER À DÚVIDA CLÍNICA: QUAIS SÃO AS MEDIDAS PREVENTIVAS QUE PRODUZEM REDUÇÃO DA VIOLÊNCIA NO TRABALHO? OS DETALHES DA METODOLOGIA E DOS RESULTADOS DESSA DIRETRIZ ESTÃO EXPOSTOS DO ANEXO I.

PONTOS CHAVE

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 incrustrada 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.

INTRODUÇÃO

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 ILO (*International Labor Organization*) 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 de, ou como resultado direto seu trabalho”. A publicação também divide a violência em 2 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 OSHA² (*Occupational Safety and Health Administration*) classifica a violência em ambiente de trabalho em 4 tipos que se diferenciam quanto ao agressor e a natureza da agressão. Essa classificação costuma ser citada em estudos observacionais ou experimentais do tema.

- Tipo 1: Violência criminosa (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 tipo 2 e 3.

O assédio moral no trabalho possui conceituação e identificação complexas pois este é de difícil investigação ou mapeamento por estar incrustado no relacionamento, comunicação interpessoal, cotidiano e organização profissional e na subjetividade individual dos envolvidos. O Ministério Público Federal (MPF) em sua cartilha³ “Assédio Moral, Assédio Sexual e Discriminação” cita um conceito de 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 a citação de conceitos e autores que são aprofundados no livro⁴ “Assédio Moral Interpessoal e Organizacional: Um enfoque interdisciplinar” da editora LTR com participação da Dra. 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 assédio moral. 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 Dra. Lys Esther Rocha e Débora Miriam Raab Glina e o livro⁶ “Patologia do Trabalho” coordenado pelo Dr. René Mendes.

Os termos mobbing e bullying são considerados sinônimos do 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 à regras culturais ou organizacionais através 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 se tornam 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: “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: “Assédio sexual é, portanto, 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”.

A discriminação ocupacional é conceituada na cartilha³ do MPF: “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.”

EVIDÊNCIA DE SUSTENTAÇÃO ÀS RECOMENDAÇÕES

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(**B**), enfermeiras⁸(**B**), salas de emergência⁹(**B**), bombeiros¹⁰(**B**), policiais¹¹(**B**), professores^{12,13}(**B**). É um fator de risco com correlação significativa de uma 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, que determinam maiores níveis de suspeição do nexo de causalidade, e enfim finalizado 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 meta análise de 2015 envolvendo 3 estudos de coorte com um total de 15173 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 (95 % IC 2.21 - 3.59)¹⁴(**B**). Outra revisão sistemática de 2015 avaliou a evidência em estudos transversais (N = 115783) e encontrou associação positiva entre transtornos mentais e bullying ocupacional com coeficiente de correlação produto-momento de Pearson de $r = 0.28$ (95% IC 0.23 a 0.34) em relação a depressão, de $r = 0.34$ (95% IC = 0.29 a 0.40) em relação a ansiedade e de $r = 0.37$ (95% CI = 0.30 a 0.44) em relação a queixas de saúde relacionadas ao estresse. A mesma revisão avaliou a evidência de estudos prospectivos (N = 54450)

encontrando associação significativa com queixas de saúde mental e bullying com $r = 0.21$ (95% CI = 0.13 a 0.21)¹⁵(**B**). 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(**B**).

Com relação a comorbidades físicas, uma meta análise de 2018 envolvendo 4 estudos de coorte europeus com um total de 45905 participantes encontrou associação positiva entre diabetes e bullying com hazard ratio (HR) de 1.46 (95% IC 1.23, 1.74) e entre diabetes e ameaça ou violência física com HR 1.26 (95% IC 1.02 a 1.56)¹⁷(**B**). Outra meta análise de 2018 envolvendo 3 estudos de coorte europeus com um total de 79201 trabalhadores encontrou uma prevalência de exposição a bullying de 9% e de violência em meio ocupacional de 13% em 1 ano, com associação positiva entre doença cardiovascular e bullying ocupacional com hazard ratio (HR) de 1.59 (95% IC 1.28-1.98) e violência ocupacional com HR 1.25 (95% IC 1.12-1.40). O risco atribuído com doença cardiovascular foi de 5% para bullying ocupacional e de 3.1% para violência ocupacional¹⁸(**B**). Uma revisão sistemática de 2015 encontrou associação significativa entre bullying ou violência interpessoal com distúrbios de sono com OR 1.44 (95% IC 1.18 a 1.76)¹⁹(**B**).

Sobre desfechos ocupacionais, uma revisão sistemática de 2016 com meta análise envolvendo 10 estudos encontrou evidências moderadas de associação entre bullying e absenteísmo com OR 1.58 (95% IC 1.39–1.79)²⁰(**B**). Evidências limitadas a estudos transversais associam positivamente o bullying com presenteísmo²¹⁻²³(**B**) e diminuição de produtividade²⁴⁻²⁷(**B**).

Portanto violência em ambiente de trabalho se apresenta 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 controle desse fator de risco.

O total de trabalhadores estudados foi de 611 profissionais nos estudos primários e 5.803 nas revisões sistemáticas. Dois trabalhos não especificam o número absoluto de trabalhadores, sendo um estudo cluster de 41 unidades hospitalares²⁸(B) e uma revisão sistemática²⁹(B) que informa tratar-se de 54% de trabalhadores da saúde e 11% do varejo. Os estudos nesta população do varejo envolveram violência externa do tipo 1, que está fora do escopo dessa diretriz.

Nos estudos primários a população estudada foi em 100% de profissionais de saúde, sendo geralmente a violência de pacientes contra enfermeiras ou cuidadores domiciliares. 4 estudos primários^{28,30-32}(B) abordaram intervenções preventivas para violência perpetrada por pacientes (tipo 2) e 3 estudos primários³³⁻³⁵(B) para violência entre colegas de trabalho (tipo 3).

As medidas preventivas estudadas nos estudos primários específicas para violência tipo 2 (trabalhador / paciente) foram ações educativas para promover identificação das situações e tipos de violência, habilidades de comunicação (verbal, física e subjetiva) com o paciente, capacidade de manejo e enfrentamento das situações de violência iminente ou ocorridas³⁰⁻³²(B), intervenções multimodais com medidas ambientais, administrativas e comportamentais individualizadas por setor hospitalar²⁸(B). O ensaio clínico de Arnetz²⁸(B), 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 3-4 pessoas, compostas por gestores ou supervisores e outros representantes

envolvidos no assunto. Nessas reuniões o mapeamento de 3 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 (95% CI 0.29-0.80) após 6 meses e de IRR 0.37 (95% CI 0.17-0.83) após 24 meses. Os demais estudos³⁰⁻³²(**B**) selecionados não obtiveram diferença significativa de redução dos eventos de violência em comparação com o grupo controle: O ensaio clínico de Baby³⁰(**B**) comparou os efeitos de 4 seções de treinamento de habilidades de comunicação em comparação com treinamento sobre Mindfulness, sem diferença significativa de benefício entre os 2 grupos. O estudo quase-experimental de Baig³²(**B**) comparou os efeitos de 4 horas de treinamento de comunicação e descalonamento de situações de violência em comparação com grupo não treinado, sem diferença significativa de redução dos eventos de violência em comparação com o grupo controle. O ensaio clínico de Glass³¹(**B**) comparou os efeitos de treinamento eletrônico associado ao treinamento presencial em comparação com treinamento eletrônico isolado, não encontrando diferença significativa de redução dos eventos de violência em comparação com o grupo controle. O treinamento eletrônico envolveu conceitos de violência ocupacional, legislação, técnicas de comunicação, enfrentamento e descalonamento da violência. O treinamento presencial envolveu técnicas de comunicação e descalonamento da violência e simulação prática. Entretanto nos estudos envolvendo medidas educativas, houve benefício subjetivo e secundário de aumento de autoconfiança na identificação e enfrentamento das situações de violência.

Uma revisão sistemática²⁹(B) publicada em 2009 sobre violência ocupacional de qualquer classificação, contemplou qualitativamente os resultados de 14 revisões sistemáticas, 11 estudos de coorte, 7 estudos de caso controle e 35 estudos transversais. Especificamente para violência tipo 2, não foram encontrados ensaios clínicos, e as intervenções dos estudos primários foram limitadas 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 estudadas nos estudos primários específicas para violência tipo 3 (trabalhador / trabalhador) envolveram medidas educativas³³⁻³⁵(B). No ensaio clínico de Kang³³(B), 9 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, da superação das emoções destrutivas quebrando o ciclo de repetição do bullying pelas vítimas, de treinamento de habilidades de comunicação não violenta através 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*, *Nurse Turnover Intention Tool*. Os estudos observacionais de Lasater³⁴(B) e Nikstaitis³⁵(B) estudaram intervenções semelhantes com módulos educacionais para promoção da conscientização sobre a importância da civilidade em ambiente de trabalho, estudo de casos sobre incivilidade, dramatização / simulação (roleplay) de situações de incivilidade, treinamento de habilidades de comunicação e manejo das situações de violência. No estudo de Lasater³⁴(B) houve benefício na redução da percepção de incivilidade e da autoconfiança no manejo das situações de violência. No

estudo de Nikstaitis³⁵(B) houve aumento da percepção de incivilidade, atribuído pelo autor 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), *Workplace Collective Efficacy Scale* (WCES).

Duas revisões sistemáticas^{36,37}(B) abordaram especificamente a eficácia das intervenções para a violência tipo 3 em população de enfermeiras por Armstrong³⁶(B) ou trabalhadores não selecionados por Gillen³⁷(B). Ambas consideraram o conjunto de evidências insuficiente em promover recomendações generalizáveis.

A revisão sistemática realizada por Gillen³⁷(B) avaliou a efetividade de intervenções para bullying em 5 estudos selecionados. Uma das intervenções foi um programa aplicado em nível organizacional e cultural denominado CREW³⁸(B) (*Civility, Respect, and Engagement in the Workforce*), inicialmente aplicado nos hospitais da *Veterans Health Administration*. O programa emergiu inicialmente do entendimento pelas lideranças da empresa de que civilidade é uma prioridade, após a constatação através 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 possui como premissa primordial 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 pré-definido. O programa busca auxiliar a empresa a esclarecer a situação atual, necessidades, motivações e capacidade de tomar as próprias decisões sobre a incivilidade. O programa não articula as necessidades ou direções ou 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 sistemática³⁷(B) avaliou a efetividade do CREW em 2 estudos de baixa qualidade metodológica

envolvendo 2969 participantes, constatando aumento da civilidade, redução da incivilidade, diminuição do tempo médio de absenteísmo. Outras intervenções avaliadas nessa revisão³⁷(B) por 2 estudos experimentais sem grupo controle e 1 ensaio clínico envolveram: 1) Escrita estruturada das emoções e percepções ocupacionais e 2) intervenção baseada em terapia cognitiva comportamental em trabalhadores com prejuízo cognitivo leve a moderado e 3) intervenção multimodal envolvendo treinamento de manejo de estresse e de conscientização sobre incivilidade associado a comunicação de política de empresa sobre civilidade. Esses estudos não resultaram em benefício mensurável na redução da vitimização por bullying. A revisão considerou o conjunto de evidências de qualidade muita baixa, insuficiente para promover recomendações generalizáveis.

A revisão sistemática por Armstrong³⁶(B) selecionou 10 estudos experimentais não controlados em serviços de saúde, sendo 6 quase-experimentais e 4 com análise temporal do tipo antes e depois. Nessa revisão³⁶(B) são citados 2 estudos quase-experimentais que avaliaram os efeitos do CREW na população de enfermeiras com efeitos positivos no reconhecimento, enfrentamento e adaptação das situações de incivilidade e busca de suporte no ambiente ocupacional. Os demais estudos envolveram intervenções educacionais heterogêneas envolvendo conscientização sobre a importância da (in)civilidade ocupacional, simulação de situações de incivilidade, treinamento de técnicas de comunicação no enfrentamento da incivilidade, com efeitos positivos na capacidade de reconhecimento da incivilidade, 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 incivilidade em enfermeiras como intervenção.

DISCUSSÃO

Após a avaliação da qualidade da evidência científica coletada no anexo 3 dessa diretriz, essa foi considerada insuficiente para a elaboração de uma recomendação generalizável. Essa conclusão não se traduz em inação por parte da empresa e 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. Essa conclusão é consistente com revisões sistemáticas publicadas sobre o tema^{28,32,34}. 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^{28,38}:

- 1) Um mapeamento populacional organizado e padronizado dos eventos de violência. O mapeamento 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.

- 2) Diversos atores da empresa, empoderados pelas evidências epidemiológicas locais, criam um consenso sobre o conceito e importância da violência ocupacional e da civilidade. Membros da empresa identificam os diversos fatores de risco percebidos (ergonômicos, organizacionais, culturais entre outros) que favorecem a ocorrência da violência. Baseados no mapeamento, consenso e identificação dos fatores de risco da violência, os membros da empresa realizam o desenho de medidas experimentais para promoção da civilidade.
- 3) Mensuração da efetividade, custo e dificuldade de implementação do programa piloto na redução ou manejo da violência e presença de benefícios secundários qualitativos como confiança de enfrentamento da situação de violência, civilidade, satisfação no trabalho, produtividade entre outros.
- 4) Adequada vinculação com ações envolvendo justiça organizacional e estatal de acordo com a gravidade dos casos identificados.
- 5) 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 a realidade local da violência pode reduzir imprecisões e aumentar a confiabilidade do mapeamento³¹. Um instrumento potencialmente útil para mapeamento da violência do tipo 3 é o *Negative Acts Questionnaire*, que possui validação para o português^{39,40}. Um questionário brasileiro validado parcialmente criado por Bordignon pode ser útil por sua abrangência incluindo violência sexual⁴¹. Outra opção é o Inventário LIPT⁴² 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 Kang³³ que explorou a violência do tipo 3 em enfermeiras. Nessa população, as atitudes de sabotagem podem ser sutis e incrustradas na atividade de trabalho e de difícil investigação. Como exemplos ilustrativos citados no estudo, há a sabotagem por parte de enfermeiras experientes em não responder a chamado de enfermeira júnior devido ao desprezo pela colega e a ocultação de 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 é um desafio científico 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 da presença de outros fatores de risco sinérgicos. Isso se traduz na necessidade de identificação e mapeamento dos fatores de risco a nível local. Os estudos selecionados nessa diretriz esclarecem a importância 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 Kang³³ 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 Arnetz²⁸ 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-Smith⁴³ explorou a experiência e percepção sobre violência no trabalho em 3465 enfermeiras norte americanas de salas de emergência através 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 quanto 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, a 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 irá promover ações efetivas de combate à violência.

Notelaers⁴⁴ realizou um estudo transversal envolvendo 5727 trabalhadores belgas de 19 organizações associando de forma significativa 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, violência em ambiente de trabalho é um fenômeno multifatorial envolvendo fatores presentes em indivíduos, organização, cultura, circunstâncias e relacionamentos de uma empresa. 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 em relação a desfechos relacionados ao manejo e consequências da violência nos profissionais vitimados, não há intervenções ou exposições padronizadas e 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 promover o desenho de programas piloto desenhados em conjunto com diversos setores da empresa e embasados 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. (2003). Code of practice on workplace violence in services sectors and measures to combat this phenomenon.
2. Occupational Safety and Health Administration: Enforcement Procedures for Investigating or Inspecting Workplace Violence Incidents. Directive Number: CPL 02-01-052, U.S. Department of Labor, Washington, DC. (2011)
3. Ministério Público Federal. Assédio moral, assédio sexual e discriminação: saiba mais sobre essas distorções de conduta no ambiente de trabalho. Brasília 2016.
4. Soboll LAP, Thereza CG. Assédio moral interpessoal e organizacional: um enfoque interdisciplinar. São Paulo, Editora 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. 3º edição. São Paulo, Editora 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. *British journal of surgery* 2018, 105(11), 1390-1397.
8. 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 Bio Medica Atenei Parmensis* 2018, 89(6-S), 51-79.
9. Pourshaikhian M, Gorji HA, Aryankhesal A, Khorasani-Zavareh D, Barati A. A systematic literature review: workplace violence against emergency medical services personnel. *Archives of trauma research* 2016, 5(1).
10. Pinto C M, Radon K, van Dijk F. Violence at Work and Mental Distress among Firefighters in Guatemala. *Annals of Global Health* 2018, 84(3).
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.
12. Tiesman H, Konda S, Hendricks S, Mercer D, Amandus H. Workplace violence among Pennsylvania education workers: Differences among occupations. *Journal of safety research* 2013, 44, 65-71.
13. Gluschkoff K, Elovainio M, Hintsa 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), 511-516.
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(1), 738.
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.

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), 72-79.
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.
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. *European heart journal* 2018.
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 medicine reviews* 2015, 23, 10-19.
20. Nielsen MB, Indregard AMR, Øverland S. Workplace bullying and sickness absence: a systematic review and meta-analysis of the research literature. *Scandinavian journal of work, environment & health* 2016, 359-370.
21. Neto M, Ferreira AI, Martinez LF, Ferreira PC. Workplace bullying and presenteeism: The path through emotional exhaustion and psychological wellbeing. *Annals of work exposures and health* 2017, 61(5), 528-538.
22. Conway PM, Clausen T, Hansen ÅM, Høgh A. Workplace bullying and sickness presenteeism: cross-sectional and prospective associations in a 2-year follow-up study. *Int Arch Occup Environ Health*. 2016 Jan;89(1):103-14
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. doi: 10.13075/ijom.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 Sep 7;28(1):41. doi: 10.1186/s40557-016-0124-1. eCollection 2016.
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 Sep;24(6):735-44. doi: 10.1111/jonm.12377. Epub 2016 Mar 29.
26. Lewis PS, Malecha A. The impact of workplace incivility on the work environment, manager skill, and productivity. *J Nurs Adm*. 2011 Jan;41(1):41-7. doi: 10.1097/NNA.0b013e3182002a4c.
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 Jul 18;89(6-S):51-79. doi: 10.23750/abm.v89i6-S.7461.
28. 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: 18-27. doi: 10.1097/JOM.0000000000000909. PMID: 28045793.
29. Wassell JT. Workplace violence intervention effectiveness: A systematic literature review. *Safety Science* 2009; 47: 1049-55.
30. 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: 170-181. doi: 10.1111/hsc.12636. PMID: 30175538.
31. 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: 635-43. doi: 10.1002/ajim.22728. PMID: 28616887.

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: 294-299. doi: 10.12669/pjms.342.14432. PMID: 29805396.
33. 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: 689-99. doi: 10.4040/jkan.2017.47.5.689. PMID: 29151565.
34. 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: 15-24. doi: 10.3928/00220124-20141224-01. PMID: 25531097.
35. Nikstaitis T, Simko LC. Incivility among intensive care nurses: the effects of an educational intervention. *Dimens Crit Care Nurs* 2014; 33: 293-301. doi: 10.1097/DCC.000000000000061. PMID: 25140748.
36. Armstrong N. Management of Nursing Workplace Incivility in the Health Care Settings: A Systematic Review. *Workplace Health Saf* 2018; 66: 403-410. doi: 10.1177/2165079918771106. PMID: 29792131.
37. Gillen PA, Sinclair M, Kernohan WG, Begley CM, Luyben AG. Interventions for prevention of bullying in the workplace. *Cochrane Database Syst Rev* 2017 Jan 30; 1:CD009778. doi: 10.1002/14651858.CD009778.pub2. PMID: 28134445.
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. *The Journal of Applied Behavioral Science* 2009, 45(3), 384-410.
39. Maciel RH, Gonçalves RC. Pesquisando o assédio moral: a questão do método do Negative Acts Questionnaire (NAQ) para o Brasil. In: Soboll LAP (org.). *Violência psicológica e assédio moral no trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008:167-85
40. Silva, I. V., de Aquino, E. M., & Pinto, I. C. D. M. (2017). 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*, 42, e2-e2.
41. Bordignon M, Monteiro MI. (2015). Validade aparente de um questionário para avaliação da violência no trabalho. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(6).
42. Bradaschia CA (2007). *Assédio moral no trabalho: a sistematização dos estudos sobre um campo em construção* (Doctoral dissertation).
43. Gacki-Smith J, Juarez AM, Boyett L, Homeyer C, Robinson L, MacLean SL. Violence against nurses working in US emergency departments. *Journal of Nursing Administration* 2009, 39(7/8), 340-349.
44. Notelaers G, Törnroos M, Salin D. Effort-reward imbalance: a risk factor for exposure to workplace bullying. *Frontiers in psychology* 2019, 10.
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. doi: 10.1016/j.jclinepi.2017.05.006. PMID: 28529184.
46. Oxford Centre for Evidence-based medicine – Levels of Evidence (March 2009). Disponível em URL: <https://www.cebm.net/2009/06/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009>.

ANEXO I

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.

1. Dúvida Clínica

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

2. Pergunta estruturada

A pergunta de pesquisa foi organizada segundo o acrônimo PICO (P de população ou problema, I de intervenção ou indicador, C de controle ou comparação e O de desfecho ou “outcome”). A partir do formato PICO, dos descritores de ciência da saúde (MeSH terms) e seus sinônimos, foram definidas as estratégias de busca para cada base de dados.

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

3. Critérios de elegibilidade

3.1. Inclusão

1. Elementos do PICO
2. Ensaio clínico randomizado; estudos coortes observacionais; estudos antes e depois; revisão sistemática com ou sem meta-análise
3. Sem restrição a idioma e período
4. Texto completo ou resumo com dados

3.2. Exclusão

1. População fora do ambiente ou escopo ocupacional
2. Estudos de tratamento da violência
3. Estudos de identificação de risco ou diagnóstico
4. Violência externa do tipo 1

4. Busca de Artigos

4.1. Bases de Dados

Medline, EMBASE, CENTRAL Cochrane. Busca manual e cinzenta.

4.2.Estratégia de Pesquisa

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

Central COCHRANE

Workplace violence

5. Avaliação do risco de vieses e força da evidência

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

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

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

A força da evidência se nesta avaliação for factível a meta-análise por desfechos será definida segundo o *Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation (GRADE)*⁴⁵, caso o contrário utilizar-se-á a classificação segundo *Oxford Centre for Evidence-based medicine – Levels of Evidence (March 2009)*⁴⁶, sendo inserido junto às referências os graus de recomendação A ou B ou C.

O risco de vieses (Tabela 1) considerado para os ensaios clínicos randomizados (ECR) foi elevado devido à presença dos seguintes vieses: falta de informação do método de randomização (2 estudos), ausência de duplo cegamento em todos os estudos, perdas maiores de 20% (1 estudo), falta de análise por intenção de tratamento (3 estudos), e ausência de cálculo amostral (2 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 pode meta-analisar os dados.

Como informado anteriormente na seção métodos, 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 M 2019										
Kang J 2017										
Glass N 2017										
Arnetz JE 2017										

COORTE			
AUTOR E ANO	Seleção	Comparabilidade	Desfecho
Baig L 2018			

REVISÕES SISTEMÁTICAS			
AUTOR E ANO	DESENHO INCLUÍDO	META-ANÁLISE	QUALIDADE
Armstrong N 2018			
Gillen PA 2017			
Wassell JT 2009 (b)			

GABARITO	
	Ausência de viés
	Sem informação
	Presença de viés

6. Dados extraídos, medidas utilizadas e método de análise

A partir 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 forem quantificados serão 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 estudo será aplicada a meta-análise utilizando-se o software Cochrane (RevMan 5.3) e os detalhes da análise (se realizada) acompanharão a expressão nos resultados.

7. 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. A busca da evidência recuperou um total de 16.871 trabalhos, sendo 16.680 no 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 trabalhos foram avaliados na íntegra, dos quais foram selecionados 10 para sustentar esta avaliação (Tabela 2). Dos estudos selecionados 4 são ensaios clínicos randomizados^{28,30,31,33}, 1 estudo coorte³², 2 estudos de comparação temporal de efeito (antes e depois)^{34,35} e 3 revisões sistemáticas^{29,36,37}.

Figura 1 Fluxo da informação com as diferentes fases da revisão sistemática.

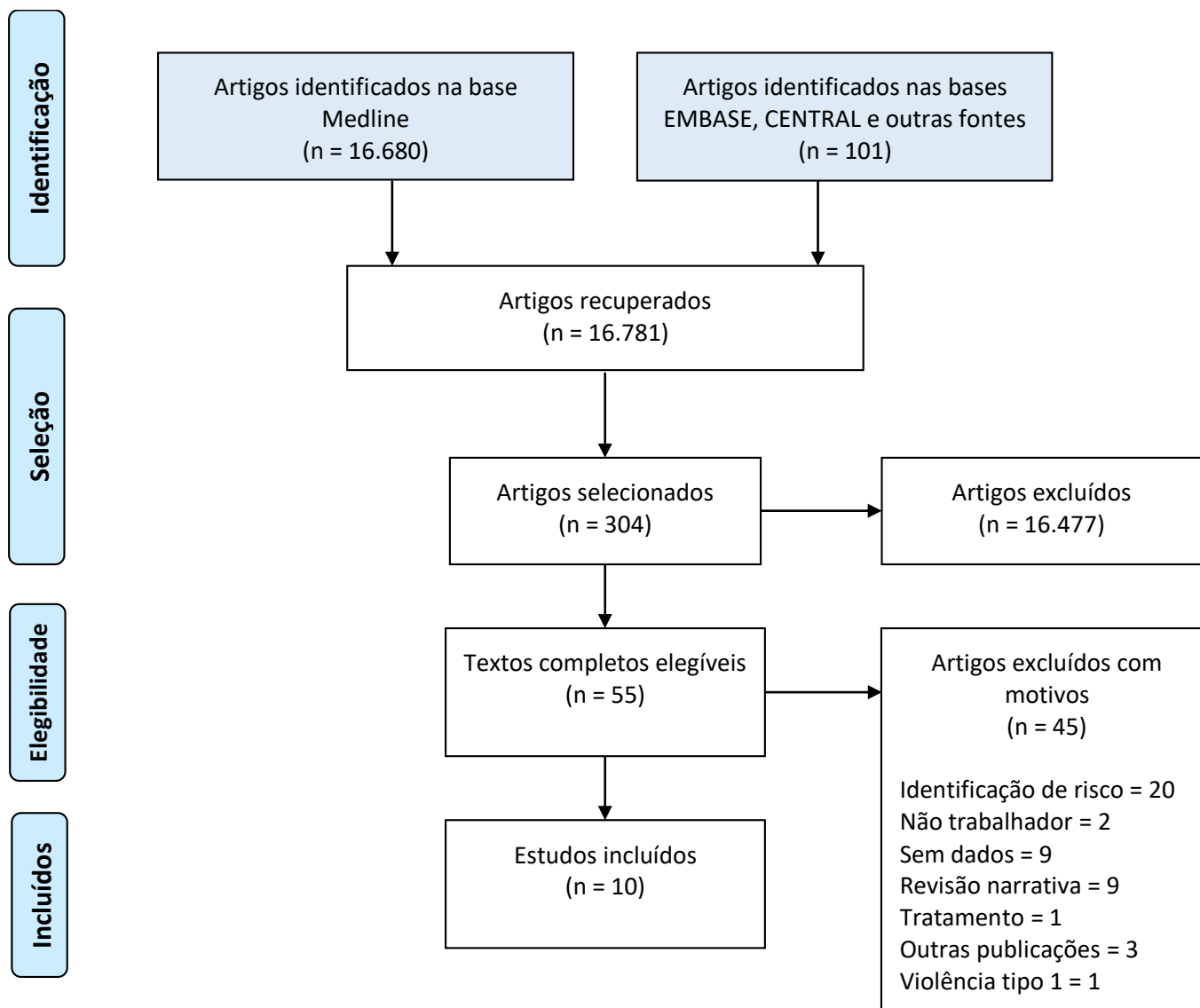


TABELA 2 - PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA NO TRABALHO

AUTOR E ANO	DESENHO	POPULAÇÃO	INTERVENÇÃO/EXPOSIÇÃO	COMPARAÇÃO	DESFECHOS/RESULTADOS	TEMPO
Baby M 2019 ²⁴	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 (9,16) para 6,07 (6,92) (POPAS-NZ) na intervenção e controle. Maior bem-estar psicológico, competência de comunicação e redução no sofrimento em ambos grupos. Sem diferença entre os grupos.	6 meses
Kang J 2017 ²⁵	ECR	Enfermeiras (N: 44)	Programa de ensaio cognitivo (N: 22)	Sem programa (N: 22)	Diferença nas relações interpessoais e intenção de "turnover entre os dois grupos. Sem diferença no assédio e na experiência com sintomas.	1 mês
Glass N 2017 ²⁶	ECR	Profissionais de Homecare (N: 306)	Treinamento baseado em computador (N: 154)	Treinamento em computador + pessoal (N: 152)	Melhora na confiança em prevenir e responder à violência e assédio. Redução de incidentes de violência e assédio em ambos grupos, sem diferença entre eles.	6 meses
Arnetz JE 2017 ²⁷	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. RRR 0.37 (IC95% 0.17 a 0.83).	24 meses
Baig L 2018 ³⁰	COORTE	Profissionais de saúde (N: 141)	Treinamento para redução de violência (N: 71)	Sem treinamento (N: 70)	Maior confiança do profissional em lidar com a violência do paciente. Sem diferença entre os grupos na frequência de violência.	4 meses
Lasater K 2015 ³³	ANTES E DEPOIS	Enfermeiras (N: 94)	Intervenção educacional em três partes (N:94)	Depois	Redução na incivildade percebida e aumento de auto eficácia	24 meses
Nikstaitis T 2014 ³¹	ANTES E DEPOIS	Enfermeiras de UTI (N: 26)	Sessões educativas (6) (N: 26)	Depois	Sem diferença significativa na incivildade percebida.	3 meses
Armstrong N 2018 ²⁸	REVISÃO SISTEMÁTICA	Enfermeiras (N: 1.687)	Educação sobre incivildade no local de trabalho, treinamento sobre técnicas eficazes de comunicação para combater incivildade 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 incivildade no local de trabalho	?
Gillen PA 2017 ³²	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 stress e conscientização de comportamentos negativos	Controle sem intervenção ou depois	1. Aumento na civilidade (5%) em 6 a 12 meses. Diminuição na vitimização por incivildade do supervisor. Redução no absentéismo; 2. Redução no assédio medido com a perpetuação de incivildade, sem diferença pela vitimização; 3 e 4. Sem diferença no assédio	3 a 12 meses
Wassell JT 2009 ³⁴	REVISÃO SISTEMÁTICA	Indústria de saúde (54%); Varejo (11%)	1. Intervenções no ambiente de trabalho (varejo) e 2. Comportamentais (saúde)	Com ou sem controle	Redução na ocorrência de eventos; Aumento na capacidade de manejo, confiança e segurança	?

8. Aplicação da evidência – Recomendação

As recomendações serão 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 serão graduadas seguindo a metodologia expressa anteriormente segundo o método de definição da força da evidência.

9. Conflito de interesse

Não há nenhum conflito de interesse relacionado a esta revisão a ser declarado por nenhum dos autores.

10. Declaração final

O Projeto Diretrizes, iniciativa da Associação Médica Brasileira em conjunto com as Sociedades de Especialidades, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

APOIO:



E SOCIEDADES DE ESPECIALIDADES