



PREVALÊNCIA DA VIOLÊNCIA CONTRA PROFISSIONAIS DE SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19¹

Josyenne Assis Rodrigues*

Luciana Contrera**

Elenir Rose Jardim Cury***

Patrícia Moita Garcia Kawakame****

Natally Quintana Coelho Bertuzzi*****

Alberth Rangel Alves de Brito*****

RESUMO

Objetivo: Identificar a prevalência da violência relacionada ao trabalho entre profissionais de saúde durante a COVID-19. **Métodos:** Estudo transversal analítico realizado em 36 unidades de saúde, entre outubro e dezembro de 2020, com 174 profissionais. A coleta de dados foi feita por meio de um questionário semiestruturado disponibilizado via Google Formulários, contendo dados sociodemográficos e questões sobre violência no trabalho. A análise estatística utilizou a regressão de Cox. **Resultados:** A prevalência de violência foi de 76,4%, com predominância da violência verbal (95,5%), seguida da moral/psicológica (36,9%), violência física (19,6%) e assédio sexual (12,8%). Foram encontradas associações significativas entre assédio sexual e sexo, violência moral/psicológica e situação conjugal, e agressão física e tempo de permanência na unidade. A subnotificação foi de 79,5%. **Conclusão:** A violência no trabalho durante a pandemia mostrou-se preocupante, com impactos na saúde dos profissionais. Estratégias preventivas e melhorias nos mecanismos de notificação são essenciais para enfrentar este problema.

Palavras-chave: Violência no trabalho. Saúde ocupacional. Profissional de saúde. COVID-19.

INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19, que começou em dezembro de 2019, trouxe desafios sem precedentes para os sistemas de saúde em todo o mundo. No Brasil, os profissionais de saúde foram fundamentais no enfrentamento da pandemia, assumindo papéis críticos na assistência a pacientes afetados pelo vírus, frequentemente sob condições de trabalho extremas. Além de lidar com o aumento da demanda por serviços, esses profissionais enfrentaram também elevados níveis de violência em seus locais de trabalho^(1,2).

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a “violência e assédio no mundo do trabalho” refere-se a “um conjunto de comportamentos e práticas inaceitáveis, ou suas ameaças, de ocorrência única ou repetida, que

visam, causam, ou são susceptíveis de causar dano físico, psicológico, sexual ou econômico”^(3,2). A Convenção nº 190 da OIT amplia essa definição ao incluir a violência e o assédio com base no gênero⁽³⁾.

Profissionais de saúde apresentam um risco significativamente maior de sofrer violência em comparação com trabalhadores de outras áreas^(4,5). Estudo realizado durante a pandemia no Brasil, na Colômbia, em El Salvador e no Peru revelou que oito em cada dez profissionais de saúde sofreram algum tipo de violência no local de trabalho, refletindo as desigualdades sociais que marcam a dinâmica de trabalho no setor⁽¹⁾.

No Brasil, uma pesquisa identificou que 47,6% dos profissionais da saúde relataram ter sido vítimas de violência, na maioria das vezes em forma de agressões psico-verbais, e predominantemente praticadas por pessoas do

¹O manuscrito é originário da dissertação: Ações de prevenção relacionadas à violência ocupacional dos trabalhadores da área da saúde da rede de atenção à saúde de Campo Grande/MS, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Instituto Integrado de Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

*Enfermeira. Mestre em enfermagem. Enfermeira da Atenção Primária à Saúde na Unidade de Saúde da Família USF Dr. Walfrido Ferreira de Azambuja - Alves Pereira. Campo Grande, Mato Grosso do Sul. E-mail: josyennerodrigues@hotmail.com ORCID ID: 0000-0001-5426-2362.

**Enfermeira. Doutora em Doenças Infecciosas e Parasitárias. Professora Associada do Instituto Integrado de Saúde – INISA/UFMS. E-mail: l.contrera@ufms.br. ORCID ID: 0000-0002-8751-0817.

***Odontóloga. Doutora em Saúde Pública. Professora Titular do Instituto Integrado de Saúde – INISA/UFMS. E-mail: elenir.cury@ufms.br ORCID ID: 000-0003-2711-0667.

****Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professora Associada do Curso de Medicina do Campus de Três Lagoas da UFMS. E-mail: patriciamoita@ufms.br ORCID ID: 000-0003-2562-3506.

*****Enfermeira. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico do INISA/UFMS. E-mail: natally.coelho@ufms.br. ORCID ID: 000-0003-2562-3506.

*****Enfermeiro do trabalho. Mestre em Enfermagem. Enfermeiro da Secretaria de Estado de Saúde (SES-MS). E-mail: alberthangel@hotmail.com. ORCID ID: 0000-0002-6458-8195

ambiente de trabalho⁽⁵⁾. Em São Paulo/SP e Santa Catarina/SC, mais da metade dos profissionais relataram violência no trabalho em 2020, sendo as agressões cometidas por pacientes, acompanhantes e colegas de trabalho. Destaca-se ainda a prevalência de violência sexual, que afetou, em sua maioria, mulheres⁽⁶⁾.

A ausência de medidas de segurança efetivas e o acesso irrestrito de pessoas a áreas sensíveis em instituições de saúde foram apontados como fatores que contribuíram para essa realidade, em um estudo realizado em um hospital em Lisboa, Portugal⁽⁴⁾.

Além da necessidade urgente de proteção e segurança, a violência no trabalho impacta diretamente a saúde e o bem-estar dos trabalhadores. Estudos indicam que a violência pode resultar em baixos índices de satisfação profissional, aumento do absenteísmo e a necessidade de uma rápida readaptação das rotinas de trabalho devido às mudanças nas recomendações de saúde, afetando tanto a qualidade do atendimento quanto a saúde mental dos profissionais^(5,7). Esse contexto torna a abordagem da violência no ambiente de trabalho um tema de suma importância, não apenas para garantir a integridade física e psicológica dos profissionais, mas também para assegurar a continuidade e a qualidade dos serviços de saúde.

Compreender as manifestações de violência no ambiente de trabalho é essencial para a criação de medidas preventivas e intervenções que atendam às necessidades dos trabalhadores, promovendo segurança e bem-estar entre os profissionais de saúde⁽⁸⁾.

Considerando o estresse intenso enfrentado pelas equipes de profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19, além das muitas incertezas desse período, e reconhecendo a importância da Convenção 190 da OIT⁽³⁾, que propõe a eliminação do assédio no mundo do trabalho, este estudo teve como questão norteadora: Qual é a prevalência da violência relacionada ao trabalho entre os profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19, e quais são as principais características das agressões sofridas? O objetivo principal deste estudo foi identificar a prevalência da violência relacionada ao trabalho de profissionais de saúde durante a COVID-19, assim como compreender as características das agressões e fornecer subsídios

para o desenvolvimento de intervenções eficazes na rede de atenção à saúde.

MÉTODOS

Estudo de prevalência, analítico de corte transversal, conduzido em 36 unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, no período de outubro a dezembro de 2020, abrangendo dois Centros Regionais de Saúde (CRS), três Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e 28 unidades Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) das cinco Regiões de Saúde que compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS): Bandeira, Imbirussu, Região do Prosa, Anhanduizinho, Central, Região da Lagoa e Região do Segredo.

O *Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology* (STROBE) foi utilizado para orientar o relato do estudo, visando garantir a transparência, replicabilidade e qualidade das informações apresentadas.

Participaram do estudo médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, dentistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, agentes comunitários de saúde, e trabalhadores da área administrativa que atuavam na Rede de Atenção à Saúde e também os psicólogos da Rede de Atenção Psicossocial.

O cálculo amostral foi realizado mediante os seguintes parâmetros: população de 4.039 profissionais de saúde, prevalência de violência de 36,5% ($\pm 7\%$), obtida em teste piloto e nível de significância de 5%, o que resultou em 174 participantes.

A determinação da amostragem foi conduzida em duas etapas. Na primeira etapa, o pesquisador selecionou por sorteio as unidades de saúde dentre as UBS, UBSF, CAPS, CRS e UPA segundo as regiões de saúde do município, utilizando tabelas com números aleatórios. Em seguida, foram incluídos na amostra os profissionais que trabalhavam nas unidades de saúde selecionadas, e que aceitaram participar do estudo. Não houve sorteio dos profissionais de saúde, o que caracterizou uma técnica de amostragem não-probabilística por cotas.

Foram incluídos no estudo os profissionais com no mínimo três meses de exercício da profissão, sem delimitação para o tempo máximo

de serviço, tanto aqueles em regime estatutário quanto celetista e que aceitaram participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Não foram incluídos no estudo os profissionais que estavam de férias, licença de qualquer natureza, afastados por atestado médico ou invalidez, e aqueles que, após três tentativas de contato para coleta de dados, não puderam ser alcançados.

A coleta de dados foi realizada por meio de um instrumento digital, acessível via Google Formulários, através do link <https://forms.gle/bXS4sEXKsSqhQjM17> enviado por telefone ou via e-mail, em conformidade com as exigências de biossegurança. O instrumento consistia em um questionário que incluía a caracterização sociodemográfica dos participantes e um questionário semiestruturado para avaliar a violência relacionada ao trabalho.

O instrumento foi validado para o contexto brasileiro em 2015, baseado no modelo da Organização Mundial da Saúde⁽¹¹⁾. A coleta referiu-se aos últimos doze meses de trabalho na unidade de saúde, o que pode ter introduzido um viés de memória, especialmente para os incidentes mais antigos e menos graves. Para minimizar esse viés, o instrumento foi dividido em seções que abordam diferentes tipos de violência, desde abuso verbal até violência física e/ou sexual.

As cinco seções do instrumento são: 1) violência física no ambiente de trabalho; 2) abuso verbal no ambiente de trabalho; 3) assédio sexual no ambiente de trabalho; 4) outros tipos de violência no ambiente de trabalho referidos pelo trabalhador; e 5) prevenção e redução da violência no ambiente de trabalho⁽⁹⁾.

O instrumento buscou identificar variáveis como: número de vezes que sofreu violência; profissão do agressor, sexo do agressor em relação à vítima; local do incidente; continuidade do trabalho após o evento; se o profissional recebeu auxílio; se houve registro do incidente; turno em que ocorreu; se o trabalhador foi testemunha de violência contra colegas de trabalho e, se sim, o que sentiu; entre outras variáveis pertinentes⁽⁹⁾.

Os dados quantitativos foram organizados em planilha Excel®, versão e a análise efetuada com o uso de representação tabular, constando de

frequência absoluta e relativa, com o respectivo intervalo de confiança de 95%.

Para verificar possíveis associações entre as variáveis de estudo foram utilizados os testes Qui-quadrado, Qui-quadrado de tendência e Teste Exato de Fisher. A fim de controlar as variáveis confundidoras e/ou modificadoras de efeito, foi utilizada a Regressão de Cox (com tempo igual a uma unidade), tendo sido primeiramente selecionadas as variáveis com significância < que 20%, e em seguida, outras variáveis independentes até não conseguir mais aumentar significativamente a acurácia do modelo (*Forward Stepwise selection*). O nível de significância adotado foi de 5%. Foram utilizados os programas estatísticos Epi-info™ 7.2.4 para o cálculo amostral (Statcalc) e para as análises univariada e bivariada, e Bio Estat 5.3 para a análise multivariada.

O desenvolvimento do estudo ocorreu em conformidade com o preconizado pela Resolução nº 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e seu projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (Parecer nº 4.041.407 e CAAE: 28384619.2.0000.0021).

RESULTADOS

Participaram deste estudo 174 profissionais de saúde, com as seguintes características sociodemográficas: maior prevalência do sexo feminino (73,6%), predominância na faixa etária de 26 a 45 anos (70,7%) 63,2% com escolaridade superior ou pós-graduação. Além disso, 82,2% trabalhavam em tempo integral e 60,3% nas UBSF. Embora todos os profissionais interagissem com os pacientes, 20,7% não atuavam diretamente com eles. Os adultos eram os usuários mais atendidos (94,9%).

Quanto à prevalência da violência relacionada ao trabalho durante a pandemia de COVID-19, 76,4% dos profissionais relataram ter sofrido algum tipo de violência. Dentre eles, 95,5% relataram violência verbal, 36,9% violência moral ou psicológica, 19,6% violência física e 12,8% assédio sexual. A Tabela 1 apresenta a frequência de casos de violência por tipo, de acordo com as variáveis sociodemográficas dos profissionais de saúde. Ao comparar os sexos, não houve diferença na prevalência de violência verbal,

moral/psicológica e física. No entanto, a prevalência de assédio sexual foi aproximadamente seis vezes maior entre

mulheres, com 12,5% de mulheres vítimas do sexo feminino em comparação a 2,2% no sexo masculino.

Tabela 1. Número e porcentagem de profissionais de saúde segundo dados sociodemográficos e a ocorrência de violência, Campo Grande, MS, 2020 (n=174)

Variáveis	N	Verbal		Moral Psicológica		Física		Sexual	
		Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Sexo									
Feminino	128	96	75,0	35	27,3	19	14,8	16	12,5
Masculino	46	31	67,4	14	30,4	7	15,2	1	2,2
P		⁽¹⁾ 0,319		⁽¹⁾ 0,689		⁽¹⁾ 0,951		⁽²⁾ 0,045	
Faixa etária									
De 18 a 25	15	12	80,0	6	40,0	3	20,0	3	20,0
De 26 a 35	66	48	72,7	18	27,3	6	9,1	6	9,1
De 36 a 45	57	38	66,7	18	31,6	10	17,5	7	12,3
De 46 a 55	31	26	83,9	6	19,4	6	19,4	1	3,2
De 56 a 65	5	3	60,0	1	20,0	1	20,0	0	0,0
P		⁽³⁾ 0,980		⁽³⁾ 0,252		⁽³⁾ 0,349		⁽³⁾ 0,134	
Cor/etnia									
Indígena	2	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Preto	20	17	85,0	10	50,0	6	30,0	4	20,0
Branco	72	53	73,6	18	25,0	8	11,1	9	12,5
Pardo	71	50	70,4	19	26,8	12	16,9	4	5,6
Amarelo	9	5	55,6	2	4,1	0	0,0	0	0,0
P (exceto indígena)		⁽¹⁾ 0,426		⁽¹⁾ 0,081		⁽¹⁾ 0,105		⁽¹⁾ 0,152	
Escolaridade									
Ensino fundamental completo	1	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ensino médio incompleto	3	3	100,0	1	33,3	1	33,3	0	0,0
Ensino médio completo	43	34	79,1	11	25,6	4	9,3	2	4,7
Ensino superior incompleto	17	13	76,5	4	23,5	4	23,5	2	11,8
Ensino superior completo	55	39	70,9	15	27,3	10	18,2	7	12,7
Pós-graduação	55	37	67,3	18	32,7	7	12,7	6	10,9
P		⁽³⁾ 0,085		⁽³⁾ 0,252		⁽³⁾ 0,349		⁽³⁾ 0,134	
Situação conjugal									
Companheiro	31	24	77,4	10	32,3	5	16,1	5	16,1
Solteiro	42	32	76,2	17	40,5	5	11,9	5	11,9
Casado	75	54	72,0	16	21,3	13	17,3	6	8,0
Separado	21	14	66,7	5	23,8	3	14,3	1	4,8
Viúvo	5	3	60,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0
p (exceto viúvo)		⁽¹⁾ 0,805		⁽¹⁾ 0,144		⁽¹⁾ 0,887		⁽¹⁾ 0,489	

Nota: para atender os requisitos no cálculo do qui-quadrado, foram retiradas, quando necessário, as categorias com n menor. O $p < 0,05$ significa diferença estatisticamente significativa (em negrito). ⁽¹⁾ Teste qui-quadrado. ⁽²⁾ Teste de Fisher. ⁽³⁾ Teste qui-quadrado de tendência.

Fonte: elaborado pelos autores.

Em relação aos tipos de violência apresentados na Tabela 1, não foi observada associação significativa entre a frequência de violência e as faixas etárias ou cor/etnia. No entanto, é importante destacar o percentual expressivo de profissionais pretos que relataram experiências de violência em todas as categorias. Também não houve associação entre o nível de escolaridade e a

situação conjugal e a prevalência de violência.

Adicionalmente, não houve associação entre a ocorrência de violência verbal, moral/psicológica, física e sexual e as variáveis profissionais (profissão, tempo de profissão, tempo no emprego atual e categoria profissional). No entanto, registrou-se uma maior prevalência de violência física (32,2%) entre aqueles que permaneceram na

unidade em meio expediente. As ocorrências de violência moral/psicológica e física foram mais frequentes (40,0%) no CAPS (Tabela 2).

Tabela 2. Número e porcentagem dos profissionais de saúde segundo dados profissionais e a ocorrência ou não de violência, Campo Grande, MS, 2020 (n=174)

Variáveis	N	Verbal		Moral Psicológica		Física		Sexual	
		Nº	%	N	%	N	%	N	%
Profissão									
Nível fundamental ⁽¹⁾	1	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nível médio ⁽²⁾	98	71	72,4	23	23,5	15	15,3	7	7,1
Nível superior ⁽³⁾	75	55	73,3	26	34,7	11	14,7	10	13,3
P		⁽⁴⁾ 0,823	⁽⁴⁾ 0,220	⁽⁴⁾ 0,909	⁽⁴⁾ 0,376				
Tempo de profissão									
1 ≤ ano	27	19	70,4	7	25,9	2	7,4	3	11,1
> 1 ano ≤ 5 anos	38	26	68,4	12	31,6	7	18,4	6	15,8
> 5 anos ≤ 10 anos	47	37	78,7	16	34,0	5	10,6	4	8,5
> 10 anos ≤ 20 anos	48	34	70,8	11	22,9	10	20,8	3	6,3
> 20 anos	14	11	78,6	3	21,4	2	14,3	1	7,1
P		⁽⁵⁾ 0,599	⁽⁵⁾ 0,526	⁽⁵⁾ 0,337	⁽⁵⁾ 0,599				
Tempo de emprego atual									
≤ 1 ano	57	41	71,9	13	22,8	7	12,3	6	10,5
1 > ano ≤ 5 anos	44	25	56,8	12	27,3	5	11,4	6	13,6
> 5 anos ≤ 10 anos	48	41	85,4	18	37,5	7	14,6	3	6,3
> 10 anos ≤ 20 anos	21	16	76,2	5	23,8	6	28,6	2	9,5
> 20 anos	4	4	100,0	1	25,0	1	25,0	0	0,0
P		⁽⁵⁾ 0,085	⁽⁵⁾ 0,417	⁽⁵⁾ 0,112	⁽⁵⁾ 0,434				
Categoria profissional									
Chefe/líder/Gerente/ diretor	23	21	91,3	5	21,7	6	26,1	4	17,4
Administrativo	47	36	76,6	13	27,7	6	12,8	6	12,8
Assistencial	130	90	69,2	39	30,0	19	14,6	10	7,7
P		⁽⁴⁾ 0,075	⁽⁴⁾ 0,713	⁽⁴⁾ 0,314	⁽⁴⁾ 0,277				
Permanência na unidade									
Meio expediente	31	23	74,2	11	35,5	10	32,2	3	9,7
Tempo integral	143	104	72,7	38	26,6	16	11,2	14	9,8
P		⁽⁴⁾ 0,868	⁽⁴⁾ 0,317	⁽⁶⁾ 0,009	⁽⁶⁾ 1,000				
Local de trabalho									
UPA	18	16	88,9	4	22,2	5	27,8	1	5,6
UBSF	105	77	73,3	33	31,4	10	9,5	10	9,5
CAPS	10	7	70,0	4	40,0	4	40,0	2	20,0
UBS	41	27	65,9	8	19,5	7	17,1	4	9,8
P			⁽⁴⁾ 0,331		⁽⁴⁾ <0,001		⁽⁴⁾ 0,020		⁽⁴⁾ 0,669

Nota: O $p < 0,05$ significa diferença estatisticamente significativa (em negrito). (1) Auxiliar de enfermagem. (2) Agente Comunitário de Saúde, administrativo, auxiliar de saúde bucal, técnico de enfermagem, guarda-civil. (3) Assistente Social, enfermeiro, farmacêutico, fonoaudiólogo, médico, odontólogo, psicólogo, gerente da unidade de saúde. (4) Teste qui-quadrado. (5) Teste qui-quadrado de tendência. (6) Teste de Fisher.

Fonte: elaborado pelos autores.

A tabela 3 demonstra os resultados da análise multivariada. Nenhuma variável apresentou associação estatisticamente significativa com a ocorrência de violência verbal. Isso pode ser devido à alta frequência deste tipo de violência em todas as categorias das variáveis de estudo, de forma generalizada. A situação conjugal apresentou associação com a ocorrência de

violência moral/psicológica (Tabela 3), o que não tinha sido observado na análise bivariada (Tabela 1). Os profissionais solteiros e com companheiro (sem casamento civil) sofreram maior percentual deste tipo de violência. Não houve associação com o local de trabalho como tinha sido observado na análise bivariada.

Tabela 3. Associação entre as variáveis de estudo e a ocorrência ou não de violência, Campo Grande, MS, 2020

Variáveis	Verbal	Moral Psicológica	Física	Sexual
Faixa etária	0,930	0,668	0,732	0,310
Sexo	0,649	0,902	0,949	0,049
Situação conjugal	0,366	0,041	0,512	0,189
Cor/etnia	0,824	0,542	0,087	0,866
Escolaridade	0,451	0,276	0,845	0,318
Local de Trabalho	0,430	0,491	0,277	0,372
Tempo de emprego	0,480	0,144	0,579	0,954
Categoria profissional	0,254	0,577	0,067	0,124
Permanência na unidade	0,763	0,560	0,004	0,443

Nota: Regressão de Cox com seleção para frente das variáveis independentes (*Forward Stepwise selection*).

Fonte: elaborado pelos autores.

Em relação à violência física (Tabela 3), houve associação com a permanência na unidade. Recorrendo à análise bivariada (Tabela 1), houve maior frequência de casos de violência física para profissionais que atuavam em meio expediente, que são principalmente os profissionais da categoria assistencial.

Houve associação entre o sexo do profissional de saúde e a ocorrência de assédio sexual (Tabela 3) na análise bivariada e multivariada, sendo as vítimas predominantemente do sexo feminino.

As principais consequências para os que sofreram violência verbal foram as seguintes: estresse, irritação, perda da concentração e sentimentos de raiva (81,9%). Dos profissionais que sofreram algum tipo de violência, 79,5% relataram que não houve registro do incidente. Dos que registraram, 42,3% fizeram boletim de ocorrência policial. A maioria (98,4%) dos profissionais continuou trabalhando e não receberam auxílio psicológico (87,4%). Não houve nenhuma consequência para 86,6% dos agressores.

Do total de profissionais, 47,1% já testemunharam duas ou mais vezes atos de violência verbal e 17,3% uma vez, destes, 88,4% tiveram sentimento de impotência, injustiça e prejuízos a sua saúde mental.

DISCUSSÃO

No presente estudo, a prevalência de profissionais que relataram ter sofrido um ou mais tipos de violência no local de trabalho foi de 76,4%, com predominância da violência verbal seguida da violência moral ou psicológica. Estudos realizados em diversas localidades

corroboram que a agressão verbal é o tipo mais frequente de violência entre os profissionais de saúde, alinhando-se com os resultados encontrados nesta pesquisa^(6,10-12).

No Brasil, um estudo realizado com 267 profissionais de enfermagem, evidenciou que 61,6% sofreram abusos verbais, violência física ou assédio sexual no trabalho nos últimos 12 meses, sendo a agressão verbal a mais relatada⁽⁶⁾. Na Noruega, em um serviço de atenção à saúde primária de emergência, o comportamento agressivo mais frequente relatado foi a agressão verbal (79%), geralmente provocada pelo tempo de espera no atendimento⁽¹⁰⁾.

Durante o primeiro ano da pandemia de COVID-19, nos Estados Unidos, 44,4% e 67,8% dos profissionais enfermeiros relataram ter sofrido violência física e abuso verbal, respectivamente. Além disso, observou-se que os profissionais que prestaram cuidados diretos a pacientes com COVID-19 sofreram mais violência verbal, resultados que são semelhantes aos nossos achados⁽¹¹⁾.

Essa alta prevalência também foi observada em um estudo com profissionais médicos no Peru, no qual 84,5% dos participantes relataram ter sofrido violência no local de trabalho ao atender pacientes com COVID-19, sendo que em 97,6% dos casos, a forma de agressão foi não física, com domínio da violência verbal⁽¹²⁾.

Existem explicações possíveis para o aumento da violência no local de trabalho durante a pandemia de COVID-19. Um dos fatores pode ter sido a restrição ou proibição de visitas aos estabelecimentos de saúde, o que pode ter levado os pacientes a expressarem suas ansiedades e

frustrações aos profissionais da saúde por meio de atos de violência⁽¹³⁾.

Além disso, o ambiente de trabalho tornou-se mais estressante e cansativo devido ao descompasso entre o número de profissionais disponíveis e a demanda dos pacientes. Requisitos de trabalho, como o uso constante de equipamentos de proteção individual, também podem ter contribuído para aumentar a vulnerabilidade dos profissionais à violência no trabalho⁽¹⁴⁾.

Os achados deste estudo indicam que, ao comparar os sexos, não houve diferença na prevalência de violência verbal, moral/psicológica e física. No entanto, houve associação entre o sexo do profissional de saúde e a ocorrência de assédio sexual tanto na análise bivariada como na multivariada, no qual prevalência do assédio sexual foi aproximadamente seis vezes maior entre as mulheres em comparação aos homens.

Pesquisas têm indicado que as mulheres são vítimas de todas as formas de violência em uma maior proporção em relação aos homens. Esses resultados são corroborados por uma pesquisa realizada no mesmo município com profissionais de enfermagem que atuam em serviços de emergência, no qual se destacou que as mulheres sofreram 5,83 vezes mais violência verbal do que homens⁽¹⁵⁾.

Ao descreverem as características dos incidentes agressivos na saúde primária de emergência na Noruega, os autores corroboram com os achados deste estudo, destacando a alta prevalência de incidentes entre mulheres (71,5%) e entre profissionais de saúde mais jovens (44,4%), com idade média de 34,1 anos⁽¹⁰⁾.

Em estudo realizado na República Checa com profissionais de saúde, as mulheres relataram experiências mais frequentes de estigmatização, discriminação ou violência do que os homens, sendo este achado, segundo os autores, explicado, possivelmente pelo fato de que as mulheres constituem um grupo oprimido e com menos poder e prestígio que os homens⁽⁷⁾. Essa condição foi construída e perpetuada ao longo do tempo, moldando normas sociais que favorecem a perpetuação de situações de violência e assédio contra elas⁽¹⁾.

Assim é importante destacar a violência de gênero encontrada nesta pesquisa, manifestada de diversas formas e sobretudo, o assédio sexual. Em

estudo realizado no Brasil com profissionais de enfermagem, todos os casos de assédio sexual relatados no ambiente de trabalho foram praticados contra as mulheres e na sua maioria praticados por homens⁽⁶⁾.

Em um estudo sobre os fatores que levaram ao aumento do assédio sexual no ambiente de trabalho durante a pandemia de COVID-19, a pesquisa apontou que a opressão sobre os corpos femininos, característica estrutural da sociedade, se intensificou à medida que as mulheres passaram a ocupar mais o espaço público, principalmente no trabalho. Nesse contexto, a desigualdade de gênero permaneceu marcante. O assédio sexual no local de trabalho, como reflexo dessa desigualdade, intensificou-se durante a pandemia, evidenciando como as mulheres são afetadas de maneira desigual. Esse fenômeno foi impulsionado pelo patriarcado, pela desigualdade de gênero e pelas novas condições de trabalho impostas pela pandemia⁽¹⁶⁾.

Ao realizar associações entre os tipos de violências e a cor/etnia, apesar de não haver diferença estatisticamente significativa na amostra estudada na análise multivariada, ressalta-se o percentual expressivo apresentado pelos profissionais pretos em todos os tipos de violência. Estudo realizado sobre preditores de violência durante a pandemia de COVID-19 no Brasil não encontrou associação estatística entre cor/etnia e exposição a violência. Vale salientar que os participantes do estudo em sua maioria eram brancos (79,6%)⁽⁵⁾. É crucial entender que as trajetórias profissionais são moldadas pela histórica divisão racial e sexual do trabalho no Brasil, pois o racismo e o sexismo são expressos nas diferenciações das condições de trabalho enfrentadas pelos profissionais da saúde⁽¹⁷⁾.

Pesquisa voltada a elucidar o assédio moral ressalta a lacuna de estudos que investigam a intersecção entre a violência no ambiente de trabalho e a cor da pele dos indivíduos. Esse argumento reforça a relevância de compreender como diferentes grupos como negros, pardos e brancos, são impactados de maneiras distintas pela violência no local de trabalho⁽¹⁸⁾.

A análise multivariada também revelou associação significativa entre a situação conjugal e a incidência de violência moral/psicológica, destacando que os profissionais de saúde solteiros e com companheiro (sem casamento civil)

apresentaram maior proporção de vivência dessa violência. Um estudo realizado no Nepal mostrou que os entrevistados solteiros ou não casados tinham 1,814 vezes mais probabilidade de sofrer violência verbal e 2,476 vezes mais chances de ser vítimas de assédio moral. A vulnerabilidade dos entrevistados solteiros pode estar relacionada a menor experiência de trabalho, inabilidade em lidar com situações estressantes, longas jornadas e trabalho em turnos⁽⁸⁾.

Da mesma forma, em pesquisa conduzida na Malásia indicou que 53,8% dos enfermeiros solteiros estão em maior risco de violência no trabalho em comparação a 41,5% dos casados. O estudo também revelou que os profissionais mais jovens (menos de 30 anos) têm o dobro de chances de experimentar violência o que pode ser atribuído à falta de experiência de trabalho e a educação menos qualificada. Além disso, a condição de solteiro pode estar associada a uma idade mais baixa, aumentando assim a vulnerabilidade⁽¹⁹⁾.

Outra associação significativa encontrada neste estudo, tanto na análise bivariada quanto na multivariada, refere-se à variável “permanência na unidade”. Observou-se uma maior prevalência de violência física entre os profissionais que atuam em regime de meio expediente, em comparação com aqueles que trabalham em período integral. Esse resultado pode estar relacionado às características dos locais de atendimento deste estudo, já que a UPA, o CRS e o CAPS contam com profissionais que atuam em meio período, os quais, em sua maioria, estão diretamente envolvidos na assistência aos pacientes. Enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos e assistentes sociais que trabalham meio período foram, neste estudo, as principais vítimas de agressão física.

Estudos realizados em diferentes países e contextos demonstraram que há uma associação entre o turno de trabalho e a ocorrência de violência física, e que essas características estão relacionadas ao local, ao tipo de atendimento, perfil dos pacientes e à gestão dos serviços, principalmente nas unidades de urgência e emergência⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Um estudo conduzido na Malásia constatou que a maioria dos incidentes de violência ocorreu durante os turnos diurnos, com 121 casos (67,3%) registrados, em comparação com 59 casos (32,8%) nos turnos noturnos. Esse padrão pode ser

explicado pelo maior volume de atividades e procedimentos técnicos realizados durante o dia, enquanto à noite, o descanso dos pacientes e as restrições ao acesso de familiares reduzem as situações de violência⁽¹⁹⁾.

Entretanto, um estudo realizado no Irã com enfermeiros de emergência, indicou que a maioria dos casos de violência física (57%) ocorreu durante os turnos noturnos, possivelmente devido ao aumento no número de encaminhamentos de pacientes para salas de emergência e a ausência de uma equipe de gestão nesse horário⁽²⁰⁾.

Os resultados relacionados às variáveis local de trabalho e exposição a violência demonstraram associação significativa na análise bivariada. Esta é uma associação importante, embora ela não tenha se mantido na análise multivariada. Neste estudo, os profissionais do CAPS foram vítimas em maior proporção de agressões físicas.

Os profissionais que atuam na saúde mental são mais vulneráveis à violência no local de trabalho, devido às cargas pesadas de trabalhos clínicos, baixa proporção médico-pacientes e ambientes estressantes de trabalho⁽²¹⁾. Uma revisão sistemática da literatura sobre a prevalência da violência em serviços de saúde apontou que, dos 331.544 participantes, 61,9% relataram exposição à violência no ambiente de trabalho. Ele também evidenciou uma alta prevalência de violência nos setores de emergência e psiquiatria, sendo enfermeiros e médicos as categorias profissionais mais afetadas⁽²²⁾.

Neste estudo, as principais consequências das agressões verbais relatadas foram estresse, irritação, perda da concentração e raiva (81,9%). Outros autores também observaram que, além da ansiedade, irritabilidade e raiva, foram relatadas medo, choque, confusão, desconfiança, insatisfação com o trabalho, exaustão emocional, depressão, despersonalização e níveis mais elevados de Burnout^(5,7,19,21,23).

Uma metanálise identificou que a violência psicológica no trabalho durante a pandemia causou diversos impactos na saúde mental e física dos profissionais de saúde. Entre as consequências mais comuns estão raiva, estresse, decepção, medo, ansiedade, depressão, baixa autoestima, distúrbios emocionais, problemas de sono e prejuízo à saúde mental geral. Além disso, foram relatadas lesões físicas, como traumas musculoesqueléticos, ferimentos graves e fraturas,

bem como déficits de saúde a longo prazo. Em casos mais severos, a violência psicológica foi associada ao desenvolvimento de episódios depressivos graves entre as profissionais de saúde⁽²⁴⁾.

Nesse contexto, estratégias para mitigar os impactos na saúde mental durante a pandemia foram cruciais. Um estudo com profissionais de enfermagem brasileiros destacou medidas institucionais, como reorganização de equipes, trabalho híbrido e suporte psicológico, além de táticas como compartilhar medos entre colegas. Individualmente, os profissionais adotaram hábitos saudáveis, apoio religioso e atividades simples, como cuidar de plantas, realizar caminhadas e assistir filmes. Essas práticas mostram-se eficazes para atenuar os efeitos da pandemia e servem de referência para desafios futuros⁽²⁵⁾.

A subnotificação dos incidentes de violência foi evidente neste estudo, com 79,5% não registrados. Pesquisa na China com médicos, enfermeiros e administrativos apontou que a violência física é gravemente subnotificada, enquanto os perpetradores frequentemente permanecem impunes⁽²⁶⁾. Isso é atribuído à aplicação ineficaz das leis contra a violência no setor de saúde e o suporte organizacional insuficiente para incentivar os relatos⁽²⁶⁾.

Nos EUA, durante a pandemia de COVID-19, cerca de 10% dos enfermeiros relataram maior dificuldade em notificar incidentes de violência, agravada pela sobrecarga de trabalho, ausência de processos padronizados e a crença de que a violência é inerente à profissão. Muitos justificaram a violência como resultado da frustração dos pacientes, dificultando ainda mais os registros⁽¹³⁾. A prevenção eficaz da violência relacionada ao trabalho depende de uma notificação e análise precoce dos incidentes⁽¹¹⁾.

No Brasil, a notificação de casos de violência relacionados ao trabalho é obrigatória por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Contudo, pesquisas que analisam esses dados são ainda limitadas no país, o que ressalta a necessidade de maior atenção por parte da vigilância em saúde⁽²⁷⁾.

Também é crucial investigar e estimar outros tipos de subnotificação, como casos não registrados em delegacias ou fora da rede de atendimento, para melhor compreender a magnitude da violência. Com informações

detalhadas e acessíveis, será possível implementar estratégias mais precisas e direcionadas para o combate e a prevenção da violência em diversas esferas da sociedade⁽²⁸⁾.

Limitações do estudo

Uma das limitações desse estudo foi a baixa adesão inicial dos profissionais à pesquisa. Isso pode ter ocorrido devido à pesquisa ser realizada durante a pandemia pela COVID-19, na qual muitos profissionais sinalizaram estarem sobrecarregados.

No entanto, foi atingida a cota de participantes, estabelecida em cálculo amostral. Além disso, a natureza transversal retrata um contexto pontual vivenciado pelos participantes em um determinado momento, esse método limitou inferir quaisquer relações de causa-efeito, pois estabeleceu apenas associações.

Outra limitação é que a amostra foi selecionada por uma técnica não-probabilística por cotas, na qual os profissionais foram incluídos com base na disponibilidade e aceitação em participar, sem sorteio aleatório. Isso pode ter introduzido um viés de seleção, limitando a representatividade da amostra e afetando a generalização dos resultados para toda a população de profissionais de saúde do município.

CONCLUSÃO

A prevalência da violência relacionada ao trabalho entre os profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19 foi preocupante, com 76,4% dos participantes relatando diferentes formas de agressão, principalmente verbal e moral/psicológica. A análise revelou associações significativas entre assédio sexual e sexo feminino, violência moral/psicológica e estado civil, além da relação entre o tempo de permanência na unidade e agressões físicas.

Profissionais negros enfrentaram todos os tipos de violência abordados no estudo, e a equipe de profissionais dos CAPS relataram maior ocorrência de agressões físicas. Esses achados evidenciam a magnitude e a complexidade da violência no ambiente de trabalho, especialmente em um contexto de crise sanitária global, e apontam para a necessidade urgente de políticas de proteção e conscientização, além de estratégias

para a notificação e enfrentamento dessa problemática.

As implicações deste estudo ressaltam a necessidade de promover um ambiente de trabalho seguro e saudável, reduzindo a violência relacionada ao trabalho, particularmente em situações inesperadas como a pandemia. Para avançar nessa direção, é fundamental implementar

estratégias de prevenção à violência, considerando que a maioria dos casos permanece subnotificada. Sugere-se a adoção de iniciativas que incentivem uma cultura de não-violência, a educação sobre o que configura violência e suas diversas manifestações, e a padronização de notificações de incidentes como formas de abordar e mitigar esse grave problema.

PREVALENCE OF VIOLENCE AGAINST HEALTH PROFESSIONALS DURING THE COVID-19 PANDEMIC

ABSTRACT

Objective: To identify the prevalence of work-related violence among health professionals during COVID-19. **Methods:** A cross-sectional analytical study was conducted in 36 health units, between October and December 2020, with 174 professionals. Data collection was done through a semi-structured questionnaire available through Google Forms, containing sociodemographic data and questions about violence at work. The statistical analysis used Cox regression. **Results:** The prevalence of violence was 76.4%, with a predominance of verbal violence (95.5%), followed by moral/psychological violence (36.9%), physical violence (19.6%) and sexual harassment (12.8%). Significant associations were found between sexual harassment and sex, moral/psychological violence and marital status, and physical aggression and time in the unit. The underreporting rate was 79.5%. **Conclusion:** Violence at work during the pandemic was worrying, with impacts on the health of professionals. Preventive strategies and improvements in notification mechanisms are essential to address this problem.

Keywords: Workplace violence. Occupational health. Health personnel. COVID-19.

PREVALENCIA DE VIOLENCIA CONTRA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

RESUMEN

Objetivo: identificar la prevalencia de violencia laboral entre los profesionales de la salud durante COVID-19. **Métodos:** estudio transversal analítico realizado en 36 unidades de salud, entre octubre y diciembre de 2020, con 174 profesionales. La recolección de datos se realizó por medio de un cuestionario semiestructurado disponible a través de *Google Forms*, conteniendo datos sociodemográficos y preguntas sobre violencia en el trabajo. El análisis estadístico utilizó la regresión de Cox. **Resultados:** la prevalencia de violencia fue de 76,4%, con predominio de violencia verbal (95,5%), seguida de violencia moral/psicológica (36,9%) violencia física (19,6%) y acoso sexual (12,8%). Se encontraron asociaciones significativas entre acoso sexual y sexo; violencia moral/psicológica y situación conyugal; y agresión física y tiempo de permanencia en la unidad. La subnotificación fue de 79,5%. **Conclusión:** la violencia en el trabajo durante la pandemia se mostró preocupante, con impactos en la salud de los profesionales. Las estrategias preventivas y mejoras en los mecanismos de notificación son esenciales para enfrentar este problema.

Palabras clave: Violencia en el trabajo. Salud ocupacional. Profesional de la salud. COVID-19.

REFERÊNCIAS

- Garcia V, Reif L. Relatório de resultados da pesquisa setor saúde: Violência e assédio no mundo do trabalho com uma perspectiva de gênero. Casos do Brasil, Colômbia, El Salvador e Peru. Internacional de Serviços Públicos; 2021 [citado em 12 dez 2023]. Disponível em: https://pop-umbrella.s3.amazonaws.com/uploads/6ce8322e-2881-4133-9503-fcddb5035d72_Viol_ncia_e_ass_dio_no_mundo_do_trabalho_com_uma_perspectiva_de_g_nero_Casos_do_Brasil_Chile_Colmbia_El_Salvador_e_Peru.pdf
- Bhatti OA, Rauf H, Aziz N, Martins RS, Khan JA. Violence against healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A review of incidents from a lower-middle-income country. *Ann Glob Health*. 2021;87(1):41, 1–11. DOI: <https://doi.org/10.5334/aogh.3203>
- International Labour Organization (ILO). C190: Violence and harassment convention. C190, Geneva [online]. 2019. [citado em 10 nov 2023]. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/genericdocument/wcms_729459.pdf
- Antão HS, Sacadura-Leite E, Manzano MJ, Pinote S, Serranheira RR, Sousa-Uva FA. Workplace violence in healthcare: a single-center study on causes, consequences and prevention strategies. *Acta Med Port*. 2020;33(1):31-37. DOI: <https://doi.org/10.20344/amp.11465>
- Bitencourt MR, Alarcão ACJ, Silva LL, Dutra AC, Caruzzo NM, Roszkowski I, et al. Predictors of violence against health professionals during the COVID-19 pandemic in Brazil: a cross-sectional study. *PLoS ONE*. 2021;16(6):e0253398. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253398>
- Bordignon M, Monteiro MI. Analysis of workplace violence against nursing professionals and possibilities for prevention. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42: e20190406. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20190406>
- Janoušková M, Pekara J, Kučera M, Keams PB, Šeblová J,

Wolfová K, et al. Experiences of stigma, discrimination and violence and their impact on the mental health of health care workers during the COVID-19 pandemic. *Sci Rep*. 2024;14(1):10534. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-024-59700-5>

8. Bhusal A, Adhikari A, Singh Pradhan PM. Workplace violence and its associated factors among health care workers of a tertiary hospital in Kathmandu, Nepal. *PLoS One*. 2023;18(7): e0288680. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0288680>

9. Bordignon M, Monteiro MI. Apparent validity of a questionnaire to assess workplace violence. *Acta Paul Enferm*. 2015;28(6):601-608. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500098>

10. Johnsen GE, Morken T, Baste V, Rypdal K, Palmstierna T, Johansen IH. Characteristics of aggressive incidents in emergency primary health care described by the Staff Observation Aggression Scale – Revised Emergency (SOAS-RE). *BMC Health Serv Res*. 2020;20(33). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4856-9>

11. Byon HD, Sagherian K, Kim Y, Lipscomb J, Crandall M, Steege L. Nurses' Experience With Type II Workplace Violence and Underreporting During the COVID-19 Pandemic. *Workplace Health Saf*. 2021;3:21650799211031233. DOI: <https://doi.org/10.1177/21650799211031233>

12. Carpio-Toia AMd, Carpio LBMd, Percy M-T, Alarcón-Yaquette DE, Málaga G. Workplace violence against physicians treating COVID-19 patients in Peru: A cross-sectional study. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2021;47(10):637-645. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2021.06.002>

13. Virani AK, Puls HT, Mitsos R, Longstaff H, Goldman RD, Lantos JD. Benefits and risks of visitor restrictions for hospitalized children during the COVID pandemic. *Pediatrics*. 2020;146(2):e2020000786. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2020-000786>

14. Maben J, Bridges J. COVID-19: Supporting nurses' psychological and mental health. *J Clin Nurs*. 2020;29(15-16):2742-2750. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.15307>

15. Ceballos JB, Frota OP, Nunes HFSS, Ávalos PL, Krügel Cdc, Júnior MAF, et al. Physical violence and verbal abuse against nurses working with risk stratification: characteristics, related factors, and consequences *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Suppl 5):e20190882. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0882>

16. Sá Neto CE. Sexual harassment in the workplace in the context of the COVID-19 pandemic: reflections on gender inequalities at work from the paradigm of relational justice. *Seqüência: Estudos jurídicos e políticos*. 2023;44(94):e91417. DOI: <https://doi.org/10.5007/2177-7055.2023.e91417>

17. Dias CAO, Andrade CB. Branquitude e o cuidado em saúde. *Interface*. 2023;27:e220370. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.220370>

18. Andrade CB, Assis SG. Assédio moral no trabalho, gênero,

raça e poder: revisão de literatura. *Rev Bras Saude Ocup*. 2018;43:e11. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000012917>

19. Ismail, HB, Ahmad, SH, Abdullah, M, Zainal, M, Omar, Z, Lim, SL. Workplace violence among nurses in a Penang hospital: Prevalence and risk factors. *Med J Malaysia*, 2022 [cited 2023 Feb 10]. Available from: <https://www.e-mjm.org/2022/v77n6/workplace-violence.pdf>

20. Janatolmakan M, Abdi A, Rezaeian S, Framarzi Nasab N, Khatony A. Violence against emergency nurses in Kermanshah-Iran: Prevalence and associated factors. Younas A, editor. *Nurs Res Pract*. 2023 Jan 13;2023:1-8. DOI: <https://doi.org/10.1155/2023/36687388>

21. Xie XM, Zhao YJ, An FR, Zhang QE, Yu HY, Yuan Z, et al. Workplace violence and its association with quality of life among mental health professionals in China during the COVID-19 pandemic. *J Psychiatr Res*. 2021;135:289-93. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.01.023>

22. Liu J, Gan Y, Jiang H, Li L, Dwyer R, Lu K, et al. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med*. 2019; 76(12):927-37. DOI: <https://doi.org/10.1136/oemed-2019-105849>

23. Wang W, Lu L, Kelifa MM, Yu Y, He A, Cao N, et al. Mental health problems in Chinese healthcare workers exposed to workplace violence during the COVID-19 outbreak: a cross-sectional study using propensity score matching analysis. *Risk Manag Healthc Policy*. 2020;13:2827-2833. DOI: <https://doi.org/10.2147/RMHP.S279170>

24. Ajuwa MP, Veyrier CA, Cousin Cabrolier L, Chassany O, Marcellin F, Yaya I, et al. Workplace violence against female healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2024 Aug 28;14(8):e079396. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-079396>

25. Santos LH dos, Kantorski LP, Treichel CA dos S, Menezes ES de, Silva P dos S da, Oliveria MM de, et al. Daily life of nursing professionals in the covid-19 pandemic: invention of life and work. *Cienc Cuid Saude*. 2024;23:e66847. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v23i0.66847>

26. Yang SZ, Wu D, Wang N. Workplace violence and its aftermath in China's health sector: implications from a cross-sectional survey across three tiers of the health system. *BMJ Open*. 2019;9:e031513. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031513>

27. Pintor EAS, Garbin AC de. Work-related violence registries and worker's health surveillance: breaking invisibility. *Rev Bras Saude Ocup*. 2019;44:e20. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000006918>

28. Vasconcelos NM, Bernal RTI, Souza JB, Bordoni PHC, Stein C, Coll CVN, et al. Underreporting of violence against women: an analysis of two data sources. *Cienc Saude Colet*. 2024;29(10):1-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320242910.07732023>

Endereço para correspondência: Josyenne Assis Rodrigues. Rua Fernandes da Fonseca, 1001, Vila Santo Eugênio, Campo Grande, MS, Brasil. CEP: 79060570. E-mail: josyennerodrigues@hotmail.com

Data de recebimento: 16/04/2024

Data de aprovação: 05/12/2024

Apoio financeiro:

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.