

Violência contra o trabalhador de enfermagem: repercussões no acesso e segurança do paciente

Violence against nursing workers: repercussions on patient access and safety

Violencia contra trabajadores de enfermería: repercusiones en el acceso y seguridad de los pacientes

Grasiele Fatima Busnello^I

ORCID: 0000-0002-2027-0089

Letícia de Lima Trindade^I

ORCID: 0000-0002-7119-0230

Daiane Dal Pai^{II}

ORCID: 0000-0002-6761-0415

Carmem Lúcia Colomé Beck^{III}

ORCID: 0000-0001-9060-1923

Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro^{IV}

ORCID: 0000-0001-9982-9537

Elisabete Maria das Neves Borges^{IV}

ORCID: 0000-0002-6478-1008

Maiara Daís Schoeninger^I

ORCID: 0000-0002-0095-1485

^IUniversidade Comunitária da Região de Chapecó. Chapecó, Santa Catarina, Brasil.

^{II}Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^{III}Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

^{IV}Universidade de Porto. Porto, Portugal.

Como citar este artigo:

Busnello GF, Trindade LL, Dal Pai D, Beck CLC, Ribeiro OMPL, Borges EMN, et al. Violence against nursing workers: repercussions on patient access and safety. Rev Bras Enferm. 2022;75(4):e20210765. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0765pt>

Autor Correspondente:

Grasiele Fatima Busnello

E-mail: grasibusnello@gmail.com



RESUMO

Objetivos: analisar as repercussões da violência contra o profissional de enfermagem no acesso e na segurança dos pacientes da Estratégia Saúde da Família. **Métodos:** estudo misto, com 169 profissionais de enfermagem. Utilizamos questionário sociolaboral, *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector*, instrumento de segurança do paciente e entrevistas. **Resultados:** agressão verbal teve relação entre apoio ($p=0,048$), respeito ($p=0,021$), horas de cuidado ($p=0,047$) e condutas de segurança do paciente ($p=0,033$) entre os profissionais. Sofrer assédio moral relacionou-se ao medo de questionar quando algo está incorreto ($p=0,010$) e à falta de apoio da gestão ($p=0,016$). Vítimas de violência física consideraram que seus erros podem ser usados contra elas. Os dados mistos convergem e confirmam que a violência repercute nas condutas profissionais e coloca em risco atributos da Atenção Primária à Saúde. **Conclusões:** a violência repercute no comportamento do trabalhador, interfere no cuidado realizado, fragiliza o acesso e a segurança dos pacientes. **Descritores:** Violência no Trabalho; Acesso a Serviços de Saúde; Segurança do Paciente; Enfermagem; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objectives: to analyze the repercussions of violence against nursing professionals, in the access and safety of patients in Family Health Strategy. **Methods:** a mixed study, with 169 nursing professionals. We used a socio-labor questionnaire, *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector*, a patient safety instrument and interviews. **Results:** verbal aggression was related to support ($p=0,048$), respect ($p=0,021$), hours of care ($p=0,047$) and patient safety behaviors ($p=0,033$) among professionals. Suffering from bullying was related to fear of questioning when something is wrong ($p=0,010$) and lack of support from management ($p=0,016$). Victims of physical violence felt that their mistakes could be used against them. Mixed data converge and confirm that violence affects professional behavior and puts Primary Health Care attributes at risk. **Conclusions:** violence affects workers' behavior, interferes with the care provided, weakens the access and safety of patients. **Descriptors:** Workplace Violence; Health Services Accessibility; Patient Safety; Nursing; Primary Health Care.

REUMEN

Objetivos: analizar las repercusiones de la violencia contra el profesional de enfermería en el acceso y seguridad de los pacientes en la Estrategia Salud de la Familia. **Métodos:** estudio mixto, con 169 profesionales de enfermería. Se utilizó un cuestionario sociolaboral, *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector*, instrumento de seguridad del paciente y entrevistas. **Resultados:** la agresión verbal se relacionó con conductas de apoyo ($p=0,048$), respeto ($p=0,021$), horas de atención ($p=0,047$) y seguridad del paciente ($p=0,033$) entre los profesionales. Sufrir bullying se relacionó con el miedo a ser cuestionado cuando algo anda mal ($p=0,010$) y la falta de apoyo por parte de la dirección ($p=0,016$). Las víctimas de violencia física sintieron que sus errores podrían usarse en su contra. Datos mixtos convergen y confirman que la violencia afecta el comportamiento profesional y pone en riesgo atributos de la Atención Primaria de Salud. **Conclusiones:** la violencia afecta el comportamiento del trabajador, interfiere en la atención brindada, debilita el acceso y la seguridad de los pacientes. **Descritores:** Violencia Laboral; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Seguridad del Paciente; Enfermería; Atención Primaria de Salud.

EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa
EDITOR ASSOCIADO: Alexandre Balsanelli

Submissão: 10-12-2021 Aprovação: 03-07-2022

INTRODUÇÃO

Estudos confirmam que a Atenção Primária à Saúde (APS) contribui, significativamente, para o aumento do acesso dos usuários aos serviços de saúde, assim como para atingir resultados positivos nos indicadores de saúde⁽¹⁻⁴⁾.

A APS mais segura é fundamental para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas, particularmente para aqueles relacionados a assegurar vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em todas as idades⁽⁵⁾.

No Brasil, esse nível assistencial é considerado o ordenador dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) fundamental no desempenho de ações para efetivar o acesso aos usuários, com ações no âmbito da promoção da saúde, tratamento, reabilitação e redução de danos^(1,3,6).

A equipe Saúde da Família (eSF) conta com profissionais de enfermagem como integrantes indispensáveis na equipe multiprofissional, atuantes em todo o território de abrangência da ESF⁽¹⁾, nas unidades de saúde, assim como em ambientes abertos, em espaços comunitários e na própria residência dos usuários, o que, potencialmente, expõe esses profissionais à violência⁽⁷⁻⁸⁾. Nesse sentido, destacam-se as condições em que o trabalhador realiza seu trabalho, com interfaces na qualidade do acesso a serviços de saúde.

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a violência no ambiente de trabalho é toda ação incidente ou comportamento de uma pessoa contra outra que leve à agressão, à ofensa, ao prejuízo ou à humilhação em seu trabalho ou como consequência deste⁽⁸⁻⁹⁾.

Nesse contexto, o profissional de enfermagem tem elevada exposição ao risco de sofrer violência⁽⁷⁻⁸⁾, uma vez que é o primeiro a entrar em contato com os usuários do serviço⁽⁷⁾, realiza o acolhimento, o atendimento assistencial, clínico e assume, frequentemente, a gerência das equipes na APS.

As repercussões da violência na saúde dos trabalhadores de enfermagem na APS têm sido registradas em estudos nacionais^(7,10) e internacionais⁽⁸⁻⁹⁾. Contudo, majoritariamente, as investigações estão voltadas ao contexto hospitalar, e pesquisas na APS têm ganhado mais visibilidade nos últimos anos⁽¹¹⁻¹²⁾. Ainda, nesse cenário, são escassos aqueles que tratam da relação entre a violência contra os trabalhadores de enfermagem, o acesso e a segurança nos atendimentos ao usuário.

Diante disso, questionou-se: quais são as repercussões da violência contra profissionais de enfermagem no acesso e na segurança dos usuários da ESF?

Assim, a investigação tomou o acesso à saúde como elemento de qualidade dos serviços oferecidos, com interfaces na competência profissional, na promoção da cultura de segurança ao paciente, na oferta/utilização eficaz de recursos, na satisfação do usuário e nos resultados favoráveis à população⁽²⁻⁴⁾. Já a segurança do paciente se ancorou na complexidade da prática clínica e assistencial, cuja práxis se fundamenta nas consequências que repercutem na saúde e bem-estar dos indivíduos que recebem assistência à saúde⁽¹³⁾. Nessa direção, entende-se que os profissionais de enfermagem estão envolvidos diretamente no acesso e segurança dos pacientes⁽¹³⁾.

OBJETIVOS

Analisar as repercussões da violência contra o profissional de enfermagem no acesso e na segurança dos pacientes da ESF.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O desenvolvimento do estudo atendeu a todas as normas de ética em pesquisa envolvendo seres humanos. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Desenho, período e local do estudo

Trata-se de um estudo misto sequencial explanatório⁽¹⁴⁾, norteado pela ferramenta STROBE, realizado em 53 eSF de um município da Região Sul do Brasil, no período de setembro de 2018 a março de 2019.

População e amostra; critérios de inclusão e exclusão

Na etapa quantitativa (QUAN) do estudo, foram utilizados como critérios de inclusão dos participantes: possuir formação na área da enfermagem e estar atuando na ESF há, no mínimo, 12 meses. Foram excluídos os trabalhadores afastados por qualquer motivo no período da coleta de dados. Para definição da amostra, realizou-se cálculo amostral por categoria, considerando 95% de confiança e erro de 5%. A população de trabalhadores do cenário estudado foi constituída por 53 enfermeiros e 159 técnicos/auxiliares de enfermagem e todos que se enquadraram nos critérios aceitaram participar do estudo, sendo os não incluídos os afastados por algum motivo no período de coleta de dados.

Na etapa qualitativa (QUAL), foram convidados trabalhadores que participaram da etapa anterior, sendo selecionados intencionalmente. Participaram 18 trabalhadores de enfermagem que se disponibilizaram, considerando a disponibilidade para participar de uma entrevista semiestruturada, incluindo 18 trabalhadores. Desses, dez responderam ter sofrido diferentes tipos de violência, e oito, trabalhadores que não sofreram violência, buscando-se mais perspectivas sobre o fenômeno. Desse modo, a amostra do estudo foi composta por 169 profissionais de enfermagem, sendo 47 enfermeiros e 122 técnicos/auxiliares de enfermagem. O quantitativo de participantes nesta etapa não conseguiu atingir 20% desta categoria, tendo em vista o desconforto em rememorar as situações de violência, optando-se pelo critério de saturação de dados para definição dos participantes desta etapa.

Protocolo do estudo

Os participantes da etapa QUAN responderam a um questionário para levantamento de características sociolaborais (sexo, cor da pele, número de filhos, situação conjugal, anos de experiência na enfermagem, carga horária laboral, satisfação, reconhecimento e preocupação com violência no local de trabalho), o *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector*⁽¹⁵⁾, traduzido e adaptado para a língua portuguesa⁽¹⁶⁾, que mensura a ocorrência da violência física (com 18 questionamentos) e

psicológica (com 13 questionamentos), nos últimos 12 meses, contemplando características da vítima, da agressão e do perpetrador, bem como três questões sobre medidas institucionais de controle da violência. A violência psicológica é subdividida em agressão verbal, assédio moral, assédio sexual e discriminação racial, considerando características da vítima, da agressão e do perpetrador, bem como medidas institucionais de controle da violência. Utilizou-se um questionário sobre a segurança do paciente, validado e traduzido para língua portuguesa⁽¹⁷⁾, adaptado para o cenário da APS, o qual inclui questionamentos sobre segurança do paciente, erros associados ao cuidado e relato de eventos durante os atendimentos, avaliado por meio de escala Likert de cinco pontos (discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo e concordo totalmente).

Na etapa QUAL, utilizaram-se duas entrevistas para compreender a origem e as situações em que ocorreu a violência laboral, adaptadas para quem sofreu e para quem não sofreu violência no trabalho. O instrumento semiestruturado possuía oito questões abertas que permitiam relatar os episódios de violência no trabalho, as condutas frente aos eventos, repercussões na forma de assistir, no trabalho em equipe, comunicação, as medidas protetivas e como o fenômeno era gerenciado no contexto laboral. Foram realizadas em ambiente privativo, gravadas em áudio e transcritas.

Ainda nesta etapa, realizou-se a observação não participante em 14 Unidades de Saúde da Família (USFs), escolhidas intencionalmente, buscando representatividade dos diferentes territórios do município. Foram realizadas 56 horas de observação, com registro em diário de campo. As observações ocorreram durante os dois turnos de atendimento, observando-se situações de violência, o fluxo de atendimento, os períodos de espera, diferentes procedimentos realizados, a divisão das tarefas, reuniões e estratégias de organização do trabalho.

Análise dos resultados e estatística

Os dados QUAN foram tabulados e analisados por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences*, versão 21.0. As variáveis descritivas foram apresentadas no formato de média, desvio padrão, medianas e intervalos interquartis, frequências

relativas e absolutas. Após teste de normalidade de Shapiro-Wilk, utilizou-se o Mann-Whitney para analisar diferenças entre medianas nos grupos. Para a análise estatística, adotou-se o nível de significância de $p \leq 0,05$.

Os achados QUAL foram submetidos à análise temática⁽¹⁸⁾, reunidos na categoria temática "A relação entre a violência contra o profissional de enfermagem e as repercussões no acesso e segurança dos pacientes", e suas três subcategorias.

Os trechos de falas foram codificados como: enfermeiro (E), técnico de enfermagem/auxiliar de enfermagem (TEA), seguido do número de ordem das entrevistas. Os registros em diário de campo foram identificados pelas iniciais (DC).

RESULTADOS

O estudo contou com amostra representativa de 169 trabalhadores de enfermagem que atuavam na APS, sendo 47 enfermeiros (27,8%) e 122 técnicos ou auxiliares de enfermagem (72,2%). Destes, a maioria era do sexo feminino (93,5%), de cor branca (91,1%), casados ou convivendo com companheiro (70,4%), possuíam, em média, um filho ($\pm 1,1$) e tinham idade média de 41,1 anos ($\pm 8,8$). Os participantes possuíam, em média, 15,4 anos de estudo ($\pm 2,8$), 14 anos ($\pm 8,6$) de atuação na área da saúde, cinco anos ($\pm 6,7$) de atuação na ESF, na qual atuavam 40 horas semanais e, majoritariamente, 94,1% possuíam contato físico com os usuários.

O estudo revelou que 83,4% (n=141) dos trabalhadores de enfermagem referiram ter sofrido violência no último ano, e, no total, foram identificados 221 episódios de violência. A agressão verbal (75,7%) foi o tipo de violência mais prevalente, seguida do assédio moral (39,1%), assédio sexual (8,9%), discriminação racial (4,1%) e violência física (3,0%).

Os usuários foram os principais perpetradores da violência contra os trabalhadores de enfermagem da ESF (71,4%). Também se constatou a chefia (20,8%) como perpetradora da violência, seguida por colegas de trabalho (7,8%).

O estudo relacionou as situações de violência (física, verbal, assédio moral/intimidação e assédio sexual) contra os trabalhadores de enfermagem com a segurança do paciente atendido na APS, conforme representado na Tabela 1.

Tabela 1 - Associação significativa entre trabalhadores de enfermagem, segurança do paciente e ocorrência dos diferentes tipos de violência, Chapecó, Santa Catarina, Brasil, 2020 (n=169)

	Sofreu violência	n (%)	Média (DP)	Mediana	p*
Violência física					
Dimensões da segurança do paciente					
Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles.	Sim	5 (2,95)	4,00 (+0,00)	4,00	0,037
	Não	164 (97,05)	3,78 (+0,40)	4,00	
É apenas por acaso, erros, enganos ou falhas mais graves não acontecem por aqui.	Sim	5 (2,95)	2,00 (+0,00)	2,00	0,017
	Não	164 (97,05)	2,22 (+0,39)	2,00	
Agressão verbal					
Dimensões da segurança do paciente					
As pessoas apoiam umas às outras.	Sim	128 (75,74)	3,80 (+0,36)	4,00	0,048
	Não	41 (24,26)	3,95 (+0,14)	4,00	
As pessoas se tratam com respeito.	Sim	128 (75,74)	3,75 (+0,43)	4,00	0,021
	Não	41 (24,26)	3,98 (+0,10)	4,00	
Os profissionais trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente.	Sim	128 (75,74)	2,43 (+0,67)	2,00	0,047
	Não	41 (24,26)	2,15 (+0,26)	2,00	

Continua

Continuação da Tabela 1

	Sofreu violência	n (%)	Média (DP)	Mediana	p*
Temos problemas de segurança do paciente.	Sim	128 (75,74)	3,13 (+0,92)	4,00	0,033
	Não	41 (24,26)	2,76 (+0,89)	2,00	
Os profissionais recebem informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos.	Sim	128 (75,74)	4,27 (+0,69)	4,00	0,005
	Não	41 (24,26)	4,66 (+0,48)	5,00	
Os profissionais têm liberdade para dizer algo que veem e pode afetar negativamente o cuidado do paciente.	Sim	128 (75,74)	4,21 (+0,65)	4,00	0,040
	Não	41 (24,26)	4,66 (+0,65)	5,00	
Os profissionais são informados sobre os erros que acontecem na unidade.	Sim	128 (75,74)	3,90 (+0,65)	4,00	0,003
	Não	41 (24,26)	4,37 (+0,68)	5,00	
Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores.	Sim	128 (75,74)	3,64 (+0,77)	4,00	0,005
	Não	41 (24,26)	4,12 (+0,69)	4,00	
Assédio moral/intimidação					
Dimensões da segurança do paciente					
Os profissionais trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente.	Sim	66 (39,05)	2,18 (+0,37)	2,00	0,014
	Não	103 (60,95)	2,48 (+0,69)	2,00	
Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente.	Sim	66 (39,05)	2,00 (+0,03)	2,00	0,037
	Não	103 (60,95)	2,15 (+0,27)	2,00	
Os profissionais têm receio de perguntar quando algo parece não estar certo.	Sim	66 (39,05)	2,95 (+0,50)	3,00	0,010
	Não	103 (60,95)	2,52 (+0,96)	3,00	
A gestão da unidade só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso.	Sim	66 (39,05)	2,86 (+0,42)	3,00	0,016
	Não	103 (60,95)	2,65 (+0,54)	3,00	
Assédio sexual					
Dimensões da segurança do paciente					
Os profissionais trabalham em situação de crise tentando fazer as tarefas rapidamente.	Sim	15 (8,87)	2,33 (+0,53)	2,00	0,007
	Não	154 (91,13)	2,99 (+0,82)	3,00	

DP - desvio padrão; * Teste Mann-Whitney.

Nota: Embora o teste de normalidade tenha apontado distribuição não-paramétrica e, por isso, tenha sido empregado o Teste Mann-Whitney, optou-se em manter na tabela também a apresentação de médias e desvio-padrão a fim de facilitar a interpretação dos achados.

A etapa QUAL forneceu mais informações sobre “As repercussões da violência no acesso e segurança do paciente”, sendo a macrocategoria composta por três subcategorias de análise: “A modificação do comportamento do trabalhador na assistência”; “As repercussões da violência contra o trabalhador de enfermagem no acesso dos usuários nos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde”; e “Interferências destes eventos no cuidado integral aos usuários da Estratégia Saúde da Família”.

A primeira subcategoria reúne relatos dos trabalhadores de enfermagem sobre como o seu comportamento se modificou após sofrer agressões em seus locais de trabalho, interferindo diretamente nas emoções, criando barreiras ao próprio cuidado do paciente, provocadas pelo sofrimento e desgaste emocional, assim como podendo interferir na qualidade dos procedimentos realizados.

Então, você perde um pouco daquele foco que você precisa, porque eu pensei, vou ter que voltar para sala de vacinas, vou ter que prestar atenção, é criança, é vacina, são quatro vacinas, muitas vezes, você tem que respirar fundo. (TEA09)

Muitas vezes, aquela simplicidade de abrir a porta do consultório e sorrir para os pacientes, esses pequenos detalhes, a gente acaba bloqueando. (E04)

As condutas [...] passamos a ficar mais fechados, a ter menos empatia pelo outro, não nos colocamos mais no lugar do outro, colocamos uma barreira entre o paciente e o profissional, e uma barreira bem grande, e isso descaracteriza tudo o que é o trabalho da enfermagem [...] a partir do momento que eu estou colocando

várias barreiras e passo a não cuidar do paciente, não consigo olhar ele como um todo. Então, eu acho que prejudica o meu trabalho e me modifica como profissional sim. (E02)

A respeito da subcategoria “Repercussão da violência contra o trabalhador de enfermagem no acesso dos usuários nos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde”, os trabalhadores relataram a restrição ou limitação ao atendimento do usuário agressor, como ilustram as falas:

O paciente que nos agredia, quando ele entrava na unidade, todo mundo corria dele. Então, quando ele entrava, todos ficavam com receio de atender, com medo que ele fosse praticar outra agressão. (E10)

Teve uma funcionária que veio me relatar que não vai mais visitar determinado paciente, não vai mais atender, nem o visitar, porque foi agredida, se sentiu humilhada [...]. (E13)

Na subcategoria “Interferências destes eventos no cuidado integral aos usuários da Estratégia Saúde da Família”, os episódios que geram transtornos no atendimento repercutem na necessidade de outros profissionais nos atendimentos aos usuários agressores, como critério de segurança e enfrentamento da violência. Isso provoca atraso no atendimento dos demais usuários e, até mesmo, menor disponibilidade de tempo para as equipes realizarem as atividades assistenciais. Os participantes revelaram que a falta de profissionais atuando na ESF e a presença do usuário agressor no ambiente laboral podem ocasionar a fragilização do cuidado integral, como ilustram os relatos:

Existem profissionais que não querem mais atender e não atendem. Viram as costas e deixam para outro colega atender, porque, normalmente, se lembram do usuário que lhe agrediu. Ficam com receio de serem agredidos novamente, ou atendem com outro colega junto na sala, atendem em dupla. (TEA14)

Procuramos não atender. O atendimento é rápido, somente aquilo que o paciente precisa mesmo [...]. (TEA09)

Durante observação em uma USF, percebeu-se que enfermeira que sofreu violência solicitou que outra colega da equipe de enfermagem a acompanhasse no consultório, para atendimento de paciente agressor. Ambas atenderam o paciente com a porta do consultório aberta. (DC)

Observa-se que, quando os episódios de violência ocorrem, os profissionais realizam o atendimento de forma mais rápida, porque sentem-se pressionados pelos usuários, muitas vezes, dificultando a assistência integral (DC).

Quando percebemos que o usuário que entrou na unidade é acostumado agredir os profissionais, nos comunicamos, e o profissional que atende agiliza o atendimento para logo liberá-lo [usuário] [...] às vezes, nem dá tempo de fazer muitas perguntas e nem de ouvi-lo, para evitar que ele fique muito tempo na unidade e possa agredir os profissionais. (TEA06)

DISCUSSÃO

Evidenciou-se que a maior prevalência de trabalhadores de enfermagem expostos à violência na APS foi de mulheres, jovens e com menor tempo de atuação profissional. Estudo realizado no cenário hospitalar diverge sobre a categoria profissional mais exposta, porém coincide com os achados deste estudo no que se refere ao tempo de atuação, ao sexo e à maior prevalência entre trabalhadoras jovens⁽¹⁹⁾. Em pesquisa realizada em USF, as vítimas de violência também foram os trabalhadores mais jovens e da área de enfermagem. Além disso, a violência estava associada à pior avaliação sobre os relacionamentos no trabalho com colegas e chefias⁽²⁰⁾.

Sobre os perpetradores das agressões, a maioria esteve relacionada ao usuário, demonstrando aproximação com outras investigações^(7,19-20).

Os resultados da análise da violência no contexto de trabalho da enfermagem que atua na ESF revelaram que 83,4% dos trabalhadores foram vítimas da violência no último ano, em 221 episódios de agressões, o que corrobora com resultados de outros estudos⁽⁸⁻¹²⁾. A prevalência das agressões psicológicas do tipo verbal encontrada nesta investigação foi semelhante a outras pesquisas^(8,19-21).

Na ESF, o processo de trabalho da enfermagem se relaciona diretamente com os pacientes, pois esses profissionais são os primeiros a entrar em contato com quem busca atendimento na APS, promovendo cotidianamente o cuidado para as mais diversas necessidades de saúde. Entretanto, usuários com dor ou gravemente doentes manifestam também abusos verbais, intimidações ou outros tipos de violência. Considera-se, ainda, que a desconfiança e a falta de comunicação eficaz com os trabalhadores podem contribuir para a violência⁽²²⁾. Em um estudo

realizado no setor de acolhimento de um hospital regional do estado do Rio Grande do Norte, confirmou-se que os profissionais de enfermagem sofrem predominantemente violência verbal, por parte dos usuários e de outros profissionais⁽¹⁹⁾. Com relação aos usuários, a falta de informação sobre onde procurar o atendimento adequado para seu problema nos serviços de saúde foi apontada como uma das principais causas⁽²³⁾.

Os trabalhadores de enfermagem são preparados para o cuidado⁽⁷⁾, no entanto algumas situações podem modificar a forma como o trabalhador desenvolve suas atividades laborais. Por exemplo, destacam-se as situações de violência, que interferem na qualidade de vida, na saúde e segurança do trabalhador, repercutindo no cuidado prestado ao paciente⁽²⁴⁾.

Em consonância com a literatura e frente aos achados do estudo, percebeu-se que os problemas com a segurança do paciente também podem ocorrer no cenário da APS. Quando associadas à segurança do paciente e à ocorrência dos diferentes tipos de violência, as diferenças significativas são evidenciadas na violência psicológica e na física. Observou-se que os trabalhadores que sofreram violência física consideraram que erros, enganos ou falhas durante seus atendimentos, embora ocorram eventualmente, podem ser usados contra eles, e isso fomenta a não notificação do erro. Orientações internacionais reforçam que, em média, um em cada dez doentes sofre um evento adverso enquanto recebe cuidados hospitalares em países desenvolvidos⁽⁵⁾, aspecto potencialmente grave no Brasil.

Os trabalhadores mencionaram que havia falta de apoio e, a fim de promover o melhor cuidado ao paciente, havia necessidade de atuar além da carga horária contratual. Reforça-se que a falta de apoio e suporte nas relações profissionais, assim como o desrespeito, afetam significativamente, o que pode comprometer a qualidade da assistência realizada⁽⁴⁾, com potencial ocorrência de erros no cuidado ao paciente⁽¹⁰⁾.

A sobrecarga laboral é considerada a principal causa dos incidentes que resultam nos erros ocasionados pelos trabalhadores de enfermagem⁽²⁴⁾, influenciado significativamente na qualidade da assistência prestada ao usuário⁽²⁴⁻²⁵⁾. Nessa direção, falhas no dimensionamento de pessoal ocasionam sobrecarga laboral e deficiência no ritmo de trabalho, repercutindo também na redução da frequência com que os incidentes são relatados⁽²⁰⁾.

Estudos revelam que os tipos de incidentes no âmbito da segurança do paciente de maior ocorrência na APS estão associados aos erros na administração dos medicamentos e ao diagnóstico do paciente, tendo as falhas de comunicação entre os membros da equipe de saúde como fatores contribuintes^(12,24). As falhas de comunicação entre os trabalhadores e o paciente também foram relacionadas com a baixa adesão ao tratamento e à troca de informações erradas ou equivocadas, à falta de integração entre profissionais da equipe e outros setores da Rede de Atenção à Saúde⁽²⁶⁾.

É indispensável, na rotina de trabalho da APS, que os trabalhadores sejam corresponsáveis pelo reconhecimento de erros e outros incidentes, realizando o planejamento de estratégias que os solucionem, a fim de que participem de todas as etapas do processo de trabalho e se sintam parte dele⁽¹³⁾. Além disso, a forma como os erros são tratados também pode ser diferencial para qualificar as medidas de segurança dos pacientes⁽¹²⁾.

Orientações internacionais reforçam que a causa do erro potencialmente não depende apenas de um indivíduo, mas, sim, de uma complexa rede de ações, interações, processos, relações entre a equipe, comunicação, do comportamento humano, da tecnologia disponível, da cultura organizacional, das regras e políticas, e também do ambiente operacional⁽⁵⁾.

Embora o usuário, na maioria dos atendimentos nesse nível assistencial, tenha contato com um trabalhador de enfermagem, com a violência permeando o cotidiano das equipes, por vezes, o atendimento é realizado de forma mais rápida, menos empática, redirecionado a outro trabalhador da equipe, requerendo mais um profissional para a realização do cuidado ou até mesmo sendo o mesmo negado. Assim, pode-se inferir que os trabalhadores, após exposição à violência, passam a estabelecer barreiras no acesso ao usuário⁽²⁴⁾ e a ter dificuldades em cumprir com alguns dos atributos da APS, como continuidade e coordenação do cuidado integral ao usuário, bem como impor barreiras ao seu acesso. Acrescenta-se que cada trabalhador é único e vivencia as situações de violência da sua maneira, dependendo do seu percurso de vida e das suas habilidades, para manejo de situações complexas. Neste sentido, as repercussões da violência no local de trabalho são distintas entre os profissionais e, embora possam desencadear consequências em toda a equipe, são vivenciadas em intensidades distintas^(20,27). Por conseguinte, no Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica recomenda que a ESF deva garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso e a resolutividade aos usuários deste serviço⁽¹⁻³⁾.

Uma investigação realizada em duas instituições hospitalares, com 282 trabalhadores de enfermagem, assemelha-se a este estudo no que se refere a os trabalhadores considerarem que seus incidentes podem ser usados contra eles⁽²⁷⁾. Os pesquisadores referem que essa situação também indicia a perspectiva de subnotificação dos incidentes pelos trabalhadores de enfermagem, pelo medo e insegurança de sofrer penalidades nos seus ambientes laborais. Entretanto, as notificações desses eventos precisam ser encorajadas, para que sejam investigados e promovam aprendizado na perspectiva de evitar incidentes futuros^(12,20).

Na APS, o trabalho em equipe deve ser planejado e priorizado, unindo saberes para a resolução das demandas da população, corresponsabilizando todos os trabalhadores pelas estratégias assistenciais. Assim, as demandas de saúde não ficarão direcionadas somente a alguns trabalhadores, ocasionando sobrecarga, mas serão divididas com toda a equipe⁽¹³⁾.

Os trabalhadores de enfermagem devem ser estimulados à prática da segurança do paciente na APS, bem como a seu aperfeiçoamento constante, para que produzam assistência segura à saúde e ampliem a confiabilidade e efetividade dos cuidados oferecidos ao paciente⁽¹³⁾. A segurança do paciente é uma importante dimensão da qualidade dos serviços de saúde, a qual influencia diretamente nas taxas de mortalidade, o que aponta para impactos financeiros, sociais e psicológicos⁽²⁷⁾.

A restrição de acesso aos trabalhadores sobre como o fenômeno da violência ocorreu ou como foi conduzido revela falhas no processo de comunicação entre trabalhadores de enfermagem e a gestão. As falhas de comunicação podem resultar em insegurança no atendimento prestado ao paciente, ocasionando incidentes. Nesse sentido, o apoio da gestão aos trabalhadores deve também proporcionar ações intersetoriais para promover

uma cultura de paz, respeito e tolerância, por meio do combate à violência e à formação de conflitos. A cultura de paz, quando instituída nos serviços, incentiva e estimula comunicação, diálogo, educação e construção da cidadania⁽²⁸⁾.

Também, em outra investigação, o trabalhador de enfermagem vítima do assédio sexual muda sua postura frente ao usuário⁽⁷⁾. Percebe-se, nessa situação, um aspecto positivo no que concerne à segurança do cuidado prestado, mas um agravante para a saúde dos trabalhadores.

Discordâncias contra superiores são, frequentemente, interpretadas como culpa ou confronto eminente com as chefias, o que pode levar a problemas no relacionamento interpessoal, de modo que a maioria dos trabalhadores tende a evitá-las⁽²⁷⁾.

Os enfermeiros, por ocuparem cargos centrais na coordenação do cuidado na APS, entendem que são, majoritariamente, responsáveis pela garantia da assistência segura nos serviços de saúde, bem como apoiadores da equipe de enfermagem e dos demais profissionais, desenvolvendo, nessa direção, estratégias e práticas, a fim de solucionar ou minimizar problemas identificados nos processos de trabalho⁽¹³⁾.

A práxis da segurança do paciente na APS tem sido mensurada como um desafio, de tal modo que soluções têm sido propostas, como a incorporação de pacientes e familiares no planejamento estratégico de promoção de segurança e avaliação desses aspectos, na implementação de tecnologias de informação para os atendimentos assistenciais, na utilização de prontuários eletrônicos, de boletins de acompanhamento, nas relações interpessoais e de educação permanente, bem como no incentivo à utilização de tecnologias leves, como acolhimento, vínculo e responsabilização. Nessa perspectiva, consideram-se primordiais a troca de informações e o conhecimento entre os trabalhadores da ESF, a realização de reuniões para debate e reflexões acerca do processo de trabalho e casos clínicos, as capacitações aos trabalhadores e o incentivo para melhorias na gestão das unidades de cuidados primários⁽¹¹⁻²⁶⁾.

No Brasil, a ESF tem como propósito conduzir a prática assistencial das famílias, contribuindo para o acesso da população aos serviços de saúde sem restrições, com abrangência e integralidade das ações individuais e coletivas, além de continuidade e coordenação do cuidado⁽¹⁾. Em virtude do seu contato próximo com a população, a enfermagem desempenha importante papel nesse contexto, oportunizando maior compreensão das necessidades e proporcionando melhor qualidade de cuidado aos indivíduos⁽⁷⁾.

Nessa direção, estudo latino-americano⁽²⁹⁾ sinaliza a cobertura universal de saúde como foco fortalecedor para os sistemas de prestação de atendimentos de saúde, com o intuito de promover acesso ao atendimento e melhorar os resultados de saúde das populações. Destaca o cuidado de enfermagem como alicerce para atender às prioridades de saúde, assim como a introdução de práticas avançadas para melhorar os resultados desta força de trabalho e promover cuidados de saúde primários aos usuários desses serviços⁽²⁹⁾.

Em pesquisa realizada na ESF de um município do Sul do Brasil, observou-se que, para garantir acesso ao usuário, é fundamental acolher e reconhecer as principais demandas. A implantação da ESF ampliou o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pela APS, os quais promovem ações integradas e humanizadas, refletindo em maior segurança no cuidado ao paciente⁽¹²⁾. No

entanto, em um contexto de violência, os profissionais de enfermagem manifestaram insegurança, medo e sofrimento, o que pode influenciar na sua saúde psíquica e na qualidade da sua assistência, especialmente porque buscam evitar o contato com o perpetrador, por vezes, mudando a forma de assistir. Essas mudanças, potencialmente, impõem barreiras no acesso e na continuidade da assistência, interferindo na coordenação do cuidado integral do usuário agressor. Ainda, como consequência desse cotidiano, a equipe de enfermagem fica mais propensa a desenvolver uma assistência insegura, permeada por incidentes ou agravos que podem interferir na segurança do paciente.

Limitações do estudo

Como limitação do estudo, ponderam-se que aspectos da violência podem não ter sido revelados em sua total ocorrência, considerando o viés de naturalização do fenômeno entre os trabalhadores de enfermagem e por esta estar velada no contexto deste cenário. Ainda se salienta possível viés de memória dos participantes refletido pelo instrumento de pesquisa, em que as situações do fenômeno são mensuradas nos últimos 12 meses.

Contribuições para as áreas da saúde do trabalhador e saúde coletiva

Os achados deste estudo contribuem com o avanço do conhecimento na área da saúde do trabalhador, uma vez que mostram a exposição da enfermagem à violência na APS, apresentando aspectos singulares que podem auxiliar na prevenção primária da violência e favorecer a cultura de paz. Ainda, ressaltam aspectos para o âmbito da gestão que podem subsidiar o desenvolvimento

de instrumentos de acompanhamento das repercussões da violência na saúde do trabalhador, mas também na segurança do paciente, potencialmente, para definição de condutas para cada tipo de violência.

CONCLUSÕES

Conclui-se que a violência repercute nas condutas dos profissionais de enfermagem, precariza as relações interpessoais e muda as condutas individuais frente ao erro, o que fragiliza o acesso e a segurança dos pacientes. Como consequência, profissionais ficam mais propensos a evitar o agressor, desenvolver uma assistência rápida e insegura, potencialmente permeada por incidentes ou agravos, que podem interferir no cuidado seguro ao paciente.

Nesse sentido, o conjunto dos achados, convergentes no estudo de método misto, indicia que o cuidado de enfermagem se altera com a violência, potencialmente, comprometendo alguns atributos da APS, pois impõe barreiras no acesso e no cuidado integral ao usuário.

FOMENTO

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES/taxa; bolsa de doutorado) e Fundação de Amparo à Pesquisa de Santa Catarina (FAPESC) (Financiamento de Pesquisa Edital PAP/FAPESC 2019TR1153).

AGRADECIMENTO

Agradecemos à CAPES e à FAPESC, pelo auxílio financeiro na concessão de bolsa de estudo e recurso para o projeto de pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF; 2017 [cited 2018 Feb 23]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
2. Giovanela L, Martufi V, Ruiz Mendoza DC, Mendonça MAM, Bousquat A, Aquino R, et al. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. *Saúde Debate*. 2021;44(spe4):161-76. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E410>
3. Daumas RP, Silva GA, Tasca R, Leite IC, Brasil P, Greco DB, et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(6):e00104120. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104120>
4. Cabral ERM, Bonfada D, Melo MC, Cesar ID, Oliveira REM, Bastos TF, et al. Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia COVID-19. *Rev Interam Med Saúde*. 2020;3:1-12. <https://doi.org/10.31005/iajmh.v3i0.87>
5. World Health Organization (WHO). Global Patient Safety Action Plan 2021–2030. Towards eliminating avoidable harm in health care [Internet]. Third Draft. January; 2021 [cited 2020 Jul 13]. Available from: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
6. Cassiani SHB, Wilson LL, Mikael SSE, Peña LM, Grajales RAZ, McCreary LL, et al. The situation of nursing education. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017;25:e2913. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2232.2913>
7. Sturbelle ICS, Dal Pai D, Tavares JP, Trindade LL, Beck CLC, Matos VZ, et al. Workplace violence types in family health, offenders, reactions, and problems experienced. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Sppl 1):e20190055. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0055>
8. Jatic Z, Erkocevic H, Trifunovic N, Tatarevic E, Keco A, Sporisevic L, et al. Frequency and Forms of Workplace Violence in Primary Health Care. *Med Arch*. 2019;73(1):6-10. <https://doi.org/10.5455/medarh.2019.73.6-10>
9. Ferrinho P, Sidat M, Delgado AP, Pascoal E. Neglecting workplace violence in health workforce planning in sub-Saharan Africa. In *T J Health Plann Mgmt*. 2020;37:568-71. <https://doi.org/10.1002/hpm.3366>

10. Busnello GF, Trindade LL, Dal Pai D, Beck CLC, Ribeiro OMPL. Tipos de violência no trabalho da enfermagem na Estratégia Saúde da Família. *Esc Anna Nery*. 2020;25(4):2021. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0427>
11. Ruiz-Hernández JA, López-García C, Llor-Esteban B, Galián-Muñoz I, Benavente-Reche AP. Evaluation of the users violence in primary health care: adaptation of an instrument. *J Health Psychol*. 2016;16:295-305. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2016.06.001>
12. Silva APF, Backes DS, Magnago TSBS, et al. Segurança do paciente na atenção primária: concepções de enfermeiras da estratégia de saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(spe):e20180164. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180164>
13. Macedo LL, Silva AMR, Silva JFM, Haddad MCFL, Giroto E. A cultura em torno da segurança do paciente na atenção primária à saúde: distinções entre categorias profissionais. *Trab Educ Saúde*. 2020;18(1):e0023368. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00233>
14. Creswell JW, Clark VLP. *Pesquisa de métodos mistos*. 2 ed. Porto Alegre: Penso; 2013.
15. Di Martino V. *Workplace violence in the health sector country case studies? Brazil, Bulgarian, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, plus an additional Australian study: synthesis report*. Geneva: WHO; 2003.
16. Palácios M. Relatório Preliminar de Pesquisa: violência no trabalho no Setor Saúde - Rio de Janeiro – Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002[cited 2020 Jul 13]. Available from: http://www.assediomoral.org/IMG/pdf/pesquisa_sobre_Violencia_no_trabalho_Universidade_Federal_RJ.pdf
17. Reis CT, Laguardia J, Vasconcelos AG, et al. Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. *Cad Saude Publica*. 2016 [cited 2022 Feb 02] Dec 1;32(11):e00115614. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00115614>.
18. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Ed. rev e ampl. São Paulo: Ed. 70; 2016.
19. Jain G, Agarwal P, Sharma D, et al. Workplace violence towards resident doctors in Indian teaching hospitals: a quantitative survey. *Trop Doct*. 2021;51(3):463-5. <https://doi.org/10.1177/00494755211010005>
20. Bangueses Rodríguez L, Vázquez-Campo M, Mouriño López Y. Vivencias y percepción de los profesionales sanitarios de las urgencias extrahospitalarias ante las agresiones. *Aten Primaria*. 2021 2020;53(3):101944. Spanish. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.07.006>
21. Zhan Y, Kim SK, Zhou L, et al. Patient violence and health professionals occupational outcomes in China: a time-lagged survey study. *Int J Nurs Stud*. 2019;94:120-30. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.11.010>
22. Sturbelle IC, Dal Pai D, Tavares JP, Trindade LL, Riquinho DL, Ampos LF. Violência no trabalho em saúde da família: estudo de métodos mistos. *Acta Paul Enferm*. 2019;32(6):632-41. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900088>
23. Freitas RJM, Pereira MFA, Lima CHP, Melo JN, Oliveira KKD. A violência contra os profissionais da enfermagem no setor de acolhimento com classificação de risco. *Rev Gaucha Enferm*. 2017;38(3):e62119. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.62119>
24. Pedro DRC, Silva GKT, Lopes APAT, Oliveira JLC, Tonini NS. Violência ocupacional na equipe de enfermagem: análise à luz do conhecimento produzido. *Saúde Debate*. 2017;41(113):618-29. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711321>
25. Forte ECN, Pires DEP, Martins MMFPS, Padilha MICS, Schneider DG, Trindade LL. Processo de trabalho: fundamentação para compreender os erros de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03489. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018001803489>
26. Raimondi DC, Bernal S, Matsuda LM. Cultura de segurança do paciente na ótica dos trabalhadores e das equipes de atenção básica. *Rev Saude Publica*. 2019;53:42. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000788>
27. Costa DB, Ramos D, Gabriel CS, Bernardes A. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(3):e2670016. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002670016>
28. Cerqueira D, Lima RS, Bueno S. Atlas da violência: 2018 [Internet]. Brasília: Ipea/FBSP; 2018[cited 2020 Oct 26]. Available from: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=33410&Itemid=432
29. Bryant-Lukosius D, Valaitis R, Martin-Misener R, Donald F, Morán Peña L, Brousseau L. Advanced practice nursing: a strategy for achieving universal health coverage and universal access to health. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017;25:e2826. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1677.2826>