

Estratégias institucionais de prevenção à violência no trabalho da enfermagem: revisão integrativa

Institutional strategies to prevent violence in nursing work: an integrative review

Estrategias institucionales de prevención contra la violencia laboral en enfermería: una revisión integrativa

Cícera Adriana Rodrigues Pereira^I

ORCID: 0000-0002-9556-5033

Maria Helena Borgato^{II}

ORCID: 0000-0002-8702-8123

Rosana Maria Barreto Colichi^{II}

ORCID: 0000-0002-8765-3965

Silvia Cristina Mangini Bocchi^{II}

ORCID: 0000-0002-2188-009X

^I Secretaria Estadual de Saúde, Hospital das Clínicas de Botucatu. Botucatu, São Paulo, Brasil.

^{II} Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu, São Paulo, Brasil.

Como citar este artigo:

Pereira CAR, Borgato MH, Colichi RMB, Bocchi SCM. Institutional strategies to prevent violence in nursing work: an integrative review. Rev Bras Enferm. 2019;72(4):1052-60. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0687>

Autor Correspondente:

Silvia Cristina Mangini Bocchi
E-mail: silvia.bocchi@unesp.br



Submissão: 20-08-2018 **Aprovação:** 25-10-2018

RESUMO

Objetivo: Analisar a produção de pesquisas que adotaram como objeto de investigação: estratégias institucionais, ações ou programas/políticas para coibir e/ou prevenir a violência no trabalho da enfermagem. **Método:** Revisão integrativa de 14 artigos na íntegra, disponíveis nas bases de dados LILACS, PubMed Central, Scopus, CINAHL e Web of Science. **Resultados:** Dos artigos avaliados, a maioria é oriunda de pesquisas quantitativas (71%), realizadas nos Estados Unidos (65%), com ações educacionais (57%) e programas (43%), que denotam políticas. **Conclusão:** Os resultados demonstraram diversas formas de coibir ou prevenir a violência no ambiente de trabalho da enfermagem. São estratégias pontuais, há poucos programas implantados mundialmente, centrados nos Estados Unidos, Canadá e Suécia. A maioria deles é bem avaliada e pode servir como modelo para o desenvolvimento e propagação de políticas, conforme as necessidades de cada local. **Descritores:** Saúde do Trabalhador; Violência; Trabalho; Enfermagem; Programas.

ABSTRACT

Objective: To analyze the production of research that adopted as object of investigation: institutional strategies, actions and programs to curb and/or prevent the nursing workplace violence. **Method:** Integrative review of 14 articles in full, available in the databases LILACS, PubMed Central, Scopus, CINAHL and Web of Science. **Results:** Of the articles analyzed, most arise from quantitative research (71%), carried out in the United States (65%), with educational actions (57%) and programs (43%), denoting policies. **Conclusion:** Results showed various ways to curb or prevent nursing workplace violence. These are specific strategies, there are few programs deployed worldwide, usually centered in the United States, Canada and Sweden. Most of them is well evaluated and can serve as a model for the development and dissemination of policies according to the needs of each location. **Descriptors:** Occupational Health; Violence; Work; Nursing; Programs.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la producción de investigaciones que adoptaron como objeto de investigación: estrategias institucionales, acciones o programas/políticas para inhibir y/o prevenir la violencia laboral en enfermería. **Método:** Revisión integrativa con 14 artículos por completo disponibles en las bases de datos LILACS, PubMed Central, Scopus, CINAHL y Web of Science. **Resultados:** De los artículos evaluados, la mayoría proviene de encuestas cuantitativas (71%), realizadas en Estados Unidos (65%), con acciones educativas (57%) y programas (43%), que apuntan a políticas. **Conclusión:** Los resultados apuntan diversas formas de inhibir o prevenir la violencia laboral en enfermería. Las estrategias son aisladas, hay pocos programas implantados en el mundo y estos se encuentran centralizados en Estados Unidos, Canadá y Suecia. La mayoría de ellos son muy bien evaluados y pueden servir como modelo para desarrollar y promover políticas, según las necesidades de cada lugar. **Descritores:** Salud Laboral; Violencia; Trabajo; Enfermería; Programas.

INTRODUÇÃO

A violência no trabalho em enfermagem configura-se não só um problema de saúde do trabalhador, mas de saúde pública em cenários mundiais, conforme estudos conduzidos em países da América do Norte e nos continentes africano, europeu e asiático⁽¹⁻¹¹⁾.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), violência é o uso intencional ou ameaça da força física ou do poder, contra si próprio, um indivíduo ou um grupo, podendo resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação e conseqüente redução no rendimento, levando a conseqüências imediatas ou tardias⁽¹²⁾. A OMS em parceria com a Organização Internacional do Trabalho (OIT) definiu violência ocupacional como aquela em que ocorrem abusos, ameaças ou ataques aos indivíduos em suas ocupações de trabalho, mesmo durante o trajeto de ida e volta, que possam colocar em risco a segurança, bem-estar ou saúde dos indivíduos⁽¹³⁾.

No setor da saúde, os efeitos da violência podem ser evidenciados pelo aumento na morbimortalidade nos últimos 30 anos, causadas por agressões interpessoais, discriminação racial ou de classe, abusos e dominações. Podem ocorrer nos níveis interpessoal ou institucional, no ambiente micro ou macropolítico-social, resultante de um processo dinâmico da sociedade, retroalimentado por interesses individuais, ocasionadas por alterações comportamentais dos indivíduos e serviços de saúde⁽¹³⁾.

O reconhecimento da violência ocupacional como um dos principais problemas de saúde pública pode ser considerado recente no Brasil. O marco deu-se na década de 1990, quando se passou a considerar esse tipo de violência como a que ocorre no ambiente de trabalho. Classificada como estrutural ou institucional e comportamental ou relacional, podendo causar danos tanto ao trabalhador quanto aos que estiveram sob seus cuidados, pois leva a uma queda em seu padrão de saúde e qualidade do serviço prestado⁽¹⁴⁾.

No exercício de suas funções cotidianas, os profissionais da saúde ainda sofrem, de forma velada, com diversos tipos de violências, físicas e emocionais, envolvendo ameaças ou agressões físicas, abuso emocional e assédio sexual, de agressores internos (supervisores, colegas) ou externos (visitantes familiares ou não)⁽¹³⁾.

A violência psicológica abrange ações ou omissões que causam ou visam causar danos à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa⁽¹⁵⁾ e tem por principais elementos: assédio moral, assédio sexual, discriminação racial, intimidação, ameaças e hostilidades. Tais atos podem levar o indivíduo a transtornos psíquicos como ansiedade e depressão⁽¹⁶⁾, podendo incorrer em suicídio⁽¹⁵⁾, além de ser a causa de 18% dos problemas de saúde relacionados ao trabalho, representando em média duas ou mais semanas de absenteísmo^(15,17).

A violência externa é provocada por indivíduos que não pertencem à organização, ou seja, por alguém desconhecido. É reflexo, geralmente, da violência das ruas, sendo as maiores vítimas os profissionais de enfermagem, cujos locais de trabalho localizam-se geograficamente em área com elevados índices de violência. Já a violência interna ocorre entre os próprios trabalhadores da instituição, devido à hierarquia – assédio moral – ou nas relações interpessoais horizontais⁽¹⁶⁾.

No Brasil estimou-se a prevalência de violência no trabalho em saúde, especificamente em hospitais, entre 25,9%⁽¹⁸⁾ e 63,2%⁽¹⁹⁾,

sendo a agressão verbal a mais frequente, mulheres são as maiores vítimas, e a vulnerabilidade aumenta em 80% na faixa etária de 25 a 39 anos, quando comparadas às mais velhas⁽¹⁸⁾.

O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) contabiliza mais de dois milhões de profissionais entre auxiliares (21%), técnicos (55%) e enfermeiros (24%)⁽²⁰⁾. No entanto, o único estudo brasileiro sobre violência no trabalho em enfermagem, em âmbito nacional, apontou que 23,9% dos enfermeiros e 18,5% dos técnicos e auxiliares de enfermagem sofreram algum tipo de violência, sendo, primeiramente a psicológica (65,2%; 67%), seguida pela física (10,6%; 17,5%) e sexual (0,6%; 1%)⁽²¹⁾, semelhante ao que ocorre mundialmente, independente de os países serem desenvolvidos ou não, conforme dados expostos na discussão deste artigo.

A fim de se pensar em formas de se dirimir causas de violência no ambiente de trabalho da enfermagem, faz-se necessária força tarefa de mobilização multidimensional em parceria de trabalhadores, gestores, usuários e órgãos de classe, em âmbitos local, nacional e mundial, instrumentalizados por programas/políticas que, adaptados a cada realidade, possam conferir melhores condições de trabalho e valorização do capital social dos profissionais de enfermagem em cada instituição de saúde.

A contento, este trabalho tem como objetivo analisar a produção de pesquisas que adotaram como objeto de investigação estratégias institucionais, ações ou programas para coibir e/ou prevenir a violência no ambiente de trabalho da enfermagem.

Para realização desta pesquisa entende-se por programa todas as ações e intervenções planejadas conjuntamente, caracterizadas pela visão sistêmica e global das atividades a serem empreendidas de forma articulada, de modo que os objetivos específicos de cada ação estejam concatenados e em sintonia com a política de prevenção da violência no ambiente de trabalho.

OBJETIVO

Analisar a produção de pesquisas que adotaram como objeto de investigação estratégias institucionais, ações ou programas para coibir e/ou prevenir a violência no trabalho em enfermagem.

MÉTODOS

Revisão integrativa⁽²²⁻²³⁾, tendo como pergunta delimitadora: Quais são e como se caracterizam mundialmente ações e programas/política empregadas para coibir/prevenir violência no trabalho em enfermagem?

A seleção da amostra deu-se por meio do acesso às bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *US National Library of Medicine (PubMed Central)*, *Scopus*, *Current Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)* e *Web of Science (WoS)*. Utilizaram-se como estratégia de busca os descritores controlados combinados com operadores booleanos dispostos no *Medical Subject Headings (MeSH)*: “workplace violence OR bullying AND nursing AND prevention program”, nas bases de dados: *Scopus*, *PubMed*, *CINAHL* e *WoS*, sem determinar um campo específico de busca (article title; abstract; keywords; etc.), mas optando por *all fields*. Empregou-se na LILACS a seguinte combinação, conforme Descritores das Ciências da Saúde (DeCS): “violência no trabalho OR programas

de prevenção AND enfermagem". Adotou-se como critérios de inclusão artigos completos, com resumos disponíveis e relacionados ao objeto de pesquisa, nos idiomas Português, Inglês e Espanhol, indexados nas bases de dados referidas, no período de 01 de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2017. Foram excluídos artigos oriundos de revisões e aqueles que não estavam disponíveis na íntegra nas bases de dados, no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Os artigos que se repetiram entre as bases foram considerados apenas uma vez.

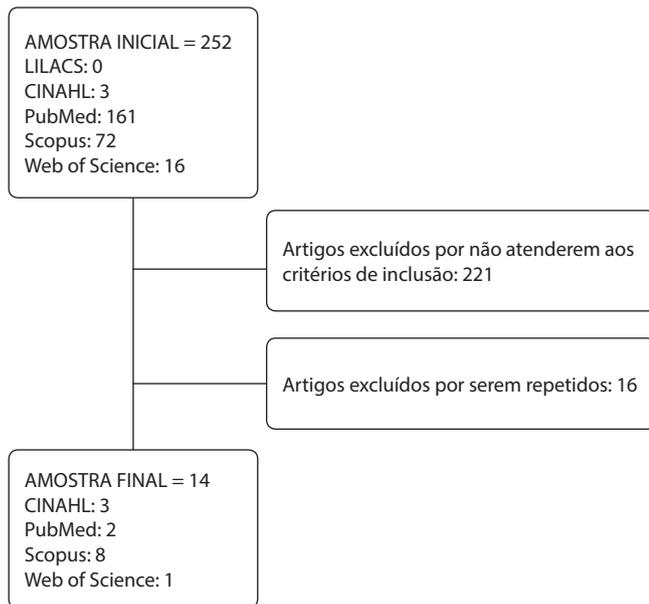


Figura 1 – Fluxograma de constituição da amostra

Quadro 1 – Caracterização do corpus de artigos de pesquisas (segundo país de origem dos dados, método e objetivos) que adotaram como objeto de investigação ações ou programas/políticas institucionais para coibir e/ou prevenir a violência no trabalho em enfermagem (bases de dados: CINAHL, PubMed, Scopus, Web of Science, de 1/1/2013 a 31/12/2017)

Artigo/Autores/Ano/Periódico	Tipo de estudo/Amostra/Local/ País/Nível de evidência	Objetivos
Artigo 1 (Keller et al., 2016) ⁽²⁵⁾ /A task force to address bullying/AJN.	Pesquisa quase experimental/707 enfermeiros/Centro médico acadêmico/EUA/5	Avaliar o assédio moral no local de trabalho, conforme vivenciado pelos enfermeiros; Descrever como os enfermeiros, de um centro médico acadêmico certificado pela <i>Magnet</i> [®] , desenvolveram e implementaram uma força-tarefa para coibir o problema (Programa BE NICE).
Artigo 2 (Adams et al., 2017) ⁽²⁶⁾ /Assessing the effectiveness of clinical education to reduce the frequency and recurrence of workplace violence/ Aust J Adv Nurs.	Estudo de caso (quantitativo)/31 membros da equipe de enfermagem/Hospital Universitário/Austrália/6	Avaliar a educação clínica para identificar pacientes com alto risco de violência e reduzir a frequência de incidentes violentos.
Artigo 3 (Gillespie et al., 2014) ⁽²⁷⁾ /A workplace violence educational program: a repeated measures study/ Nurse Educ Pract.	Estudo quase-experimental/120 profissionais da saúde/Unidades de emergência/USA/5	Avaliar resultados de aprendizagem de um programa educacional híbrido (on-line e em sala de aula) para prevenção de violência no local de trabalho, adaptado às necessidades dos funcionários de serviços de emergência.
Artigo 4 (Gillespie et al., 2013) ⁽²⁸⁾ /Evaluation of a comprehensive ED violence prevention program/J Emerg Nurs.	Pesquisa-ação/97 profissionais da saúde (35 enfermeiros, nove médicos e 53 outros funcionários)/ Unidades de emergência de três hospitais/USA/6	Desenvolver parcerias entre pesquisadores acadêmicos e médicos e líderes de serviços de emergência para implementar e manter o programa de prevenção de violência no ambiente de trabalho (VAT). Criar, implementar e avaliar programa de prevenção de VAT.
Artigo 5 (Guay et al., 2016) ⁽²⁹⁾ /Evaluation of an education and training program to prevent and manage patients' violence in a mental health setting: a pretest-posttest intervention study/ Healthcare.	Estudo de coorte/89 trabalhadores de serviço de saúde mental/Montreal Mental Health University Institute/Canada/4	Avaliar o impacto do Programa Omega de Prevenção de Violência no Trabalho, em relação ao sofrimento psicológico do funcionário, confiança no enfrentamento e percepção de exposição à violência.

Continua

Depois de configurado o corpus de análise, conforme demonstrado na Figura 1, realizou-se leitura na íntegra dos artigos, preencheu-se instrumento com as seguintes informações: artigo, ano e periódico, tipo de estudo, amostra, objetivos, país e local onde ocorreu o estudo e principais resultados.

Ressalta-se que as pesquisas foram classificadas segundo os níveis de evidência propostos por Melnyk e Fineout-Overholt⁽²⁴⁾.

RESULTADOS

Os 14 artigos avaliados, todos na língua inglesa, foram selecionados por tratarem de ações educacionais isoladas (8; 57%) e programas/política (6; 43%) preventivas de violência no trabalho em enfermagem. A maioria oriunda de pesquisas quantitativas (10; 71%) com delineamentos quase experimentais e, portanto, com nível de evidência cinco (7; 50%), realizadas em países do continente americano – especificamente da América do Norte (10; 72%): Estados Unidos (9; 65%) e Canadá (1; 7%) –, seguidos por três (21%), distribuídos igualmente entre países: asiático (Jordânia; 7%), europeu (Suécia, 7%) e da Oceania (Nova Zelândia, 7%).

Do total, quatro (29%) tinham como participantes dos estudos os enfermeiros; dois (14%) a equipe de enfermagem; seis (43%) os trabalhadores da saúde e dois (14%) tratavam de pesquisa teórica, com programas propostos por especialistas. Ressalta-se que nas pesquisas cujos participantes eram trabalhadores da saúde o enfermeiro e outros membros da equipe de enfermagem estiveram envolvidos.

As intervenções utilizadas nas pesquisas se deram em cenários de saúde hospitalares ou ambulatoriais (6; 43%), assim como em serviços especializados de urgência/emergência ou psiquiátricos (6; 43%).

Nos Quadros 1 e 2 encontra-se a síntese individual dos artigos que compuseram o corpus de análise, contribuindo para a interpretação dos resultados.

Continuação do Quadro 1

Artigo/Autores/Ano/Periódico	Tipo de estudo/Amostra/Local/ País/Nível de evidência	Objetivos
Artigo 6 (Gillespie et al., 2014) ⁽³⁰⁾ Implementation of a comprehensive intervention to reduce physical assaults and threats in the emergency department/J Emerg Nurs.	Estudo quase experimental/209 trabalhadores de serviços de emergência (enfermeiros, médicos, psicólogos, seguranças e outros)/USA/5	Avaliar a eficácia de um programa para reduzir a incidência de violência no ambiente de trabalho, dirigida aos trabalhadores de serviços de emergência por pacientes e visitantes.
Artigo 7 (Embree et al, 2013) ⁽³¹⁾ /Raising level of awareness of nurse-to-nurse lateral violence in a critical access hospital/Nurs Res Pract.	Pesquisa quase experimental/135 enfermeiros na fase pré e 143 na pós intervenção/enfermeiros de diversos serviços de saúde/USA/5	Avaliar intervenção educativa para violência horizontal entre enfermeiros no ambiente de trabalho dos mesmos e verificar o quanto essa violência é percebida por eles.
Artigo 8 (Al-Ali et al., 2016) ⁽³²⁾ /The impact of training program on nurses' attitudes toward workplace violence in Jordan/ Appl Nurs Res.	Quase experimental/97 enfermeiros/Hospital militar/ Jordânia/5.	Avaliar o impacto do programa de treinamento nas atitudes dos enfermeiros, em relação à violência no ambiente de trabalho, em um hospital militar na Jordânia.
Artigo 9 (Björkdahl et al, 2013) ⁽³³⁾ /The influence of staff training on the violence prevention and management climate in psychiatric inpatient units/J Psychiatr Ment Health Nurs.	Quase experimental/85 profissionais de enfermagem/ Hospital psiquiátrico/Suécia/5.	Avaliar a influência da intervenção educacional com profissionais de enfermagem, denominada Modelo de Bergen (programa de treinamento que associa abordagem preventiva com estrutura teórica e fatores positivos da equipe: apreciação dos pacientes, regulação emocional e estrutura efetiva), para a prevenção e gestão da violência no trabalho, em enfermarias psiquiátricas.
Artigo 10 (Hartley et al., 2015) ⁽³⁴⁾ /Workplace violence prevention for nurses on-line course: program development/Int J Environ Res Public Health.	Pesquisa qualitativa/09 enfermeiros/USA/7	Descrever o desenvolvimento, o conteúdo e a avaliação qualitativa de um curso <i>on-line</i> gratuito, sobre prevenção de violência no local de trabalho.
Artigo 11 (Baby et al, 2016) ⁽³⁵⁾ / Healthcare managers' perceptions of patient perpetrated aggression and prevention strategies: a cross sectional survey/Issues Ment Health Nurs.	Pesquisa transversal/141 gerentes de saúde/Nova Zelândia/6	Avaliar a natureza da agressão vivenciada pelos profissionais de saúde da Nova Zelândia. Identificar e avaliar a disponibilidade e acessibilidade de medidas de segurança, assim como o treinamento de prevenção e gerenciamento da violência no ambiente de trabalho.
Artigo 12 (Gillespie et al., 2015) ⁽³⁶⁾ /Individual, relationship, workplace, and societal recommendations for addressing healthcare workplace violence/Work.	Trabalho teórico/USA/7.	Recomendar medidas de proteção a profissionais de saúde de violência no ambiente de trabalho.
Artigo 13 (Gillespie et al., 2016) ⁽³⁷⁾ /Chart It to Stop It: A Quality Improvement Study to Increase the Reporting of Workplace Aggression/J Nurs Care Qual.	Pesquisa quase experimental/101 trabalhadores pré e 49 pós-intervenção, de um serviço de emergência pediátrica/USA/5	Avaliar intervenção para aumentar a notificação de agressão no ambiente de trabalho, cometida por pacientes e visitantes.
Artigo 14 (Parker et al. 2016) ⁽³⁸⁾ /Creating a nurse-led culture to minimize horizontal violence in the acute care setting: a multi-interventional approach/J Nurses Prof Dev.	Opinião de especialistas/USA/7	Propor um programa educacional alinhado com o perfil profissional requerido para prevenir comportamentos violentos e implantar a tolerância zero à violência horizontal.

Quadro 2 – Principais resultados e conclusões, de artigos oriundos de pesquisas que adotaram como objeto de investigação ações ou programas/políticas institucionais para coibir e/ou prevenir a violência no trabalho da enfermagem, Bases de Dados (CINAHL, PubMed, SCOPUS, Web of Science), de 1/1/2013 a 31/12/2017

Artigos	Principais resultados	Conclusões
Artigo 1 (Keller et al., 2016) ⁽²⁵⁾	Desenvolveu-se plataforma de ensino <i>on-line</i> denominada BE NICE, para instrumentalizar enfermeiros na identificação de sinais de bullying e apoiá-los no enfrentamento, capacitando-os a eliminá-lo no ambiente de trabalho.	Os enfermeiros nos grupos de intervenção relataram maior confiança no gerenciamento e muito menos incivildade de seus superiores, no entanto, não observaram diminuição significativa na violência horizontal.
Artigo 2 (Adams et al., 2017) ⁽²⁶⁾	A intervenção educacional para identificar pacientes com alto risco de violência aumentou significativamente o conhecimento da equipe de enfermagem, demonstrando que o uso do descalonamento verbal aumentou significativamente a redução da frequência e recorrência de incidentes.	A intervenção demonstrou ser eficaz no uso do descalonamento verbal e, conseqüentemente, na redução dos incidentes, contudo verificou-se necessidade de ampliar o tempo de treinamento.
Artigo 3 (Gillespie et al., 2014) ⁽²⁷⁾	Avaliação seis meses após a intervenção educativa de um programa educacional híbrido (<i>on-line</i> e em sala de aula) para prevenção de violência no ambiente de trabalho da enfermagem apontou aumento significativo na aprendizagem individual.	O uso de modalidade híbrida aumentou a probabilidade de que resultados significativos de aprendizagem e retenção fossem alcançados.
Artigo 4 (Gillespie et al., 2013) ⁽²⁸⁾	Avaliação foi considerada moderadamente benéfica por enfermeiros e funcionários e pior avaliada pelos médicos. Ressaltou-se a importância do programa em relação a políticas e procedimentos, mudanças ambientais, educação, vigilância e monitoramento da violência. Contudo os dois últimos itens foram menos implementados.	A intervenção permitiu implantar: avaliação de risco, manutenção de ambiente seguro, comunicação de risco, resposta a eventos violentos, manutenção de registros, vigilância e monitoramento. Concluiu-se necessidade de criação de novos programas para a prevenção e gerenciamento do <i>bullying</i> , além de expandi-lo para outros serviços.

Continua

Continuação do Quadro 2

Artigos	Principais resultados	Conclusões
Artigo 5 (Guay et al., 2016) ⁽²⁹⁾	Verificaram-se melhorias estatisticamente significativas nos escores de curto prazo e de acompanhamento de sofrimento psíquico, confiança no enfrentamento e nos níveis de exposição à violência. Novas pesquisas são necessárias para entender como melhorar a eficácia do programa, especialmente entre os participantes resistentes à mudança.	Houve impacto positivo do programa de treinamento Omega, implementado no Canadá desde 1999. A maioria destes efeitos permanece mais de 14 meses após a conclusão do treinamento.
Artigo 6 (Gillespie et al., 2014) ⁽³⁰⁾	Os resultados não corroboraram eficácia esperada do programa para coibir violência no ambiente de trabalho (VAT), praticada por pacientes e visitantes contra trabalhadores de serviços de emergência, mediante a perpetração de agressões.	O insucesso do Programa deu-se pelo déficit de compromisso contínuo dos líderes desses serviços na notificação e vigilância da VAT, uma vez quando há participação plena dos mesmos, verifica-se redução.
Artigo 7 (Embree et al., 2013) ⁽³¹⁾	Houve aumento da consciência sobre violência horizontal entre enfermeiros após intervenção educacional.	A consciência sobre violência horizontal entre enfermeiros aumentou após a intervenção educativa, contudo ela pode estar relacionada às alterações organizacionais internas que resultaram em mudança de função. Essa conscientização e habilidades aprimoradas podem ajudar a melhorar o relacionamento interpessoal, diminuindo o abandono da profissão.
Artigo 8 (Al-Ali et al., 2016) ⁽³²⁾	Os resultados demonstraram impacto significativo do programa de treinamento nas atitudes dos enfermeiros em relação à violência no local de trabalho.	Verificou-se importância da educação dos profissionais de enfermagem para dirimir a violência no ambiente de trabalho.
Artigo 9 (Björkdahl et al., 2013) ⁽³³⁾	A intervenção educativa por meio do modelo de Bergen aumentou significativamente a percepção de prevenção e gestão da violência entre os profissionais de enfermagem. Influenciou positivamente o controle emocional em situações desafiadoras em casos de agressão do paciente e na prontidão da equipe para intervir em um estágio inicial da agressão. Contribuiu para boas relações entre pacientes e funcionários, com cooperação da equipe na proximidade de pacientes agressivos.	O treinamento combinado com a abordagem epidemiológica influenciou positivamente na prevenção da violência e no clima de gestão nas perspectivas de pacientes e funcionários, uma vez que as medidas utilizadas pela epidemiologia trouxeram evidências mais complexas da multicausalidade da violência.
Artigo 10 (Hartley et al., 2015) ⁽³⁴⁾	Curso <i>on-line</i> , com 13 unidades de aproximadamente 15 minutos. Houve aprovação dos participantes por permitir que eles completassem o curso independentemente de horário local. Consideraram os vídeos "Nurses'Voices" como ilustrações relevantes da violência que os enfermeiros enfrentam em seus locais de trabalho.	A ferramenta demonstrou efetividade no aprendizado dos profissionais na prevenção da violência no ambiente de trabalho da enfermagem.
Artigo 11 (Baby et al., 2016) ⁽³⁵⁾	Apresentou resultados de inquérito nacional sobre natureza violência em serviços de Saúde. A etiologia da violência na percepção dos gerentes de serviços de saúde decorre de fatores relacionados à equipe, a pacientes e à organização. Levantou as medidas de segurança mais utilizadas como: disponibilização de medidas de segurança, incluindo botões de pânico, alarmes pessoais, uso de pessoal da segurança e policial.	Recomenda-se desenvolvimento de programas de treinamento para minimizar a violência.
Artigo 12 (Gillespie et al., 2015) ⁽³⁶⁾	As recomendações agruparam-se em níveis: individual (reduzir risco pessoal para profissionais de saúde); de relacionamento (trabalhar o problema do bullying entre colegas de trabalho e violência física proveniente de pacientes e visitantes.); local de trabalho (discutir abordagens de sistemas multifacetados para o gerenciamento da violência). As recomendações no nível da sociedade centraram-se em uma abordagem universal de política de saúde.	O uso de um modelo como o socioecológico pode ser útil no planejamento de esforços de prevenção da violência no cenário da saúde.
Artigo 13 (Gillespie et al., 2015) ⁽³⁷⁾	A notificação de violência diminuiu de 53% para 47% ($p = 0,06$). Os motivos para relatar foram a gravidade do incidente e a solicitação de denúncia. Os motivos para não relatar eram incidentes menores e nenhuma ação seria tomada.	A intervenção não apresentou eficácia. Os futuros esforços de mudança precisam considerar vários modos de notificação com empenho dos administradores para promover os relatórios.
Artigo 14 (Parker et al., 2016) ⁽³⁸⁾	O principal componente para efetiva cultura de minimização da violência horizontal no ambiente de trabalho é a participação do pessoal no desenvolvimento de programas.	O modelo de gestão compartilhada de enfermagem permite discussão contínua e incorporação de dicas, ajustes e melhores práticas para o desenvolvimento profissional. Faz-se necessária a manutenção de consultores de liderança até que se formem indivíduos capazes de lidar com esses conflitos.

DISCUSSÃO

Verificou-se que, na produção do conhecimento sobre os objetos de investigação, ações e programas/políticas empregadas para coibir/prevenir violência no trabalho em enfermagem, prevalecem ações pontuais (57%) sobre programas subjacentes a políticas institucionais (43%). Os enfermeiros estiveram inseridos como participantes em todas as pesquisas, como categoria isolada

(29%), em equipe de enfermagem (43%) ou de trabalhadores de saúde (14%). Contudo essas pesquisas têm sido conduzidas exclusivamente em cenários internacionais, em países da América do Norte (72%), majoritariamente nos Estados Unidos (65%), seguidos pelo Canadá (7%) e, portanto, considerados protagonistas mundiais, por terem apresentado quatro programas.

Percebe-se o impacto desses programas, como acontece no Canadá, país com os menores índices de violência no trabalho da

enfermagem (violência física [vf]=6,2%; violência verbal [vv]= 13,9%)⁽⁴⁾. Lá o Programa Omega, de iniciativa da Agência de Saúde e Segurança no Trabalho, em parceria com instituto de saúde mental especializado em violência, abrangeu nacionalmente, de 1999 a 2015, 47.408 participantes (membros da equipe de saúde), demonstrando impacto positivo para sofrimento psíquico, confiança no enfrentamento e nos níveis de exposição à violência⁽²⁹⁾.

Com o objetivo de prevenir e minimizar agressão de pacientes contra profissionais de saúde, o programa Omega desenvolve habilidades interpessoais específicas e técnicas de gestão comportamental nos profissionais de saúde para intervirem em situações de agressão. Utiliza-se de estratégias teórico-práticas presenciais, centradas nas experiências dos participantes, distribuídas em quatro dias: primeiro dia: apresentação dos valores (respeito, profissionalismo, responsabilidade e segurança) e princípios do Omega (proteger-se, avaliar a situação, prever o comportamento, dedicar tempo e concentrar-se na pessoa); segundo: abordagem de pacificação, segundo classificação de comportamentos e níveis de periculosidade; terceiro: intervenção de acordo com o comportamento do agressor; quarto: relatórios de notificação pós-incidentes⁽²⁹⁾.

Os Estados Unidos também têm se mobilizado para a redução de violência em ambientes de trabalho em enfermagem, alocando o maior número de programas (três), inclusive esse é um dos poucos países a investigar os três tipos de violência, expondo o maior índice de violência sexual mundial (vs) (vf = 23,6%; vv = 50,3%; vs = 38,5%)⁽¹⁾. Dos três programas realizados nos Estados Unidos, dois encontram-se bem avaliados, o BE NICE⁽²⁵⁾ e o VAT⁽²⁸⁾.

O primeiro programa, denominado BE NICE, partiu da iniciativa de diretores de enfermagem de um Centro Médico Acadêmico Americano, por reconhecerem o *bullying* como problema prioritário de ação no ambiente de trabalho em enfermagem. Esse fato, levou-os a se unirem aos enfermeiros, para construir uma política institucional, com a missão de restabelecer o ambiente saudável de trabalho para a profissão. O grupo, que se denominou *Bullying Task Force*, primeiramente realizou diagnóstico da violência local e compartilhou os resultados com a enfermagem para despertá-la para o problema. Em seguida, desenvolveu o programa BE NICE (B = bullying; E = elimination; N = Nursing; I = In a; C = caring; E = environment), a partir de discussões sobre seis programas intervencionistas, levantados na literatura e nas necessidades locais⁽²⁵⁾.

Avaliação, após seis meses do início do programa, sinalizou impacto positivo e a instituição passou a considerar o programa oferecido anualmente e parte de sua política. Ademais o grupo *Bullying Task Force* disponibilizou-se a desempenhar o papel de aconselhador/orientador dos defensores do BE NICE⁽²⁵⁾.

Ressalta-se que o objetivo do BE NICE é fornecer aos participantes ferramentas para identificação de sinais de intimidação, apoiar colegas e, finalmente, ajudar a eliminar o *bullying* no local de trabalho, sem confrontar diretamente o agressor. O programa é oferecido nos três turnos de trabalho dos enfermeiros, em uma sessão presencial teórico-prática de três a quatro horas, envolvendo aulas dialogadas e simulações, com apoio de materiais impressos. Cartazes *antibullying* são distribuídos aos participantes e afixados nas unidades para que os funcionários estimulados os assinem em sinal de apoio à iniciativa institucional⁽²⁵⁾.

O conteúdo do programa centra-se na estratégia 4S: (1) *Stand by* (estar a posto): manter a vítima calma e alinhada fisicamente ao seu corpo para que possa percebê-lo solidário; (2) *Support* (apoio): ouvi-la atentamente, respondendo com empatia, reconhecendo os seus sentimentos e oferecendo incentivo para dar os próximos passos; (3) *Speak up* (falar em nome do colega). O defensor é incentivado a falar em nome do colega, relatando a violência psicológica a líderes institucionais. Ação realizada em conjunto com o colega intimidado ou independentemente dele ou de seu interesse; (4) *Sequester* (afastar a vítima da situação). Como último passo, o defensor BE NICE deve remover a vítima da situação, oferecendo-se para falar em particular com ela. O foco aqui novamente é fornecer um ambiente seguro e de apoio⁽²⁵⁾.

O segundo programa americano, denominado Programa de Prevenção de Violência no Ambiente de Trabalho (VAT), adota modelo educacional híbrido, com atividades *on-line* e em sala de aula, contudo decorreu de parceria entre universidade e serviços de emergência. Considerou as necessidades dos trabalhadores dos serviços e, portanto, utilizou-se do método pesquisa-ação para seu desenvolvimento: planejamento, implementação e avaliação. O tempo entre a avaliação e o planejamento do projeto foi de 21 meses, que incluíram várias estratégias para levantar os fatores de risco dos serviços de emergência, por meio de experiências dos trabalhadores com a violência no ambiente de trabalho; levantamento bibliográfico; formação de grupos focais com lideranças das equipes (médicos, enfermeiros, professores de enfermagem), para que pudessem identificar os sinais de pacientes considerados potencialmente violentos, definir a gestão e as estratégias utilizadas após o incidente, assim como levantar todos os riscos ambientais. O processo também envolveu reuniões com comitês de segurança de departamentos de emergência para que pudessem se aprofundar na identificação dos riscos e estratégias, assim como realizar revisões de políticas para diminuí-las no ambiente de trabalho. Inúmeras reuniões foram necessárias, envolvendo diversas áreas, para planejar a intervenção (medicina, enfermagem, segurança/polícia, registro, gestão, serviço social e psicologia)⁽²⁸⁾.

O terceiro programa, denominado Prevenção de Violência Horizontal Enfermeiro-Enfermeiro, ainda não obteve avaliação satisfatória. Apesar de ter sido desenvolvido em hospital, respeitando as necessidades da equipe de enfermagem, não apresentou o impacto esperado, uma vez que o processo avaliativo não apontou mudanças significativas no aumento da consciência dos participantes para esse tipo de violência no ambiente de trabalho. Apesar dos esforços empreendidos por meio de reiterados convites, em todos os locais do hospital, a adesão dos enfermeiros ao programa foi baixa. Dos 135 enfermeiros, participaram da pré-avaliação 48, número reduzido para 35 no momento pós. Os autores recomendam que os resultados sejam vistos com cautela, devido às limitações avaliativas impostas, já que o programa foi realizado em centro único, com baixa adesão, possivelmente afetada pelas pressões exercidas pela liderança, para que os enfermeiros participassem⁽³¹⁾.

O quinto programa levantado por esta pesquisa é o utilizado desde 2006 na Suécia, denominado Modelo de Bergen. Tem como finalidade o treinamento em prevenção e gestão da violência para trabalhadores na área da saúde psiquiátrica. Origina-se do modelo

de treinamento norueguês Terma, desenvolvido no Hospital Universitário de Haukeland, Departamento de Psiquiatria Forense de Berburg. Na Suécia, o Terma foi introduzido pela primeira vez no departamento psiquiátrico do Hospital Universitário Karolinska, Huddinge, em Estocolmo, onde foi adaptado o *City Model*. Ele apresenta estrutura teórica fundamentada na enfermagem e descreve três fatores considerados vitais para a redução de conflitos e de contenção em enfermarias psiquiátricas. São eles: (a) avaliação positiva dos pacientes: abordagem psiquiátrica que promove uma compreensão psicológica do comportamento do paciente e do compromisso moral com valores humanistas e sem julgamento; (b) autorregulação das respostas emocionais: inclui a conscientização e o controle dos sentimentos, especialmente medo e raiva; (c) estrutura efetiva de regras e rotinas: contempla habilidades de trabalho em equipe, suporte organizacional, clareza das regras da enfermaria, reconhecimento precoce de sentimentos. As intervenções necessárias são organizadas no manejo de situações desafiadoras para a contenção da violência⁽³³⁾.

O Modelo de Bergen fundamenta-se nas boas relações equipe-paciente. Os participantes são encorajados a refletir a respeito da própria abordagem não declarada sobre violência no ambiente de trabalho, assim como sobre a cultura e organização das unidades. O treinamento também inclui teoria da agressão, ética ao cuidar, regras e rotinas no local, fatores de risco e avaliação de risco, leis e legislação e o impacto do ambiente físico. Envolve definições de limites e negociação, autodefesa, técnicas de contenção física e questões de segurança, uso de restrição mecânica, reclusão e medicação forçada, e a necessidade de a equipe realizar análise crítica após os incidentes violentos. Ressalta o espírito cooperativo essencial entre os participantes e o tempo para tentar compreender em profundidade a situação, encontrando uma solução aceitável para todos os envolvidos. O programa inclui um curso de quatro dias para todos os trabalhadores na área da psiquiatria, e é dividido entre atividades teóricas orientadas e práticas. Os responsáveis pelos treinamentos são recrutados e escolhidos cuidadosamente de uma equipe que já atua na clínica institucional e passou por um curso preparatório sobre o Modelo de Bergen. Após aproximadamente 70 horas de Curso realizado, os responsáveis se tornam aptos a oferecer cursos de quatro dias, com atividades oferecidas regularmente nas unidades onde os funcionários atuam, pelo menos uma vez a cada seis meses. As atividades são baseadas nas experiências atuais dos participantes com pacientes e colegas e se referem tanto à teoria quanto à prática⁽³³⁾.

Como se pode verificar por meio desta pesquisa, os programas/políticas empregados para coibir/prevenir violência no trabalho em enfermagem centraram-se em três países: Estados Unidos, Canadá e Suécia, ao passo que a violência na enfermagem é um fenômeno perpetrado em ambientes de trabalho mundiais, independentemente de estarem alocados em cenários de saúde de países com maiores índices de desenvolvimento ou não.

Dentre os tipos de violência, a verbal é a praticada com maior frequência. Em incidências assim os países asiáticos lideram (Israel = 97,1%⁽⁶⁾; Arábia Saudita = 94,3%⁽⁵⁾), seguidos por país africano (Etiópia = 89,5%⁽⁹⁾) e europeu (Alemanha = 78,0%⁽¹⁰⁾).

Quanto à violência física, desponta a Alemanha, na Europa, com 63,0%⁽¹⁰⁾, seguida pela China, no continente asiático, com 35,4%⁽²⁾

e Etiópia, no africano, com 18,2%⁽⁹⁾. Já a violência sexual é pouco estimada, o maior índice é o dos Estados Unidos (38,5%⁽¹⁾), seguido por Etiópia 13,2%⁽⁹⁾, Israel 11,6%⁽⁶⁾ e China (4,6%⁽²⁾).

Nos países da América do Sul, o Brasil contabiliza mais de dois milhões de profissionais entre auxiliares (21%), técnicos (55%) e enfermeiros (24%)⁽²⁰⁾, mas o movimento em torno da violência perpetrada nos ambientes de trabalho de enfermagem ainda se encontra em fase de diagnóstico. Conduzido e publicado em 2015 pelo Cofen, o único estudo brasileiro sobre violência no trabalho em enfermagem, no âmbito nacional, apontou que 23,9% dos enfermeiros e 18,5% dos técnicos e auxiliares de enfermagem sofreram algum tipo de violência, sendo, primeiramente psicológica (65,2%; 67%), seguida por física (10,6%; 17,5%) e sexual (0,6%; 1%)⁽²¹⁾.

Outro fato emerso da caracterização do corpus de artigos analisado evidencia que as ações e programas/políticas empregados para coibir/prevenir a violência no trabalho da enfermagem se dão em serviços especializados de urgência/emergência ou psiquiátricos (43%).

Os profissionais de saúde que trabalham nesses serviços estão vulneráveis à violência, portanto precisam estar aptos a reconhecer sinais de que os pacientes estão se aproximando da violência e estar familiarizados com opções para sedar pacientes agitados. Caso a sedação não seja bem-sucedida, a contenção física pode ser necessária. Existem medidas que podem ajudar a minimizar a probabilidade de violência para os profissionais de saúde, e elas incluem legislação, estrutura física e aumento da própria segurança⁽³⁹⁾.

A realização desta pesquisa permitiu, também, avaliar a escassez de estudos explorando a violência no ambiente de trabalho na atenção primária, quer em cenários nacionais, quer em internacionais. Os estudos nessa área ainda estão centrados no usuário como objeto de violência intrafamiliar e na detecção desta pela equipe de saúde⁽⁴⁰⁻⁴²⁾.

Limitações do estudo

Considerou-se limitação desta pesquisa o fato de ser uma revisão integrativa que, apesar de utilizar de levantamento criterioso da literatura, pode ter deixado de considerar alguma pesquisa que estivessem fora dos critérios de inclusão para as línguas portuguesa, inglesa e espanhola, assim como programas implementados, contudo descritos em outras formas de publicação.

Contribuições para a área de enfermagem

Este estudo sinaliza a necessidade de empreender esforços para que se difunda, não só nos âmbitos local e nacional, mas mundialmente, a operacionalização de programas para coibir e prevenir a violência vertical e horizontal nos ambientes de trabalho em enfermagem. Fenômeno que assola mundialmente a saúde dos profissionais, muitas vezes velado ou permanecendo apenas como índice para diagnóstico situacional. Demandam-se esforços de órgãos de classe, em movimento mais incisivo para que programas do tipo aqui apresentados possam ajudar a diminuir os índices alarmantes levantados, em função de melhores condições de trabalho e, conseqüentemente, de saúde dos profissionais de enfermagem.

CONCLUSÕES

Concluiu-se existir medidas efetivas para se coibir ou prevenir violência no ambiente do trabalho em enfermagem, contudo elas ainda estão centradas em três países: Estados Unidos, Canadá e

Suécia. Os programas, quando implementados como política institucional, demonstraram-se capazes de reduzir significativamente a violência, e a maioria deles é bem avaliada e pode servir como modelo para desenvolvimento e propagação de políticas, conforme as necessidades de cada local.

REFERÊNCIAS

1. Hanson GC, Perrin NA, Moss H, Laharnar N, Glass N. Workplace violence against homecare workers and its relationship with workers health outcomes: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2015;15:11. doi: 10.1186/s12889-014-1340-7
2. Cheung T, Yip PS. Workplace violence towards nurses in Hong Kong: prevalence and correlates. *BMC Public Health*. 2017;17(1):196. doi: 10.1186/s12889-017-4112-3
3. Sisawo EJ, Ouédraogo SYA, Huang SL. Workplace violence against nurses in the Gambia: mixed methods design. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):311. doi: 10.1186/s12913-017-2258-4
4. Magnavita N. The exploding spark: workplace violence in an infectious disease hospital: a longitudinal study. *Biomed Res Int*. 2013;2013:316358. doi: 10.1155/2013/316358
5. Al-Turki N, Afify AA, AlAteeq M. Violence against health workers in Family Medicine Centers. *J Multidiscip Healthc*. 2016;9:257-66. doi: 10.2147/JMDH.S105407
6. Shafran-Tikva S, Zelker R, Stern Z, Chinitz D. Workplace violence in a tertiary care Israeli hospital – a systematic analysis of the types of violence, the perpetrators and hospital departments. *Isr J Health Policy Res*. 2017;6(1):43. doi: 10.1186/s13584-017-0168-x
7. Alameddine M, Mourad Y, Dimassi H. A national study on nurses' exposure to occupational violence in Lebanon: prevalence, consequences and associated factors. *PLoS One*. 2015;10(9):e0137105. doi: 10.1371/journal.pone.0137105
8. Abdellah RF, Salama KM. Prevalence and risk factors of workplace violence against health care workers in emergency department in Ismailia, Egypt. *Pan Afr Med J*. 2017;26:21. doi: 10.11604/pamj.2017.26.21.10837
9. Fute M, Mengesha ZB, Wakgari N, Tessema GA. High prevalence of workplace violence among nurses working at public health facilities in Southern Ethiopia. *BMC Nurs*. 2015;14:9. doi: 10.1186/s12912-015-0062-1
10. Schablon A, Wendeler D, Kozak A, Nienhaus A, Steinke S. Prevalence and consequences of aggression and violence towards nursing and care staff in Germany: a survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(6):1274. doi: 10.3390/ijerph15061274
11. Ferri P, Silvestri M, Artoni C, Di Lorenzo R. Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: a cross-sectional study. *Psychol Res Behav Manag*. 2016;9:263-75
12. World Health Organization-WHO. World report on violence and health [Internet]. Geneva: WHO; 2002 [Cited 2019 Apr 15]. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf
13. Velloso ISC, Araújo MT, Alves M. [Workers at a basic health unit who interface with violence]. *Acta Paul Enferm [Internet]*. 2011 [cited 2019 Apr 15];24(4):466-71. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n4/en_a04v24n4.pdf Portuguese.
14. Marinho J. Violência Ocupacional: a vítima é a enfermagem: ameaças, abusos e agressões comprometem a integridade do profissional. *Coren-SP [Internet]*. 2006 [cited 2019 Apr 15];66:8-13. Available from: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2018/01/66_0.pdf
15. Branco TSAP. Clima de segurança e stress entre os enfermeiros da Clínica de Santo António da Reboleira [Thesis] [Internet]. Lisboa: Universidade Lusíada; 2013 [cited 2019 Apr 15]. Available from: http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/747/1/mgrhao_tiago_branco_dissertacao.pdf
16. Morais-Filho LA. Violência Ocupacional contra profissionais de saúde em um hospital de urgência [Thesis] [Internet]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2009 [cited 2019 Apr 15]. Available from: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/14685/1/LuisAMF_DISSERT.pdf
17. Braga FS, Olschowsky, A. [Pleasure and suffering in the work of mental health nurses in the context of the psychiatric reform]. *Rev Enferm UFPE*. 2015;9(3):7086-94. doi: 10.5205/reuol.7505-65182-1-RV.0903201510 Portuguese.
18. Silva IV, Aquino EML, Pinto ICM. [Workplace violence in the healthcare sector: the experience of State health employees in Bahia State, Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2014;30(10):2112-22. doi: 10.1590/0102-311X00146713 Portuguese.
19. Manetti, ML, Marziale, MHP, Robazzi, MLCC. [Revising psychosocial aspects of the nursing work]. *Fortaleza: Rev Rene [Internet]*. 2008 [Cited 2019 Apr 15];9(1):111-9. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/5010/3687> Portuguese.
20. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Enfermagem em Números [Internet]. Brasília, DF: Cofen; 2017 [cited 2019 Apr 15]. Available from: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>
21. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem [Internet]. Brasília, DF: Cofen; 2015 [cited 2019 Apr 15]. Available from: http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html
22. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health*. 1987;10(1):1-11. Doi: 10.1002/nur.4770100103

23. Whittemore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005; 52(5):546-53. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x
24. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. Making the case for evidence-based practice, p. 3-24.
25. Keller R, Budin WC, Allie T. A task force to address bullying. *Am J Nurs*. 2016;116(2):52-8. doi: 10.1097/01.NAJ.0000480497.63846.d0
26. Adams J, Knowles A, Irons G, Roddy A, Ashworth J. Assessing the effectiveness of clinical education to reduce the frequency and recurrence of workplace violence. *Aust J Adv Nurs [Internet]*. 2017 [cited 2017 Oct 17];34(3):6-15. Available from: <http://www.ajan.com.au/Vol34/Issue3/1Adams.pdf>
27. Gillespie GL, Farra SL, Gates DM. A workplace violence educational program: a repeated measure study. *Nurse Educ Pract*. 2014;14(5):468-72. doi: 10.1016/j.nepr.2014.04.003
28. Gillespie GL, Gates DM, Mentzel T, Al-Natour A, Kowalenko T. Evaluation of a comprehensive ED violence prevention program. *J Emerg Nurs*. 2013;39(4):376-83. doi: 10.1016/j.jen.2012.12.010
29. Guay S, Gonçalves J, Boyer R. Evaluation of an education and training program to prevent and manage patients' violence in a mental health setting: a pretest-posttest intervention study. *Healthcare*. 2016;4(3):E49. doi: 10.3390/healthcare4030049
30. Gillespie GL, Gates DM, Kowalenko T, Bresler S, Succop P. Implementation of a comprehensive intervention to reduce physical assaults and threats in the emergency department. *J Emerg Nurs*. 2014;40(6):586-91. doi: 10.1016/j.jen.2014.01.003
31. Embree JL, Bruner DA, White A. Raising the level of awareness of nurse-to-nurse lateral violence in a critical access hospital. *Nurs Res Pract*. 2013;2013:207306. doi: 10.1155/2013/207306
32. Al-Ali, NM, Faouri, IA. The impact of training program on nurses' attitudes workplace violence in Jordan. *Appl Nurs Res*. 2016;30:83-9. doi: 10.1016/j.apnr.2015.11.001
33. Björkdahl A, Hansebo G, Palmstierna T. The influence of staff training on the violence prevention and management climate in psychiatric inpatient units. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2013;20(5):396-404. doi: 10.1111/j.1365-2850.2012.01930.x
34. Hartley D, Ridenour M, Craine J, Morrill A. Workplace violence prevention for nurses on-line course: program development. *Work*. 2015;51(1):79-89. doi: 10.3233/WOR-141891
35. Baby M, Swain N, Gale C. Healthcare managers' perceptions of patient perpetrated aggression and prevention strategies: a cross sectional survey. *Issues Ment Health Nurs*. 2016;37(7):507-16. doi: 10.3109/01612840.2016.1166300
36. Gillespie LG, Gates DM, Fisher BS. Individual relationship, workplace, and societal recommendations for addressing healthcare workplace violence. *Work*. 2015;51(1):67-71. doi: 10.3233/WOR-141890
37. Gillespie GL, Leming-Lee TS, Crutcher T, Mattei J. Chart it to stop it: a quality improvement study to increase the reporting of workplace aggression. *J Nurs Care Qual*. 2016;31(3):254-61. doi: 10.1097/NCQ.0000000000000172
38. Parker KM, Harrington A, Smith CM, Sellers KF, Millenbach L. Creating a nurse-led culture to minimize horizontal violence in the acute care setting: a multi-interventional approach. *J Nurses Prof Dev*. 2016;32(2):56-63. doi: 10.1097/NND.0000000000000224
39. Tadros A, Kiefer C. Violence in the emergency department: a global problem. *Psychiatr Clin North Am*. 2017;40(3):575-84. doi: 10.1016/j.psc.2017.05.016
40. Gear C, Koziol-McLain J, Wilson D, Clark F. Developing a response to family violence in primary health care: the New Zealand experience. *BMC Family Practice*. 2016;17:115. doi:10.1186/s12875-016-0508-x.
41. Usta J, Taleb R. Addressing domestic violence in primary care: what the physician needs to know. *Libyan J Med*. 2014;9:10.3402/ljm.v9.23527. doi:10.3402/ljm.v9.23527
42. Machado JC, Rodrigues VP, Vilela ABA, Simões AV, Morais RLGL, Rocha EN. Intrafamily violence and actions strategies of the Family Health team. *Saúde Soc*. 2014;23(3):828-40. doi: 10.1590/S0104-12902014000300008