

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* – ATENÇÃO À SAÚDE**

RENATA COBO DE OLIVEIRA

**A VIOLÊNCIA RELACIONADA AO TRABALHO NO CONTEXTO DAS EQUIPES
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UBERABA/MG**

**UBERABA/MG
2012**

RENATA COBO DE OLIVEIRA

**A VIOLÊNCIA RELACIONADA AO TRABALHO NO CONTEXTO DAS EQUIPES
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UBERABA/MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Eixo temático: Saúde da Família

Orientadora: Profa. Dra. Helena Hemiko
Iwamoto

**UBERABA/MG
2012**

Catálogo na fonte:
Biblioteca da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Oliveira, Renata Cobo de
048v A violência relacionada ao trabalho no contexto das equipes de saúde
da família de Uberaba/MG / Renata Cobo de Oliveira. -- 2012
81f.: tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal
do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2011.
Orientadora: Profa. Dra. Helena Hemiko Iwamoto

1. Violência – Aspectos sociais. 2. Saúde do Trabalhador. 3. Saúde –
Aspectos sociais. 4. Trabalho. I. Iwamoto, Helena Hemiko. II.
Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 364.632

RENATA COBO DE OLIVEIRA

**A VIOLÊNCIA RELACIONADA AO TRABALHO NO CONTEXTO DAS EQUIPES
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UBERABA/MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Eixo temático: Saúde da Família

Orientadora: Profa. Dra. Helena Hemiko Iwamoto

Uberaba (MG), ____ de _____ de _____.

Profa. Dra. Helena Hemiko Iwamoto
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Sybelle de Souza Castro Miranzi
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo
Universidade Federal de Minas Gerais

Aos meus pais, Tânia e Antônio Donizeti, que tanto amo, pelo incentivo e pelo esforço dedicado à minha formação profissional e pessoal.

Ao meu irmão Lucas e minha cunhada Aline, que conceberam meu sobrinho e afilhado Pedro, que tanto amo e fez parte do meu estímulo nessa caminhada.

Obrigada por tudo, amo vocês.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela vida maravilhosa,
pela proteção e força para enfrentar
todos os obstáculos nessa caminhada.

À Profa. Dra. **Helena Hemiko Iwamoto**,
pelas valiosas orientações,
paciência, incentivo, dedicação e
pelos aconselhamentos profissionais
que prezo muito.

Às Profas. Dra. **Maria Helena Barbosa** e
Profa. Dra. **Jurema Ribeiro Luiz Gonçalvez**
pelas contribuições no exame de qualificação.

Às Profas. Dra. **Sybelle Souza de Castro Miranzi** e
Profa. Dra. **Maria Rizioneide Negreiros de Araújo**
pelo tempo dedicado e
disponibilidade em participar da banca.

Aos meus colegas mestrandos pelo companheirismo,
especialmente para **Nathália Gomes e Fernanda Camargo**,
por compartilhar dificuldades e ajuda mútua.

Às minhas amigas,
Renata Maciel, Taciana Salomão, Tamara Faria e Jacqueline Souza
pelo apoio psicológico e alegrias nos momentos de descontração.

RESUMO

OLIVEIRA, R. C. **A violência relacionada ao trabalho no contexto das equipes de saúde da família de Uberaba/MG**. 2012. 81f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba/MG, 2012.

A violência relacionada ao trabalho caracteriza-se por situações nas quais os trabalhadores sofrem ameaças, abusos ou ataques no ambiente de trabalho, incluindo o trajeto, que colocam em perigo sua segurança, seu bem-estar e sua saúde, implícita ou explicitamente. Este estudo teve como objetivo descrever a violência relacionada ao trabalho dos trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberaba/MG. Trata-se de um estudo descritivo, transversal e com abordagem quantitativa. Utilizou-se um questionário construído com base no estudo realizado por Cezar (2005). A coleta de dados foi realizada de fevereiro a julho de 2011. Para fins de análise utilizou-se estatística descritiva e para verificar a associação entre: violência no trabalho e categoria profissional, violência no trabalho e segurança no ambiente de trabalho foram utilizados o teste Qui-quadrado, exato de Fisher e razão de prevalência. A população foi constituída por 162 agentes comunitários de saúde, 27 enfermeiros, 20 técnicos de enfermagem, 10 médicos, 7 dentistas e 7 auxiliares de saúde bucal, totalizando 233 trabalhadores das 42 equipes de saúde da família. A maioria (90,1%) eram mulheres, 59,2% de cor branca, 39,9% casados, 63,5% afirmaram ter de 9 a 11 anos de estudo, 57,9% tinham menos de três anos de tempo de serviço, 87,1% não possuíam outro vínculo empregatício e a média de idade foi de 36,9 anos. Aproximadamente 40% dos trabalhadores referiram ter sofrido violência relacionada ao trabalho, as formas mais citadas foram agressão verbal (76,6%), competição entre colegas (40%), e assédio moral (38,8%), sendo a média de relatos de 2,1 casos por trabalhador. Os maiores agressores foram os clientes/usuários, adultos, sendo equitativo para ambos os sexos, e ocorreram dentro das unidades de saúde da família. A maioria referiu insegurança no local de trabalho, e também, durante o trajeto. Quase 40% omitiram informações sobre casos vivenciados de violência relacionada ao trabalho à chefia. Entretanto, a maioria (95,7%) estava consciente sobre a importância de notificar. Apenas 54,9% dos trabalhadores tinham recebido orientação ou treinamento sobre o enfrentamento de situações violentas, sendo os agentes comunitários de saúde a categoria menos informada. Os enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde foram as categorias profissionais mais vulneráveis às situações de violência relacionada ao trabalho. Enfim, contribuir para a redução da violência relacionada ao trabalho significa a troca de informações entre trabalhadores, usuários e comunidade, que favoreçam a construção de novas propostas para a prevenção da violência e contribuam para o planejamento de um ambiente mais seguro para os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família.

Palavras-chave: Violência. Saúde da família. Saúde do trabalhador. Trabalho. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

OLIVEIRA, R. C. **The work-related violence in the context of family health teams in Uberaba / MG.** 2012. 81f. Dissertation (Master's degree on Health Care) – Federal University of the Triângulo Mineiro, Uberaba/MG, 2012.

The work-related violence is characterized by situations in which workers have suffered harassment, abuse or attacks in the workplace, including the path, which endanger their safety, their welfare and their health, implicitly or explicitly. This study aimed to describe the violence related to the work of family health teams of Uberaba / MG. It is a descriptive, transversal and quantitative approach. We used a questionnaire built on the study by Cezar (2005). Data collection was conducted from February to July 2011. For purposes of analysis used descriptive statistics and to determine the association between: workplace violence and occupational category, workplace violence and safety in the workplace were used the chi-square and Fisher exact prevalence ratio. The population consisted of 162 community health workers, 27 nurses, 20 nursing technicians, 10 physicians, 7 dentists and 7 dental assistants, a total of 233 workers from 42 family health teams. Most (90.1%) were women, 59.2% white, 39.9% were married, 63.5% reported having 9 to 11 years of study, 57.9% had less than three years time service, 87.1% had no other employment and the average age was 36.9 years. Approximately 40% of workers reported having experienced violence related to work, the most frequent forms were verbal abuse (76.6%), competition among peers (40%) and bullying (38.8%), and the average reported of 2.1 cases per worker. The biggest offenders were the customers / users, adults, and fair to both sexes, and occurred within the family health units. The majority said that insecurity in the workplace, and also along the way. Almost 40% experienced omitted information on cases of violence related to head to work. However, most (95.7%) was aware of the importance of notifying. Only 54.9% of workers had received guidance or training on the face of violent situations, and the community health workers under the category entered. The nurses, nursing technicians and community health workers were the occupational groups most vulnerable to violent situations related to work. Finally, to help reduce work-related violence means the exchange of information between workers, users and community, to encourage the construction of new proposals for the prevention of violence and contribute to the planning of a safer environment for workers in the Strategy Family Health.

Key words: Violence. Family Health Program. Occupational health. Work. Primary care.

RESUMEN

OLIVEIRA, R. C. **La violencia relacionada con el trabajo en el contexto de equipos de salud familiar en Uberaba / MG.** 2012. 81f. Disertación (Maestría en Atención a la Salud) – Universidad Federal del Triângulo Mineiro, Uberaba/MG, 2012.

La violencia relacionada con el trabajo se caracteriza por situaciones en las que los trabajadores han sufrido acoso, abuso o ataques en el lugar de trabajo, incluida la ruta, que ponen en peligro su seguridad, su bienestar y su salud, implícita o explícitamente. Este estudio tuvo como objetivo describir la violencia relacionada con el trabajo de los equipos de trabajadores de la salud en la familia de Uberaba / MG. Se trata de un enfoque descriptivo, transversal y cuantitativo. Se utilizó un cuestionario basado en el estudio de Cezar (2005). La recolección de datos se llevó a cabo entre febrero y julio de 2011. Para efectos de análisis utilizó estadística descriptiva y para determinar la asociación entre: violencia en el trabajo y categoría ocupacional, violencia laboral y seguridad en el trabajo se utilizó el chi-cuadrado, exacta de Fisher y la relación de prevalencia. La población estuvo constituida por 162 trabajadores comunitarios de salud, 27 enfermeras, 20 técnicos de enfermería, 10 médicos, 7 odontólogos y 7 auxiliares de odontología, un total de 233 trabajadores de 42 equipos de salud familiar. La mayoría (90,1%) eran mujeres, el 59,2% de blancos, el 39,9% estaban casadas, el 63,5% reportó que tiene 9 a 11 años de estudio, el 57,9% tenían menos tiempo de tres años servicios, 87,1% no tenía otro empleo y la edad promedio fue de 36,9 años. Aproximadamente el 40% de los trabajadores reportó haber sufrido violencia relacionada con el trabajo, las formas más frecuentes son el abuso verbal (76,6%), la competencia entre los compañeros (40%) y la intimidación (38,8%), e informó de la media de 2,1 casos por cada trabajador. Los mayores infractores son los clientes / usuarios, los adultos, y justo a los dos sexos, y se produjo dentro de las unidades de salud familiar. La mayoría dijo que la inseguridad en el lugar de trabajo, y también en el camino. Casi el 40% experimentó información omitida en los casos de violencia relacionada con la cabeza para trabajar. Sin embargo, la mayoría (95,7%) era consciente de la importancia de la notificación. Sólo el 54,9% de los trabajadores habían recibido orientación o formación sobre la faz de situaciones de violencia, y entró a los trabajadores de salud comunitaria en la categoría. Los trabajadores comunitarios de salud, enfermería y técnicos de enfermería fueron los grupos ocupacionales más vulnerables a situaciones de violencia relacionados con el trabajo. Por último, para ayudar a reducir la violencia relacionada con el trabajo: el intercambio de información entre los trabajadores, usuarios y la comunidad, para fomentar la construcción de nuevas propuestas para la prevención de la violencia y contribuir a la planificación de un entorno más seguro para los trabajadores de la Estrategia Salud de la Familia.

Palabras-clave: Violencia. Programa de Salud Familiar. Salud ocupacional. Trabajo. Atención Primaria.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família segundo gênero, raça, estado civil, anos de estudo, ensino superior, pós-graduação, função exercida, tempo de serviço e outro emprego. Uberaba/MG, 2011.....	43
Tabela 2	Distribuição dos enfermeiros e ACS das equipes de saúde da família segundo gênero, raça, estado civil, anos de estudo, tempo de serviço e outro emprego. Uberaba/MG, 2011.....	45
Tabela 3	Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família segundo vítima de violência, idade e função exercida. Uberaba/MG, 2011.....	47
Tabela 4	Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família segundo a função exercida, frequência de vítima de violência, razões de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Uberaba/MG, 2011.....	48
Tabela 5	Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família segundo tipo de violência e função exercida. Uberaba/MG, 2011.....	50
Tabela 6	Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família segundo função e violência sofrida. Uberaba/MG, 2011.....	52
Tabela 7	Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família segundo tipo de violência sofrida e o agressor. Uberaba/MG, 2011.....	53
Tabela 8	Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família segundo tipo de violência sofrida, e o sexo e faixa etária do agressor. Uberaba/MG, 2011.....	54
Tabela 9	Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família segundo local de ocorrência e tipo de violência sofrida. Uberaba/MG, 2011.....	56
Tabela 10	Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família segundo função exercida e sentimento de insegurança no ambiente de trabalho, as razões de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Uberaba/MG, 2011.....	58
Tabela 11	Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família segundo vítima de violência relacionada ao trabalho e a segurança referida no ambiente de trabalho. Uberaba/MG, 2011.....	59
Tabela 12	Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família segundo a função e a segurança durante o trajeto para o trabalho. Uberaba/MG, 2011.....	60
Tabela 13	Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família segundo a opinião sobre a contribuição do ambiente físico para a ocorrência da violência e a função. Uberaba/MG,	

	2011.....	60
Tabela 14	Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família segundo a função e a comunicação sobre a ocorrência de violência à chefia. Uberaba/MG, 2011.....	62
Tabela 15	Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família segundo a função e a importância da comunicação sobre a ocorrência de violência à chefia. Uberaba/MG, 2011.....	62
Tabela 16	Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família segundo a função e orientação e/ou treinamento sobre como lidar com situações de violência. Uberaba/MG, 2011.....	63
Tabela 17	Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família segundo a função e frequência com que testemunhou situações de violência relacionada ao trabalho. Uberaba/MG, 2011.....	64

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

BO - Boletim de Ocorrência Policial

CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CEREST - Centros de Referência em Saúde do Trabalhador

ESF - Estratégia Saúde da Família

ESB - Equipe de Saúde Bucal

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NEAVT - Núcleo de Estudos e Ações sobre Violência no Trabalho

OIT - Organização Internacional do Trabalho

OMS - Organização Mundial de Saúde

OSHA - *Occupational Safety & Health Administration*

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNST - Política Nacional de Saúde do Trabalhador

RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

RSS - Rede de Serviços Sentinela

SIM - Sistema de Informações de Mortalidade

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	O TRABALHO COMO ESPAÇO PASSÍVEL DE VIOLÊNCIA.....	14
1.1.1	O significado do trabalho e a Saúde do Trabalhador.....	14
1.1.2	O trabalho na Estratégia de Saúde da Família.....	16
1.2	A VIOLÊNCIA RELACIONADA AO TRABALHO NO CONTEXTO INTERNACIONAL E NACIONAL.....	19
1.2.1	A magnitude do fenômeno da violência.....	19
1.2.2	O conceito de violência e as consequências.....	20
1.2.3	O conceito e a dinâmica da violência relacionada ao trabalho.....	22
1.2.4	Formas de violência relacionada ao trabalho.....	24
1.3	A VIOLÊNCIA RELACIONADA AO TRABALHO NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E SUAS CONSEQUÊNCIAS.....	26
1.3.1	Subnotificações dos casos de violência relacionada ao trabalho.....	30
2	JUSTIFICATIVA.....	33
3	OBJETIVOS.....	35
3.1	GERAL.....	35
3.2	ESPECÍFICOS.....	35
4	MATERIAL E MÉTODO.....	36
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	36
4.2	LOCAL DE ESTUDO.....	36
4.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	37
4.4	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	38
4.5	COLETA DE DADOS.....	39
4.6	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	40
5	RESULTADO E DISCUSSÃO.....	42
5.1	DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	42
5.2	VIOLÊNCIA RELACIONADA AO TRABALHO.....	46
5.3	SEGURANÇA NO TRABALHO.....	58
6	CONCLUSÃO.....	67
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
	REFERÊNCIAS.....	69

APÊNDICE A - Questionário violência relacionada ao trabalho.....	75
ANEXO A - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	80

1 INTRODUÇÃO

1.1 O TRABALHO COMO ESPAÇO PASSÍVEL DE VIOLÊNCIA

1.1.1 O significado do trabalho e a Saúde do Trabalhador

Historicamente, o trabalho tem papel fundamental na vida do ser humano como necessidade, sobrevivência, satisfação pessoal, além de instituir rotinas, dignificar o trabalhador e garantir direitos de cidadania. O trabalho tem uma função fundamental na estruturação da identidade do trabalhador, inclusive o de ser respeitado e estimado (BARRETO, 2006).

O contexto do ambiente de trabalho permeia três dimensões: organização, condições e relações socioprofissionais do trabalho. A organização do trabalho compreende: a natureza e a divisão das tarefas, como as relações hierárquicas, os aspectos técnicos, operacionais, administrativos e sociais; as regras formais como objetivos, missão, normas, rotinas e procedimentos; o tempo de jornada, pausas, turnos e prazos; a produtividade esperada através das metas e as regras informais como as regras de ofício e hábitos. As condições de trabalho tratam de elementos estruturais como: qualidade do ambiente físico; equipamento e material disponíveis para a execução do trabalho. E, as relações de trabalho referem-se aos elementos interacionais que expressam as relações socioprofissionais, como, por exemplo: modelo de gerência, processo de comunicação, disputas profissionais e participação nas decisões (FERREIRA, 2007).

Assim, os principais indicadores de saúde e adoecimento dos trabalhadores são os sentimentos de prazer e sofrimento que decorrem da interação das três dimensões (organização, condições e relações socioprofissionais do trabalho) (FERREIRA, 2007).

Entretanto, ao longo da história do trabalho, a realização dos trabalhadores vem sendo substituída pela produtividade. E, nos últimos anos, o capitalismo tem gerado aspectos negativos, transformando o homem em objeto do trabalho, subdividindo, mecanizando o processo de trabalho, fragmentando o conhecimento e tornando intrínseca a relação trabalho/sofrimento/prazer para o trabalhador (TRINDADE, 2007).

Dentre os problemas de saúde relacionados ao trabalho, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador destaca o aumento das agressões e episódios de violência contra o trabalhador no seu ambiente de trabalho, a violência decorrente de relações de trabalho deterioradas e a violência ligada às relações de gênero e ao assédio moral, caracterizada pelas agressões entre colegas, chefias e subordinados (BRASIL, 2004).

Desta forma, as condições de trabalho, longas jornadas e o ambiente de trabalho inadequado podem gerar graves danos à saúde do trabalhador. Por estas razões, diante da exigência do mercado de trabalho do mundo capitalista começaram a surgir leis que beneficiam a saúde dos trabalhadores.

Neste contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) exerce um papel fundamental para que as redes de serviços públicos de saúde estruturem-se para atender as demandas de Saúde do Trabalhador, definida através da lei Orgânica nº 8.080 como:

[...] conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990, p.3).

Em 2004, foi estabelecida a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST), com o objetivo de desenvolver ações de promoção, vigilância e assistência aos trabalhadores, especificar as atribuições do setor de saúde e estimular a participação e o controle social (BRASIL, 2004).

A principal estratégia da PNST é a implementação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no Sistema Único de Saúde (SUS). A portaria nº 2.728 propõe ações em Saúde do Trabalhador de forma descentralizada e hierarquizada em todos os níveis de atenção no âmbito do SUS, incluindo ações de promoção, prevenção e reabilitação (BRASIL, 2009).

A portaria nº 2.728 estabelece ainda, a estruturação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), em nível estadual, distrital e municipal e a instituição de serviços de retaguarda de Rede de Serviços Sentinela (RSS). Os municípios com RSS devem desenvolver políticas de promoção da saúde, que garantam o acesso do trabalhador às ações integradas de vigilância e de assistência, em todos os níveis de atenção do SUS (BRASIL, 2009).

Além dos aspectos físicos dos trabalhadores, os profissionais que atuam na área de Saúde do Trabalhador devem atentar-se para identificar não somente agravos físicos, mas também o adoecimento mental. Isto é, situações de trabalho como pressão por produtividade, sobrecarga física, competitividade, situações de humilhação ou constrangimento e exposição pública que podem despertar sofrimento mental nos trabalhadores. A dificuldade em reconhecer e tratar problemas psicológicos dos trabalhadores deve-se a desvalorização dos sintomas mentais psíquicos, pois o sofrimento mental é subjetivo e subentendido pelo trabalhador (SALERNO; SILVESTRE; SABINO, 2011).

Dessa forma, entender os aspectos históricos, o contexto do ambiente de trabalho, a relação saúde/doença e as ações no âmbito do SUS para promoção de Saúde do Trabalhador são imprescindíveis para os profissionais de saúde, tendo em vista, que o sofrimento faz parte do universo do trabalho.

1.1.2 O trabalho na Estratégia de Saúde da Família

O SUS surgiu com intuito de mudar a concepção assistencial, curativista e hospitalocêntrica centrada na consulta médica. Para contribuir com essa nova perspectiva, em 1994, criou-se o Programa de Saúde da Família (PSF), abarcando ações centradas na promoção da saúde, prevenção de agravos, valorização da participação da comunidade e foco na família. Entretanto, com a expansão maciça do PSF, ocorreu a mudança de nomenclatura para Estratégia Saúde da Família (ESF) visando o fortalecimento da estratégia de substituição do modelo de atenção tradicional (SILVA; CALDEIRA, 2010).

Recentemente, a portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 aprovou a Política Nacional de Atenção Básica e estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A principal estratégia da Política Nacional de Atenção Básica é a ESF, que promove a expansão e consolidação da atenção básica e favorece uma reorientação do processo de trabalho, ampliando a resolutividade e conseqüentemente, o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividade (BRASIL, 2011a).

Os trabalhadores que formam a equipe de saúde da família, no contexto geral, são: enfermeiro, médico generalista, técnico em enfermagem ou auxiliar de

enfermagem e agentes comunitários em saúde (ACS). Ainda, podem ser acrescentados: uma equipe de saúde bucal (ESB) composta por cirurgião dentista, técnico de saúde bucal ou auxiliar em saúde bucal e os núcleos de apoio à saúde da família (NASF). Cada equipe de saúde da família deve ser responsável, por no máximo, 4.000 pessoas, com a carga horária de trabalho dos profissionais de 40 horas semanais, exceto o médico, que pode ter carga horária de 20, 30 ou 40 horas semanais. O NASF pode ser composto por profissionais médicos especialistas em ginecologista e pediatra; profissionais de saúde mental - psiquiatra, psicólogo; profissionais de reabilitação e condicionamento físico - educador físico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social, nutricionista e farmacêutico; e também profissionais de práticas alternativas e complementares como acupunturista e fitoterapeuta (BRASIL, 2011a).

Apesar do ACS ser o facilitador da formação de vínculo com a comunidade, os principais desafios dos trabalhadores das equipes de saúde da família são: aproximar os integrantes da equipe com os usuários e conscientizar a população quanto a responsabilização pela adoção de atitudes para a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida. Essa relação necessita de melhoria para adquirir um caráter de compromisso solidário e de construção social, envolvendo a equipe, instituições e comunidade (GOMES; PINHEIRO, 2005; SANTOS, 2007).

Ressalta-se o papel fundamental do ACS, como um dos membros da equipe de saúde da família que, por meio das visitas diárias aos domicílios da população, identifica os problemas das famílias cadastradas em sua micro-área e solicita ajuda dos demais profissionais da equipe multiprofissional. Entende-se, portanto, que o ACS traduz o modo de vida da comunidade para os demais trabalhadores da equipe. Vale ressaltar que a partir das diretrizes operacionais, a ESF propõe ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, que podem ser realizados desde o acolhimento, onde surge a primeira possibilidade de vínculo, o contato preferencial dos usuários com o SUS, a ênfase na promoção à saúde e a participação da comunidade (BRASIL, 2011a).

Segundo os preceitos da ESF, as famílias devem assumir a autoridade sobre suas condições de vida através da integração interdisciplinar e intersetorial, com ênfase em ações de promoção da saúde. O empoderamento da população é viabilizado por meio do encontro entre gestores, trabalhadores da saúde e

comunidade que expressam suas reais necessidades em saúde. Para o desenvolvimento das ações em saúde, a ESF utiliza como princípio o trabalho em equipe, para populações de territórios delimitados e considera as diferenças existentes nos territórios. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (BRASIL, 2011a).

Dessa forma, os integrantes das equipes de saúde da família estão em convívio cotidiano intenso e prolongado com a comunidade, propiciando o desenvolvimento de uma visão crítica e humanizada em relação aos usuários e seu contexto de vida. Porém, essa sensibilização gera impactos psicológicos devido à impotência vivenciada pelos trabalhadores das equipes frente às situações de miséria (LANCMAN et al., 2009).

Acrescenta-se a esse contexto inúmeras exigências do mundo do trabalho na atenção primária. A atenção integral ao indivíduo, a humanização das práticas, o desenvolvimento de habilidades e a compreensão de tecnologias complexas, somadas às exposições a situações de pobreza, desigualdades sociais, deficiência do sistema público de saúde que requerem do trabalhador dedicação e envolvimento com a comunidade. O nível de exigência é acentuado pela falta de reconhecimento profissional, baixos salários e insatisfação profissional dos trabalhadores da rede básica de saúde (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010).

Ressalta-se ainda que alguns estudos indicam que a realidade em que os integrantes das equipes de saúde da família atuam é permeada por condições precárias de higiene e moradia, e especialmente, por situações de violência, uma vez que o trabalho ocorre em cenário menos favorável para o cumprimento da cidadania e da democracia, e, os trabalhadores convivem com as pressões dos moradores, do Poder Público, polícia, medo, tensões, conflitos, regras de convivência forçada e acordos tácitos (COTTA et al., 2006; TRINDADE, 2007). Assim, torna-se necessário o aprofundamento das questões relacionadas à violência no ambiente de trabalho das equipes de saúde da família.

1.2 A VIOLÊNCIA RELACIONADA AO TRABALHO NO CONTEXTO INTERNACIONAL E NACIONAL

1.2.1. A magnitude do fenômeno da violência

No Brasil, os Ministérios da Saúde e da Justiça, em 2008, assinaram um Acordo de Cooperação Técnica, com vistas ao alcance e promoção da cultura da paz e prevenção da violência no âmbito da Estratégia Saúde da Família. O Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI) propõe ações de prevenção da violência e promoção da segurança pública nas áreas de atuação das equipes de saúde da família (BRASIL, 2009).

O problema da violência é uma preocupação mundial que vem sendo discutida há décadas. Em 2006, a Organização Mundial da Saúde (OMS), durante a 46ª Assembléia Mundial da Saúde reconheceu a violência como um problema importante e crescente, de saúde pública no mundo, e destacou as sérias consequências, a curto e longo prazo, para pessoas, famílias, comunidades e países, e os efeitos prejudiciais para os serviços de saúde. E, com vistas ao combate à violência, priorizou a realização de estudos sobre a violência nas pesquisas da saúde, nos níveis, nacional e internacional (OMS, 2002).

Segundo o Informe Mundial Sobre a Saúde e a Violência, aproximadamente 520.000 pessoas morrem ao ano, vítimas de violência em todo o mundo, e os indivíduos do sexo masculino são responsáveis por 77% desses óbitos. Ainda, os maiores índices de homicídio estão entre os homens da faixa etária de 15 a 29 anos, seguido pelos homens da faixa etária de 30 a 44 anos. E, as mortes violentas em países de renda baixa atingem índices de mais que o dobro dos países de alta renda (OMS, 2002).

No setor da saúde brasileiro, a violência encontra-se sob a categoria “causas externas” da Classificação Internacional das Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Em 2010, os óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente e agressões totalizaram 58.886 mortes, e, o sudeste foi a região mais afetada com 18.758 vítimas fatais. Os homens com idades entre 20 e 29 anos foram os mais afetados. Ocorreram ainda, 55.208 internações hospitalares decorrentes dessas causas, e a taxa de mortalidade de 4,4 para cada 100 internações (BRASIL, 2010).

A violência é um fenômeno complexo e amplo, que afeta diferentes faixas etárias, grupos sociais e gênero. Entretanto, algumas formas de violências são implícitas e perversas, uma vez que ideologias, instituições, comunidades e família, por vezes, podem ocultar formas graves de violência (MINAYO; SOUZA, 2003).

1.2.2 O conceito de violência e as consequências

A questão da violência é um problema social influenciado pela cultura, valores e regras sociais, no qual falta uma definição clara e objetiva para o seu enfrentamento, por se tratar de um fenômeno difuso e complexo e cuja definição não pode ter uma exatidão científica (OMS, 2002; MINAYO; SOUZA, 2003).

A OMS define a violência como:

[...] o uso intencional da força física ou do poder, real ou por ameaça, contra a própria pessoa, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade que pode resultar em ou tem alta probabilidade de resultar em morte, lesão, dano psicológico, alterações do desenvolvimento ou de privação (OMS, 2002, p. 3).

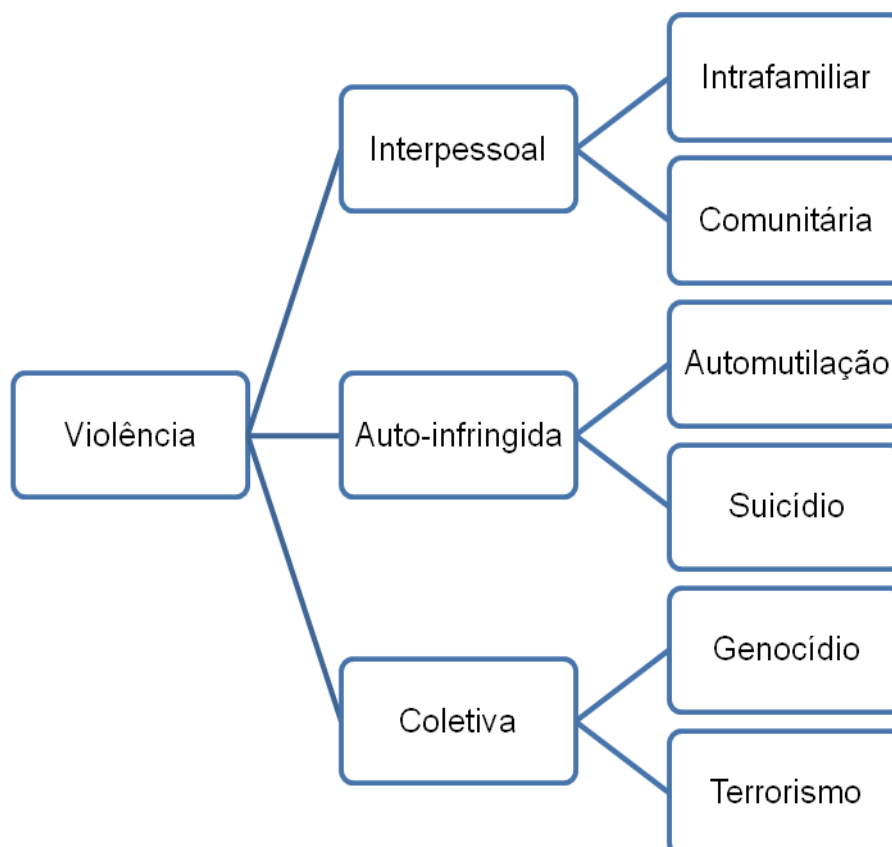
A violência pode ser categorizada em interpessoal, autoinfringida e coletiva. A violência autoinfringida é aquela em que uma pessoa atinge a si mesmo, a interpessoal atinge outro indivíduo ou grupos pequenos de indivíduos, pode ser intrafamiliar ou comunitária, e a coletiva atinge grupos maiores com objetivos políticos, econômicos e sociais (OMS, 2002).

Para OMS (2002), são exemplos da violência (Figura 1):

- **Autoinfringida:** os suicídios e automutilações, em que o comportamento suicida compreende desde o mero pensamento, a tentativa e o autoextermínio consumado.
- **Interpessoal:** a categoria intrafamiliar em que a maioria dos casos acontece entre os membros da família ou companheiros e geralmente ocorre em casa, embora não exclusivamente, como por exemplo: os maus tratos contra crianças e idosos, e, a comunitária que acontece entre indivíduos que podem se conhecer ou não e geralmente acontece fora do ambiente familiar, como por exemplo: os abusos sexuais praticados por estranhos, a violência nas escolas, no trabalho e nas penitenciárias.

- **Coletiva:** os conflitos armados contra o Estado, o genocídio, a repressão, o terrorismo e o crime organizado.

Figura 1- Esquema sobre a categorização da violência segundo OMS (2002).



A violência caracteriza-se ainda, quanto à natureza, podendo ser física, sexual ou psicológica, que envolve privação ou negligência entre o autor e a vítima e quanto aos seus possíveis motivos (OMS, 2002).

O Ministério da Saúde (MS) ao reconhecer a magnitude do fenômeno da violência, por meio da Portaria MS/GM, nº 737, de 16 de maio de 2001, formalizou a Política de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, estabelecendo diretrizes e responsabilidades institucionais que visam a promoção da saúde e a prevenção de violência e acidentes, e articulando diferentes segmentos sociais. Nesse documento, a violência é definida como qualquer ação realizada por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais,

morais, espirituais a si próprios ou aos outros. E, em termos de categorização, considerou a violência em suas diferentes formas de expressão: agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional (BRASIL, 2002).

A violência se apresenta como um fenômeno mais intenso nas áreas urbanizadas brasileiras, especialmente com maior densidade populacional que acumula 75% do total de mortes por causas externas. Vale destacar o processo de interiorização da violência decorrente do percurso do tráfico de drogas em vários municípios do interior dos estados brasileiros. O desemprego, a desestruturação familiar, o sentimento de frustração e uma busca desenfreada de padrões sociais em um mundo de consumo se somam principalmente nos grandes centros urbanos e contribuem para a delinquência e a violência (SOUZA; LIMA, 2006).

1.2.3 O conceito e a dinâmica da violência relacionada ao trabalho

Da mesma forma que a literatura apresenta divergências para definir e delimitar a questão da ocorrência do fenômeno da violência, a sua abordagem no âmbito do trabalho também, se tem apresentado de forma semelhante, em relação aos conceitos. No contexto da Saúde do Trabalhador a diferença entre **violência do trabalho** e **violência no trabalho** é: a primeira indica degradação de condições de trabalho relacionados a organização do processo de trabalho e produtividade expondo os trabalhadores aos riscos de acidente, adoecimentos e morte, e a segunda envolve a relação com chefias, pares, clientes e o público no exercício das atividades. Assim, a violência no trabalho caracteriza-se por situações nas quais os trabalhadores sofrem ameaças, abusos ou agressões no seu ambiente de trabalho, incluindo o trajeto de ida e volta, locais que colocam em perigo a sua segurança, o seu bem-estar e a sua saúde, implícita ou explicitamente (SANTOS JUNIOR; DIAS, 2004).

Existem outros termos utilizados por diferentes autores, Santos (2011a) usa o termo **violência institucional** quando se refere aos profissionais de enfermagem do contexto hospitalar, Costenaro, Lacerda e Ferreira (2008) utilizaram o termo **maus tratos institucionais** para definir atitudes de ofensa ou omissão dos direitos do trabalhador, que atinge particularmente os grupos vulneráveis como crianças, jovens e idosos.

Já Oliveira e Nunes (2008) no texto “Violência relacionada ao trabalho: uma proposta conceitual” propõe a utilização do termo **violência relacionada ao trabalho**, como um macroconceito abordando qualquer ação voluntária contra um indivíduo ou grupo causando danos físicos ou psicológicos, no local de trabalho, envolvendo relações ou atividades estabelecidas de trabalho, assim como, as formas de privação de direitos trabalhistas e previdenciários, negligência das condições de trabalho e omissão de socorro diante de adoecimentos e mortes relacionados ao trabalho. E, estabeleceram ainda, as seguintes subcategorias:

- **Violência nas relações de trabalho** – situação de abuso de autoridade nas relações hierárquicas expressa na forma de agressões físicas, repreensões, constrangimentos e humilhações de superiores para com seus subordinados;
- **Violência na organização do trabalho** – quando aspectos como a divisão do trabalho, a produtividade, a jornada de trabalho, o sistema de gestão de segurança e saúde produzem situações que trazem risco à saúde dos trabalhadores;
- **Violência nas condições de trabalho** – quando condições inseguras e insalubres no ambiente de trabalho expõem os trabalhadores a riscos físicos, químicos, biológicos e ergonômicos.

Os autores do texto “Violência relacionada ao trabalho: uma proposta conceitual” propõe ainda, a utilização de outros termos como: violência de resistência, violência de delinqüência e violência simbólica, sob o argumento de que essa nomenclatura complementa o conceito da **violência relacionada ao trabalho** de forma mais abrangente e evita confusão dos termos violência do trabalho e violência no trabalho (OLIVEIRA; NUNES, 2008).

Por esta razão, optamos por utilizar o termo violência relacionada ao trabalho, visto que esse conceito abrange as relações de trabalho, a organização e condições de trabalho, que são objetos deste estudo.

A violência relacionada ao trabalho está cada vez mais intensa e com maior visibilidade e percepção pelos trabalhadores (OIT et al., 2002; MORENO, 2004). Neste sentido, a legislação e a criação de órgãos públicos no âmbito da saúde do trabalhador, constituíram um marco regulatório das relações e condições de trabalho

e se especializaram, nos últimos anos, em estabelecer garantias e combater a violência no local de trabalho.

Em 2007, a Câmara Legislativa do Distrito Federal ao constatar que não havia uma instância especializada para acolher, avaliar e encaminhar casos de violência no trabalho, que são objetos da atenção da OMS, da OIT, da comunidade científica e dos setores de gestão de pessoas de inúmeras organizações, criou o Núcleo de Estudos e Ações sobre Violência no Trabalho (NEAVT), com o objetivo de atender a expressiva demanda de servidores vítimas de violência no trabalho. O NEAVT tem como proposta difundir informações sobre o fenômeno da violência no trabalho e sensibilizar os trabalhadores quanto à necessidade de evitar, enfrentar e eliminar as práticas discriminatórias e a violência (BRASILIA, 2008).

Este núcleo criou uma cartilha explicativa intitulada “Violência no trabalho - reflexões, conceitos e orientações” abordando os tópicos: história e significado do trabalho, características organizacionais, o que é violência no trabalho, a dinâmica da violência no trabalho, formas de agressão, consequências da violência no trabalho, estratégias de prevenção às práticas discriminatórias no trabalho e orientações aos sujeitos envolvidos (BRASILIA, 2008).

1.2.4 Formas de violência relacionada ao trabalho

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) categoriza a violência relacionada ao trabalho em física e psicológica ou moral. A violência física consiste em usar a força física contra outra pessoa que produz danos físicos como chutes, tapas, bofetões, punhaladas e tiros. A violência psicológica ou moral é definida como qualquer conduta que cause dano à personalidade, à dignidade, ameaçando o seu emprego ou degradando o ambiente de trabalho, como por exemplo, o abuso verbal, a intimidação, o assédio e as ameaças (OIT et al., 2002).

A OIT (2002) define ainda alguns termos mais utilizados da seguinte forma:

- **Agressão física:** uso da força física com intenção de produzir danos físicos à outra pessoa inclui bater, pontapear, esbofetar, esfaquear, alvejar, empurrar, morder e beliscar.

- **Ameaça/agressão verbal:** comportamento que humilha, degrada ou indica uma falta de respeito pela dignidade e valor de uma pessoa. É a comunicação por palavras, tom ou postura que rebaixa, ameaça, acusa ou desrespeita.
- **Discriminação:** qualquer conduta ameaçadora baseada na raça, cor, linguagem, nacionalidade, religião, opção sexual ou outra característica que não é desejada e que ameace a dignidade.
- **Assédio sexual:** conduta indesejada de caráter sexual, não recíproco e mal recebido que resulta em atitude ofensiva, causa na outra pessoa sentimento de humilhação, ameaça e vergonha e cria um ambiente de trabalho hostil.
- **Assédio moral:** comportamento ofensivo, repetido e prolongado no tempo, com tentativas vingativas, cruéis ou maliciosas de isolar, desqualificar, desacreditar e induzir ao erro, como por exemplo: dar tarefas vexatórias, recusar a comunicação direta e abusar do poder devido à hierarquia.

O assédio moral, também é denominado de *mobbing*, derivado do verbo em inglês *to mob*, que significa assediar, cercar, agredir e atacar, compara-se, por analogia, às agressões praticadas por animais, que agem com o intuito de isolar a vítima. Trata-se de uma síndrome psicossocial multidimensional que se manifesta por um conjunto de sintomas físicos e psíquicos específicos facilmente diagnosticáveis, pois afeta o trabalhador, a equipe de trabalho e a instituição, com repercussões em todos os níveis hierárquicos, e produz disfunções individuais e coletivas. O *mobbing* é caracterizado por uma comunicação hostil e antiética dirigida de forma sistemática por um ou mais indivíduos, em direção a um indivíduo ou um grupo, que adota uma posição impotente e indefesa. Essas ações caracterizam-se por ocorrerem frequentemente, e durante um longo período de tempo com duração mínima de seis meses (GUIMARÃES; RIMOLI, 2006).

Segundo o *National Institute for Occupational Health*, a violência relacionada ao trabalho pode ser classificada em (NIOSH, 2002):

- **Violência externa:** onde o autor não pertence à instituição, como por exemplo, a violência ocorrida nas ruas e provocada por desconhecido.

Ressalta-se que os trabalhadores de saúde que atuam em áreas periféricas apresentam maior risco de sofrerem esse tipo de violência;

- **Violência provocada pelo cliente:** ocorre dentro do estabelecimento de trabalho. Os trabalhadores de saúde que lidam com uma clientela diversificada no qual inclui pacientes psiquiátricos, dementes, delinquentes, drogados, embriagados e os familiares dos pacientes que podem se tornar agressivos com os trabalhadores, principalmente em caso de morte de algum dos familiares;
- **Violência interna:** ocorre entre trabalhadores de uma instituição, e os autores são os colegas de trabalho ou a chefia.

Assim, percebe-se que a diversidade de conceitos e formas de violência apresentadas na literatura reafirma a complexidade do fenômeno e a dificuldade em delimitar o tema.

1.3 A VIOLÊNCIA RELACIONADA AO TRABALHO E SUAS CONSEQUÊNCIAS

A violência relacionada ao trabalho, tanto física quanto psicológica, tornou-se um problema mundial que atravessa fronteiras, afeta a dignidade de milhões de pessoas como forma de desigualdade, discriminação e conflitos. O setor de saúde é responsável por 25% das situações de violência, quando comparados aos outros ambientes de trabalho. Os agressores geralmente são pacientes ou visitantes, porém os colegas de trabalho e a chefia também são citados como responsáveis por situações de violência no trabalho (OIT et al., 2002).

Em Porto Alegre (RS), o estudo sobre o risco de exposição à agressão que os trabalhadores da ESF estavam submetidos indica como fatores predisponentes para violência relacionada ao trabalho: a estrutura física inadequada dos serviços de saúde e a deficiência de recursos humanos. A aglomeração física aumenta o contato físico entre usuários e trabalhadores e a deficiência na estruturação do ambiente, como regras indefinidas e tempo livre excessivo para os pacientes e com demasiada estimulação visual e auditiva (KAISER; BIANCH, 2008).

Vale lembrar que a singularidade da proposta da ESF prioriza ações em áreas com maiores índices de violência e risco social, exige o contato direto entre os usuários e a equipe de saúde em ambientes abertos ou na residência dos usuários.

Dessa forma, aumenta a vulnerabilidade do trabalhador às situações de violência (COTTA et al., 2006; LANCMAN et al., 2009; CARDOSO; NASCIMENTO, 2010).

A violência relacionada ao trabalho sofrida pelos trabalhadores das equipes de saúde da família é expressa pelo medo da exposição, ameaça à integridade e temor de represálias por parte da comunidade. Estas situações podem despertar nos trabalhadores sentimentos de impotência frente às situações de precariedade, de solidão e de maior vulnerabilidade social no local de trabalho (LANCMAN et al., 2009).

Ainda, a violência relacionada ao trabalho causa uma ruptura nos relacionamentos interpessoais, desagrega o ambiente de trabalho como um todo e gera custos aos serviços de saúde. Os custos podem ser diretos, indiretos e intangíveis. Os diretos são os efeitos colaterais como: os acidentes, as enfermidades, a invalidez, a morte e a rotatividade dos trabalhadores. Os indiretos incluem: menor desempenho no trabalho, menor qualidade dos produtos ou dos serviços e produção mais lenta. E, os custos intangíveis são: os danos à imagem de uma organização, a menor motivação e moral mais baixa, a menor lealdade para com a organização, os níveis mais baixos de criatividade e um ambiente menos condutivo ao trabalho (OMS, 2002).

As principais consequências de situações de violência relacionada ao trabalho para as organizações envolvem o aumento do absenteísmo, diminuição da produtividade e competitividade organizacional, *déficit* na qualidade de produtos e serviços, deterioração da imagem da empresa e sanções econômicas (FERREIRA, 2007). E, o custo anual estimado para os empregadores na área de saúde gasto com casos de violência no trabalho é aproximadamente de 1,9 milhões de dólares (MCGOVERN et al., 2000).

Vários fatores podem contribuir para a ocorrência de violência relacionada ao trabalho: aspectos pessoais do trabalhador, como o nível de escolaridade, função que exerce, tempo de serviço e aspectos relacionados ao ambiente de trabalho como: recursos humanos e materiais, o nível de segurança nas unidades, iluminação, disponibilidade de objetos passíveis de roubo, relacionamento interpessoal da equipe multiprofissional, inexistência de sistema de alarme e guardas, além de características relacionadas à população atendida (SANTOS JÚNIOR; DIAS, 2004).

Dessa forma, os fatores de risco para a violência relacionada ao trabalho incluem trabalhar diretamente com usuários sob influência de drogas ou álcool, ou com histórico de violência e diagnósticos de doenças psíquicas, longas filas de espera por atendimento em salas desconfortáveis e superlotadas, más condições do ambiente de trabalho; como a iluminação deficiente, o movimento irrestrito do público, a falta de treinamento de pessoal e a falta de políticas de prevenção sobre como lidar com situações violentas (NIOSH, 2002).

A OIT, por meio de um estudo realizado em 36 países, constatou que a agressão psicológica, como intimidação e perseguição sem contato físico, é a forma mais grave de violência, e, a Argentina, Canadá, França e Romênia são os países com o maior número de registros de casos de violência relacionada ao trabalho. Os trabalhadores mais acometidos são: professores, assistentes sociais, enfermeiros e técnicos de enfermagem, bancários e comerciantes (OIT, 2003).

Os trabalhadores de saúde são os profissionais com maior risco de submeterem-se às situações de violência, sendo 16 vezes maior o risco quando comparado aos profissionais de outras áreas, e a enfermagem é a categoria profissional na saúde mais atingida pela violência no trabalho e a que produz maiores gastos (MCGOVERN et al., 2000; CEZAR; MARZIALE, 2006; ERIKSEN; THAMBS; KNARDHAL, 2006; BAGGIO, 2007; ESMAEILPOUR; SALSALI; AHMADI, 2011).

Quando se trata da equipe de enfermagem, a hierarquia e a solidariedade são aspectos fundamentais que diminuem a exposição à violência. A manutenção de uma equipe unida liderada por uma hierarquia presente e efetiva se torna essencial para encontrar barreiras de proteção à violência e a manutenção da saúde mental dos profissionais de saúde (BARBOSA, 2011).

No contexto da ESF, os enfermeiros lidam com dificuldades no cotidiano do trabalho como: necessidade de acompanhamento de um número excessivo de famílias, suporte organizacional insuficiente, pressões advindas de demandas insatisfeitas dos usuários. Dessa forma, o processo de trabalho torna-se uma sobreposição da assistência e administração das unidades de saúde, podendo causar sobrecarga, gerando ansiedade, impotência, frustração e sentimento de ser injustiçada na divisão de tarefas na equipe (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2010).

As exposições aos conflitos, às ameaças e às situações de violência foram significativamente associadas ao sofrimento psíquico dos auxiliares de enfermagem da Noruega. Fatores como plantões noturnos, excessiva carga horária de trabalho, expressiva demanda de pacientes, esforço dispensado em atividades, como o transporte de pacientes, desgaste psicológico e participação em decisões, explicam parte do sofrimento psicológico. Assim, torna-se indispensável a implementação de medidas de proteção contra os pacientes violentos e de apoio e terapia para as vítimas de violência (ERIKSEN; TAMBS; KNARDHAL, 2006).

Os agentes comunitários de saúde também sofrem transtornos mentais relacionado ao trabalho. A exaustão emocional, despersonalização e decepção são as três dimensões do esgotamento profissional que acometem os ACS. Existe uma elevada frequência de casos de transtornos mentais comuns associados ao trabalho dos agentes (SILVA; MENEZES, 2008). Da mesma forma, os médicos sofrem de estresse laboral e um dos principais fatores de estresse para essa população é a falta de confiança, devido à inexperiência. Foram identificados como resposta cognitiva ao estresse os sentimentos de ansiedade, medo, culpa e raiva (SATTERFIELD; BECERRA, 2011).

As situações de humilhação e de constrangimento no trabalho, denominadas de assédio moral, começaram a ser reconhecidas por se tornarem causadoras de danos sobre a saúde física e psicológica dos trabalhadores. Como por exemplo: crises de choro, dores generalizadas, palpitações e tremores, sentimentos de inutilidade, insônia ou sonolência excessiva, depressão e diminuição da libido (MACIEL et al., 2007; MORENO et al., 2010).

A experiência real do desemprego e a falta de oportunidade de competição no mercado de trabalho exigente tornaram-se uma violência para os trabalhadores urbanos brasileiros. Embora não exista uma relação direta entre desemprego e delinquência, pode-se afirmar que existe uma associação no mercado formal e legal de trabalho com o crescente processo de exclusão social e o aumento da violência (SOUZA; MINAYO, 2005).

Aliados ao desemprego, a pobreza e a exclusão social são fatores importantes que contribuem para um clima de frustração, ressentimento e competição entre os profissionais de saúde e a população atendida. Esse contexto favorece atitudes como a violência verbal, física e atos de agressão contra os trabalhadores de saúde (MAGIN et al., 2008).

Portanto, definir as condições de trabalho, o conceito de violência, delimitar os tipos de violência e estabelecer nexos causais entre violência e trabalho são dificuldades encontradas para os pesquisadores em saúde. Essas barreiras acentuam-se quando o trabalho é realizado em ambientes abertos, como por exemplo, na rua, onde a distinção entre local de trabalho e trajeto é difícil, como é o caso dos trabalhadores das equipes de saúde da família (OMS, 2002; LANCMAN et al., 2009).

E ainda, diante dos altos índices de violência relacionada ao trabalho, as condições a que os trabalhadores das equipes de saúde da família estão expostos, as relações de trabalho insatisfatórias e a singularidade da proposta da ESF, que é dar cobertura prioritária às áreas de maior vulnerabilidade social, criam um contexto que necessita de investigações a fim de propiciar embasamento científico para o desenvolvimento de intervenções no combate à violência.

1.3.1 Subnotificação de casos de violência relacionada ao trabalho

No Brasil, existe uma grande dificuldade em notificar os casos de violência relacionada ao trabalho. As únicas referências sistematizadas que existem para se estimar as dimensões da violência que sofre a população trabalhadora são as Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT). Para os acidentes fatais, conta-se com o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e, para o conjunto dos acidentes, os registros do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) da Previdência Social, enquanto instância seguradora para registro e pagamento de benefícios aos dependentes do acidentado (SOUZA; MINAYO, 2005).

As Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT) são fontes oficiais de informação para o estudo de acidentes e violências e são utilizadas em todo o território nacional, para comunicar à Previdência Social a ocorrência dos acidentes de trabalho. Tanto o empregado, quanto o empregador, o sindicato, ou o profissional de saúde que atende o acidentado podem preencher a CAT. Entretanto, existem subnotificações dos acidentes de trabalho, por motivos variados, inclusive o temor em perder o emprego, represália ou punição por ter-se acidentado e o descaso do empregador (ROBAZZI et al., 2006).

Além das comunicações de acidente de trabalho (CAT), os boletins de ocorrência policial (BO) e as anotações de enfermagem em prontuário de pacientes

ou em livro de ocorrências são fontes não oficiais para a notificação de violência relacionada ao trabalho. Porém, não retratam a verdadeira dimensão do problema, uma vez que pelas comunicações de acidente de trabalho só seriam registrados as agressões físicas, os boletins de ocorrência e anotações nem sempre são realizadas, uma vez que muitos não relatam a experiência sofrida, pois acreditam na naturalidade do fenômeno da violência (MORENO, 2004; ROBAZZI et al., 2006).

As subnotificações evidenciam o despreparo dos gestores quanto ao enfrentamento da violência. A formação de gestores dos estabelecimentos de saúde preocupados com a organização e a dinâmica do serviço a fim de melhorar o acesso e o acolhimento dos usuários viabiliza a prevenção de situações de violência no trabalho. Ainda, a melhoria das condições de trabalho com adequado dimensionamento de recursos humanos, a capacitação dos trabalhadores para o enfrentamento de situações de violência, o aperfeiçoamento do ambiente de trabalho, a implementação de equipes multiprofissionais treinadas para orientar e dar suporte às pessoas afetadas por esse fenômeno e a criação de protocolos de registro de violência no trabalho são formas de prevenção e controle desse fenômeno (SANTOS et al., 2011a).

O Brasil tem promovido e financiado vários projetos e políticas visando o combate a violência. Dentre elas, destacam-se a Rede Nacional de Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, Agenda Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e Violências e Projeto Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela – VIVA (BRASIL, 2009).

A Rede Nacional de Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde implantou 60 Núcleos formados por instituições municipais, estaduais, acadêmicas que tem o objetivo de articular e coordenar ações intersetoriais promotoras de saúde e da cultura da paz no âmbito local. A Agenda Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e Violências definiu prioridades e metas de prevenção das violências e acidentes a serem seguidos nos três níveis de gestão. E o Projeto VIVA foi criado para implantar fichas de notificação da violência doméstica, sexual, outras violências interpessoais e autoprovocadas, assim como para a vigilância de acidentes, visando a melhoraria da qualidade das informações sobre violências, proporcionando um conhecimento melhor da magnitude e natureza das violências, e do perfil da vítima e do agressor (BRASIL, 2009).

Apesar dos vários esforços no combate a violência, especialmente, a relacionada ao trabalho é imprescindível a necessidade de novos estudos que favoreçam a compreensão do fenômeno e sugiram formas de enfrentamento.

2 JUSTIFICATIVA

A violência se manifesta de diferentes formas e acomete diversos grupos de trabalhadores, razão pela qual se torna difícil a sua apreensão e definição. Discutir a questão da violência requer um aprendizado constante e o desenvolvimento da consciência crítica e reflexiva dos trabalhadores sobre o impacto das relações de trabalho insatisfatórias com os colegas de trabalho, chefia e clientes/usuários e a sua própria saúde.

A violência relacionada ao trabalho atinge os trabalhadores de saúde causando danos físicos e psicológicos. No contexto da ESF revelam-se duas dimensões de atuação profissional que predispõe os trabalhadores às situações de violência: **política** e **técnica**. No componente político, ressalta-se a composição da equipe que deve ser composta por profissionais capazes de conduzir a reorientação da concepção e do modelo de atenção à saúde, baseada na cidadania e na transformação social. Já o componente técnico se relaciona ao atendimento às pessoas e famílias com o objetivo de prevenir agravos ou monitorar de grupos ou problemas específicos (SANTOS, 2007).

Além dessas dimensões, devem ser considerados outros componentes como a singularidade da proposta da ESF, ou seja, dar cobertura prioritária às áreas de maior risco social e manter um contato direto entre os integrantes das equipes de saúde da família e a população atendida. Vale ressaltar que uma das atividades das equipes é realizar visitas domiciliares aos usuários, que certamente eleva o risco de exposição dos trabalhadores com a questão da violência relacionada ao trabalho (COSTENARO; LACERDA; FERREIRA, 2008; KAISER; BIANCHI, 2008; LANCMAN et al., 2009).

Dessa forma, partiu-se do pressuposto de que trabalhadores das equipes de saúde da família vivenciam na sua prática cotidiana, situações de violência por atuarem em comunidades com maior risco de vulnerabilidade social. Pressupõe-se também, que a maioria dos trabalhadores já tenha sofrido algum tipo de violência e, talvez por esta razão, eles podem se sentir inseguros no ambiente de trabalho.

Ao considerar esses aspectos e o pequeno número de estudos que abarcam esta temática, a da violência relacionada ao trabalho, a realização da presente investigação busca informações que favoreçam a construção de novas propostas para a prevenção da violência e contribuam para o planejamento de um ambiente

mais seguro para os trabalhadores das equipes de saúde, além da sua relevância científica e social para o bem estar dos trabalhadores.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Descrever a violência relacionada ao trabalho dos trabalhadores das equipes de saúde da família, do município de Uberaba/MG, 2011.

3.2 ESPECÍFICOS

1. Descrever o perfil sociodemográfico dos trabalhadores das equipes de saúde da família.
2. Identificar os tipos de violência relacionada ao trabalho das equipes de saúde da família.
3. Identificar a segurança existente no ambiente de trabalho e os fatores que influenciam na sua manutenção.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e com abordagem quantitativa. O estudo descritivo retrata as características dos indivíduos no grupo, descreve um fato, problema ou fenômeno, sem a interferência do pesquisador. Pode ainda, estabelecer relações entre as variáveis e, nesse caso, denomina-se estudo descritivo correlacional. A pesquisa quantitativa ampara-se na investigação de fatos com variáveis submetidas à mensuração, e os resultados obtidos são expressos numericamente e, os estudos caracterizados transversais são aqueles onde as medições são feitas em um único período de tempo (MEDRONHO et al., 2009).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

Este estudo foi realizado em Uberaba - MG, município de médio porte localizado na região do Triângulo Mineiro e do Alto Paranaíba, do Estado de Minas Gerais. A população de Uberaba é constituída por 295.988 habitantes, e 51,19% são do sexo feminino. Trata-se de um município com extensa área territorial e cuja densidade demográfica é de 65,43 hab./km² (IBGE, 2009).

O município de Uberaba está localizado na Macrorregião do Triângulo Sul sendo cidade-pólo regional de saúde de 27 municípios: Água Comprida, Araxá, Campo Florido, Campos Altos, Carneirinho, Comendador Gomes, Conceição das Alagoas, Conquista, Delta, Fronteira, Frutal, Ibiá, Itapagipe, Iturama, Limeira do Oeste, Pedrinópolis, Perdizes, Pirajuba, Planura, Pratinha, Sacramento, Santa Juliana, São Francisco de Sales, Tapira, União de Minas, Veríssimo e Uberaba (Figura 2).

Figura 2 - Mapa da macrorregião do Triângulo Sul, Minas Gerais, 2011.



Fonte: IBGE (2010).

Para o reordenamento da atenção primária de saúde de Uberaba, em 2008, o município foi dividido em três distritos sanitários. Em 2011, o Distrito Sanitário I contabilizava nove unidades de saúde e abrigava 18 equipes de saúde da família, o Distrito Sanitário II possuía oito unidades de saúde com 11 equipes de saúde da família e o Distrito Sanitário III contava com sete unidades de saúde e 13 equipes de saúde da família, e oito equipes de saúde da família situadas na zona rural do município. No ano de 2011, a ESF era composta por 50 equipes oferecendo uma cobertura populacional de 51,9%. Na zona urbana, beneficiava 35.076 famílias, e acompanhava 148.715 pessoas, com manutenção de 32 unidades de saúde básica (BRASIL, 2010).

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

O universo deste estudo era constituído de 450 trabalhadores das equipes de saúde da família (enfermeiros, médicos, auxiliares/técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e auxiliares de saúde bucal), das 42 (84%) equipes de saúde da família alocadas em 32 unidades de saúde da área urbana. Ressalta-se que dos 450 trabalhadores, 178 não responderam o questionário e 39 estavam em períodos de férias, licença ou estavam ausentes no dia da aplicação do questionário. A população deste estudo foi constituída por 233 trabalhadores.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para o alcance dos objetivos desta pesquisa, elaborou-se um instrumento de coleta de dados, tendo como base o estudo realizado por Cezar (2005) em um serviço de urgência hospitalar da cidade de Londrina (PR).

O roteiro utilizado por Cezar (2005) foi elaborado tendo como base o *Workplace Violence Checklist*, no qual continha perguntas abertas e fechadas, relativas à caracterização dos trabalhadores, identificação dos fatores de risco, formas de violência sofrida e medidas de controle utilizadas para combater as situações de violência relacionada ao trabalho.

O *Workplace Violence Checklist* foi criado pela *Occupational Safety and Health Administration* (OSHA) para identificar problemas potenciais de violência relacionada ao trabalho. Esse instrumento integra um programa de prevenção de violência e contém seis etapas, citadas a seguir (UNITED STATES, 2004):

- A primeira contém questões acerca da relação organizacional e avalia o compromisso dos gestores e o envolvimento dos funcionários em identificar os riscos de violência no ambiente de trabalho;
- A segunda analisa os registros de violência no local de trabalho e utiliza esses dados para verificar a existência de tendências entre os incidentes e apontar os principais fatores que contribuem para a violência;
- A terceira identifica os fatores de risco no ambiente para a ocorrência da violência e aborda questões gerais sobre a segurança do ambiente físico e o sentimento de segurança dos trabalhadores no local de trabalho e no trajeto para casa;
- A quarta avalia a influência das atividades diárias e identifica pacientes com histórico de violência;
- A quinta verifica a responsabilidade do empregador quanto ao tratamento fornecido aos trabalhadores vítimas de violência, a assistência médica e/ou psicológica oferecida;
- A sexta identifica a existência de um programa de prevenção e treinamento sobre como lidar com situações de violência e se existe uma rotina de registro de todos incidentes e envolvimento com comportamentos agressivos.

Com vistas ao alcance dos objetivos desta pesquisa, e levando em consideração as peculiaridades das equipes de saúde da família do município de Uberaba-MG, tomou-se como base, para a elaboração do instrumento de coleta de dados: a terceira etapa (buscar os dados sobre a segurança no ambiente de trabalho e no trajeto para a casa), a quinta etapa (identificar a responsabilidade do empregador e assistência prestada aos trabalhadores vítimas de violência) e a sexta etapa (verificar a existência de programas de prevenção/ orientação/treinamento para os trabalhadores, e a existência de registros de violência).

O instrumento de coleta de dados do presente estudo foi subdividido em três partes: dados sociodemográficos, violência relacionada ao trabalho e segurança no trabalho (APÊNDICE A).

Efetou-se um estudo-piloto em uma unidade de saúde de Uberaba, que contou com a participação de vinte e um profissionais que atuam nas equipes de saúde da família (três médicos, três enfermeiros, três auxiliares/técnicos de enfermagem, três dentistas, três auxiliares de saúde bucal e seis agentes comunitários de saúde). Os participantes desta etapa foram incluídos no estudo, uma vez que não houve necessidade de realizar modificações no instrumento de coleta de dados.

4.5 COLETA DE DADOS

O agendamento para a coleta de dados deu-se após o envio da lista nominal de todos os integrantes da ESF pela Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba.

A coleta de dados foi realizada de fevereiro a julho de 2011. O questionário foi respondido pelos trabalhadores, nas respectivas unidades de saúde da família. Os participantes responderam o questionário somente após o esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa, e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Uma cópia do termo foi entregue ao participante e a outra será arquivada por um período de cinco anos.

Utilizou-se como estratégia de participação, a realização da coleta de dados individual e simultânea para todos os profissionais, em cada unidade, em data previamente estabelecida para evitar trocas e dirimir desvios de informação durante a obtenção dos dados.

4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Todos os dados coletados foram digitados em dupla entrada, por dois digitadores, para identificação e, posterior correção de possíveis erros de digitação. Construiu-se um banco de dados, via programa *Microsoft Excel*®. Como forma de segurança, todos os dados foram armazenados em dois arquivos diferentes, e as discordâncias na digitação foram corrigidas.

Para fins de análise, todos os dados foram transportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 16.0, onde foi realizado o dicionário de dados com a codificação e a análise estatística.

Para alcance do objetivo 1 – “Descrever o perfil sociodemográfico dos trabalhadores das equipes de saúde da família”- foram realizadas análises exploratórias descritivas das variáveis (sexo, idade, raça/cor da pele, estado civil, escolaridade, função exercida na ESF, tempo de serviço e se tinha outro emprego além da atuação na ESF).

Para o objetivo 2 – “Identificar os tipos de violência relacionada ao trabalho das equipes de saúde da família” – analisou-se por meio de frequências absolutas e percentuais a ocorrência ou não de violência e tipos de violência que os trabalhadores foram submetidos (violência física; ameaça/agressão verbal, assédio moral, assédio sexual, discriminação, roubo durante o trajeto para o local de trabalho, roubo no local de trabalho, acidentes de trânsito durante o trajeto para o local de trabalho e competição entre os colegas). Dentre as situações de violência relatadas, os trabalhadores escolheram uma como sendo a violência considerada de maior gravidade. Para verificar associação entre a função exercida e vítima de violência foi calculado razão de prevalência com intervalo de confiança de 95%. Foram utilizados os testes Qui-quadrado e Exato de Fisher. O teste Exato de Fisher foi utilizado para amostras menores que cinco, pois produz menos erro em relação ao teste Qui-quadrado.

Para o objetivo 3 – “Identificar a segurança existente no ambiente de trabalho e os fatores que influenciam na sua manutenção” – foram realizadas análises exploratórias descritivas das variáveis (sentimento de segurança no ambiente de trabalho e os fatores que contribuíram para a ocorrência de violência nas equipes de saúde da família, como pacientes violentos, colegas de trabalho violentos, chefes

violentos, disponibilidade de objetos de roubos tais como medicamentos, dinheiro, equipamentos, falta de pessoal treinado para lidar com situações violentas, equipe com escassez de trabalhadores, sobrecarga de pacientes atendidos, mau atendimento tornando-se fonte de revolta dos pacientes, filas de espera longas, áreas próximas ao local de trabalho com iluminação deficiente, recurso de equipamentos e materiais insuficientes e inadequados; ambiente estressante do ponto de vista da carga mental do trabalho; e do ponto de vista da carga física do trabalho). Para mensurar a segurança no ambiente de trabalho foi utilizada uma escala de 0 a 10, onde 0 é o nível mínimo de segurança e 10 o máximo de segurança. E, para verificar associação entre a função exercida e sentimento de segurança no ambiente de trabalho foi calculado razão de prevalência com intervalo de confiança de 95%. Foram utilizados os testes Qui-quadrado e Exato de Fisher.

A discussão dos resultados teve por base a literatura sobre a questão da violência relacionada ao trabalho.

A realização deste estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UFTM, protocolo 1851.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Em 2011, o município de Uberaba-MG agregava 450 trabalhadores das equipes de saúde da família (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de saúde bucal, dentistas e agentes comunitários de saúde). Desses, participaram do estudo 233 (51,7%) trabalhadores, sendo 87 (37,3%) do Distrito Sanitário I, 81 (34,8%) no Distrito Sanitário II e 65 (27,9%) no Distrito Sanitário III.

Quanto à função que os trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberaba exerciam, 162 (69,5%) eram agentes comunitários de saúde, 27 (11,6%) enfermeiros, 20 (8,6%) técnicos em enfermagem, 10 (4,3%) médicos, 7 (3%) dentistas e 7 (3%) auxiliares de saúde bucal (Tabela 1).

A maioria (90,1%) dos trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberaba eram mulheres, (59,2%) de cor branca e (39,9%) casadas. Quanto à quantidade de anos de estudo, (63,5%) tinham de 9 a 11 anos de estudo e (33,5%) possuíam 12 anos ou mais, e apenas (3%) deles não haviam concluído o ensino médio. E, 37,8% trabalhadores, cursavam ou já haviam concluído graduação. Dentre os cursos estavam: Medicina, Enfermagem, Odontologia, Licenciatura em Química, Ciências Sociais, Administração, Pedagogia, Ciências Biológicas, Direito, Psicologia, Fisioterapia, Engenharia de Produção e Química. Estes dados evidenciam a busca dos trabalhadores em se qualificarem, visando melhores empregos, salários e maior satisfação profissional (Tabela 1).

Em relação ao tempo de serviço dos trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberaba, no cargo em exercício observou-se que 41,6% tinham mais de três anos, e 87,1% não possuíam outro vínculo empregatício, sendo que os técnicos de enfermagem foram os trabalhadores que proporcionalmente mais possuíam outra fonte de renda (N=12; 60%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família segundo gênero, raça, estado civil, anos de estudo, ensino superior, pós-graduação, função exercida, tempo de serviço e outro emprego. Uberaba/MG, 2011.

Variáveis	N	%
Gênero		
Feminino	210	90,1
Masculino	23	9,9
Raça/Cor		
Branca	138	59,2
Preta	33	14,2
Amarela	5	2,1
Parda	57	24,5
Estado civil		
Solteiro	83	35,6
Casado	93	39,9
Viúvo	3	1,3
Separado	17	7,3
União Estável	37	15,9
Anos de estudo		
5 a 8 anos	7	3,0
9 a 11 anos	148	63,5
12 anos ou mais	78	33,5
Ensino Superior		
Completo	44	18,9
Incompleto	56	24,0
Não possui	133	57,1
Pós-Graduação		
Sim	37	15,9
Não	196	84,1
Função exercida		
Médico	10	4,3
Enfermeiro	27	11,6
Técnico de enfermagem	20	8,6
ACS	162	69,5
Dentista	7	3,0
ASB	7	3,0
Tempo de serviço		
Menor que 6 meses	27	11,6
6 meses a 1 ano	65	27,9
1 ano a 3 anos	44	18,9
Mais de 3 anos	97	41,6
Outro emprego		
Sim	30	12,9
Não	203	87,1

Legenda: ACS= Agente comunitário de saúde; ASB= auxiliar de saúde bucal

O fato de alguns trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberaba, em especial, os técnicos de enfermagem, ter outro vínculo de trabalho pode dificultar a permanência destes profissionais na ESF, quer seja pelo fato de terem contratos de trabalho com tempo determinado, ter que atuar em locais de maior vulnerabilidade social, bem como pela distância entre o local de trabalho e residência.

A idade dos trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberaba variou de 19 a 64 anos, e a média foi de 36,9 anos (DP=11,46). A variação da idade

foi maior em agentes comunitários de saúde (DP=12,28), e a média de idade maior foi entre os dentistas.

No grupo de enfermeiros das equipes de saúde da família de Uberaba, a maioria 26 (96,3%) eram mulheres, 21 (77,8%) da cor branca, 13 (48,1%) solteiros, 27 (100%) tinham 12 ou mais anos de estudo, 24 (88,9%) concluíram ou estavam cursando pós-graduação, 13 (48,1%) estavam vinculados ao emprego há mais de 3 anos e 23 (96,3%) não possuíam outro vínculo empregatício (Tabela 2). No que se refere ao predomínio de solteiros, pode ser que os trabalhadores mais jovens estejam assumindo outras formas de união, entre elas a união estável.

Dentre os ACS das equipes de saúde da família de Uberaba, 145 (89,5%) eram mulheres, 84 (51,8%) da cor branca, 68 (42%) casados, 133 (82,1%) possuíam de 9 a 11 anos de estudo, 62 (38,3%) estavam vinculados ao cargo entre seis meses a um ano, 155 (95,7%) não possuíam outro vínculo empregatício, 9 (5,6%) possuíam ensino superior completo e 28 (17,3%) estavam cursando graduação (Tabela 2).

Nos últimos anos a mulher está cada vez mais presente no mercado de trabalho. Estudo realizado com trabalhadores das unidades básicas de saúde de 41 municípios do Nordeste e do Sul do Brasil demonstrou que 81% eram mulheres, com média de idade de 37 anos no Sul e 38 anos no Nordeste, e a maior proporção de trabalhadores se concentrou no grupo etário de 31 a 45 anos. Revelou ainda que, aproximadamente 70% dos pesquisados não tinham outro emprego, e 48% estavam vinculados ao emprego há mais de dois anos (TOMASI et al., 2008).

Tabela 2 - Distribuição dos enfermeiros e ACS das equipes de saúde da família segundo gênero, raça, estado civil, anos de estudo, tempo de serviço e outro emprego. Uberaba/MG, 2011.

Variáveis	Enfermeiro N(%)	ACS N(%)
Gênero		
Feminino	26 (96,3)	145(89,5)
Masculino	1(3,7)	17(10,5)
Raça/Cor		
Branca	21(77,8)	84(51,8)
Preta	1(3,7)	27(16,7)
Amarela	1(3,7)	4(2,4)
Parda	4(14,8)	47(29,1)
Estado civil		
Solteiro	13(48,1)	52(32,1)
Casado	8(29,6)	68(42)
Viúvo	-	2(1,2)
Separado	4(14,8)	10(6,2)
União Estável	2(7,5)	30(18,5)
Anos de estudo		
5 a 8 anos	-	7(4,3)
9 a 11 anos	-	133(82,1)
12 anos ou mais	27(100)	22(13,6)
Tempo de serviço		
Menor que 6 meses	3(11,2)	17(10,5)
6 meses a 1 ano	2(7,4)	62(38,3)
1 ano a 3 anos	8(29,6)	22(13,6)
Mais de 3 anos	14(51,8)	61(37,6)
Outro emprego		
Sim	4(3,7)	7(4,3)
Não	23(96,3)	155(95,7)

Legenda: ACS= Agente comunitário de saúde

De forma semelhante, no Ceará, entre os trabalhadores das equipes de Saúde da Família, a maioria eram mulheres e 74% dos ACS trabalhavam exclusivamente na unidade básica de saúde, em contrapartida, somente 2,3% dos médicos relataram terem somente um vínculo empregatício (PINTO; MENEZES; VILLA, 2010).

Esses dados corroboram com os dados sociodemográficos dos trabalhadores das equipes saúde da família de Uberaba, quanto à faixa etária, sexo e exclusividade de emprego.

Com relação aos trabalhadores de enfermagem, em Piauí, enfermeiros atuantes nas equipes de saúde da família estavam na faixa etária de 31 a 40 anos e 87,7 % eram mulheres. Desses, 83,3% possuíam outro emprego e o tempo de vínculo no cargo em que ocupava foi de um a três anos (ROCHA; ZEITOUNE, 2007). Em outro estudo, o de Mato Grosso, o perfil dos médicos e enfermeiros da

ESF em sua maioria eram mulheres, com media de idade de 36 anos e casados (CANESQUI; SPINELLI, 2006).

Da mesma forma, os enfermeiros das equipes de saúde da família de Uberaba, em sua maioria, eram mulheres e casadas, entretanto houve diferenças quanto ao fato de ter outro vínculo empregatício e tempo de vínculo no cargo em que ocupava, pois os enfermeiros de Uberaba, em sua grande maioria não tinham outro emprego e o tempo na função exercida foi menor do que o encontrado na literatura.

Os agentes comunitários de saúde representavam a maior parcela da população de trabalhadores nas equipes de saúde da família de Uberaba. No estado de São Paulo, verificou-se que a maioria dos ACS eram mulheres, com idade entre 30 a 39 anos, com o ensino médio completo, e 21,1% estavam cursando ensino superior (SANTOS et al., 2011b). Os ACS, em sua maioria, também eram mulheres e possuíam de 9 a 11 anos de estudo, e, um expressivo percentual de ACS que cursavam o ensino superior completo reafirmou a preocupação dos mesmos em se qualificarem em busca de melhores salários.

Um aspecto importante no perfil dos trabalhadores das equipes de saúde da família é a formação de vínculo com a comunidade proporcionando melhor desempenho das atividades propostas. O índice de rotatividade de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família é elevado, entretanto, os enfermeiros mostram tendência à estabilização no emprego o que pode ser devido a oportunidade de prestar concursos públicos. Ressalta-se ainda que, existe um aumento significativo de trabalhadores que deixam de trabalhar na ESF e optam por atividades na iniciativa privada (MEDEIROS et al., 2010).

5.2 VIOLÊNCIA RELACIONADA AO TRABALHO

Dos 233 trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberaba, 90 (39,6%) sofreram violência relacionada ao trabalho, 6 (2,5%) não responderam, 1 (0,4%) afirmou não se lembrar. Dentre os 90 trabalhadores que já haviam sido vítimas de violência relacionada ao trabalho, nos últimos 12 meses, 5 (5,6%) eram médicos, 15 (16,7%) enfermeiros, 12 (13,3%) técnicos de enfermagem, 54 (60%) agentes comunitário de saúde, 3 (3,3%) dentistas e 1 (1,1%) auxiliar de saúde bucal (Tabela 3).

Proporcionalmente, quanto à função exercida dos trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberaba, 50% (n=5) do total de médicos participantes da pesquisa afirmaram terem sido vítimas de violência relacionada ao trabalho, 55,5% (n=15) dos enfermeiros, 60% (n=12) dos técnicos de enfermagem, 34,8% (n=34) dos ACS, 42,8% (n=3) dos dentistas e 14,2% (n=1) dos auxiliares de saúde bucal. Em termos percentuais a categoria mais acometida foram os trabalhadores de enfermagem.

Dos trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberaba que foram vítimas de violência relacionada ao trabalho, a maioria 77 (85,5%) eram mulheres, 55 (61,1%) brancos, 35 (38,9%) casados, 53 (58,9%) tinham 9 a 11 anos de estudos, 53 (58,9%) não possuíam ensino superior, 73 (81,1%) não possuíam pós-graduação, 44 (48,9%) tinham três ou mais anos de tempo de serviço no cargo que ocupam e 73 (81,1%) deles não possuíam outro vínculo empregatício. A média de idade foi de 35,3 anos (DP=12,5), e a idade variou de 19 a 61 anos. A variação da idade foi maior entre os agentes comunitários de saúde (DP=14,5) e a média de idade maior foi entre os dentistas. A maioria dos trabalhadores que vivenciaram situações violentas no ambiente de trabalho foram os ACS, sendo 40 (60%) das vítimas de violência relacionada ao trabalho (Tabela 3).

Dos 15 enfermeiros das equipes de saúde da família de Uberaba vítimas de violência relacionada ao trabalho, 14 (93,3%) eram mulheres, 6 (40%) eram casados, 11 (73,3%) da cor branca, 9 (60%) possuíam três ou mais anos no cargo. Dos 54 ACS vítimas de violência relacionada ao trabalho, 46 (85,2%) eram mulheres, 22 (40,7%) casados, 28 (51,8%) da cor branca e 44 (81,5%) tinham de 9 a 11 anos de estudo.

Tabela 3 - Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família segundo vítima de violência, idade e função exercida. Uberaba/MG, 2011.

Função exercida	Idade		Vítima de violência	
		Desvio padrão	Sim	N (%)
Médico	28,4	2,3		5 (5,6)
Enfermeiro	33,8	8,7		15 (16,7)
Técnico em enfermagem	36,5	8,7		12 (13,3)
Agente comunitário de saúde	35,5	14,5		54 (60,0)
Dentista	45,0	8,5		3 (3,3)
Auxiliar de saúde bucal	35,0	--		1 (1,1)
TOTAL	35,3	12,5		90 (100)

Encontrou-se significância estatística entre as categorias: enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS e vítima de violência. Dessa forma, pode-se afirmar que esses trabalhadores são os mais vulneráveis às situações de violência relacionada ao trabalho (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família segundo a função exercida, frequência de vítima de violência, razões de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Uberaba/MG, 2011.

Função exercida	Frequência	Razão de prevalência	IC 95% - RP	Valor p
Enfermeiro	16,7%	1,526	1,041-2,237	0,04353
Médico	5,6%	1,312	0,6904-2,493	0,3300*
Técnico de enfermagem	13,3%	1,638	1,099-2,442	0,03642*
Dentista	3,3%	1,113	0,4659-2,66	0,5514*
ASB	1,1%	0,3628	0,05868-2,243	0,1733*
ACS	60%	0,6574	0,4792-0,9019	0,006094

*Teste Exato de Fisher

O fato das mulheres serem o maior contingente populacional que sofre violência relacionada ao trabalho, pode ser explicado parcialmente pelo total de mulheres que atuam nas equipes de saúde da família de Uberaba (90,1%). Acrescenta-se a esse aspecto, o fato da mulher ter conquistado seu espaço no mercado de trabalho, apesar de ainda sofrerem discriminação ao ocuparem cargos semelhantes ao do homem e receberem menores salários.

Com relação à idade, os adultos jovens foram os maiores vítimas de violência relacionada ao trabalho entre os trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberaba, entretanto, na literatura afirma-se que desde os jovens (19 anos) até idosos (61 anos) são alvos de violência no ambiente de trabalho.

A violência relacionada ao trabalho está presente em todo o mundo. No cenário internacional, os dados também são alarmantes. No Reino Unido, 57% dos trabalhadores de saúde de hospitais gerais já vivenciaram episódios de violência no trabalho durante sua carreira profissional (KORITSAS et al., 2007). Na Austrália, esse percentual foi maior, atingindo 75% dos trabalhadores (MAGIN et al., 2008).

No Brasil, no contexto hospitalar, no Paraná, o percentual de trabalhadores vítimas de violência relacionada ao trabalho foi maior 88,9% dos participantes da pesquisa, e 85,7% médicos, 100% enfermeiros, 88,9% técnicos em enfermagem e 88,2% auxiliares de enfermagem foram vítimas de violência (CESAR; MARZIALE, 2006).

Das equipes de saúde da família de Uberaba, os ACS, os enfermeiros e os técnicos em enfermagem foram os trabalhadores que significativamente estão mais expostos às situações de violência. Isso pode ser devido ao fato desses trabalhadores estarem em maior contato com a população, realizando visitas domiciliares quando comparados aos demais profissionais, como os médicos, dentistas e ASB que priorizam suas ações dentro das unidades de saúde.

Ressalta-se ainda que os ACS são os trabalhadores que mais utilizam das visitas domiciliares como objeto de trabalho e, por isso, testemunham situações de risco e conhecem as pessoas nelas envolvidas. Estudos retratam que para lidar com essas situações, os ACS utilizam estratégias para viabilizarem seu trabalho e se protegem psicologicamente como evitar ter conhecimento de situações particulares e comprometedoras da população e trocar informações sobre os lugares e pessoas da comunidade (LANCMAN et al., 2009; PERES et al., 2011).

A preocupação dos profissionais com situações violentas no ambiente de trabalho, pode se iniciar desde o período da graduação. No Rio de Janeiro, alunos de enfermagem apontaram como principais apreensões sobre a violência no cotidiano do trabalho o abuso de poder, a falta de respeito, a agressão física e as situações de risco, sendo que abuso de poder e falta de respeito foram entendidos como assédio moral. Eles afirmaram ainda que a enfermagem é uma profissão de alto risco especialmente no campo de atuação nas unidades de emergência e nas favelas (LISBOA; MOURA; REIS, 2006).

Das formas de violência relacionada ao trabalho apontadas pelos trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberaba, 69 (35,7%) estavam relacionadas à agressão verbal, 36 (18,7%) à competição entre colegas, 35 (18,1%) ao assédio moral, 14 (7,3%) à discriminação, 13 (6,7%) aos acidentes de trânsito no trajeto para o trabalho, 11 (5,7%) ao assédio sexual e 5 (2,5%) às agressões físicas totalizando 193 casos relatados de violência relacionada ao trabalho. Dos 193 casos de violência relacionada ao trabalho, a maioria 106 (54,9%) foi relatada pelos ACS, seguidos dos enfermeiros, 38 (19,6%). A média foi de 2,1 casos por trabalhador (Tabela 5).

É importante destacar que em todas as categorias profissionais, a violência mais referida foi a agressão verbal, seguidas pela competição e o assédio moral. A competição entre os colegas foi mais referida entre os ACS e os enfermeiros, destacando que as violências de cunho psicológico são aqueles que mais acometem

os trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberaba. É provável ainda que, o fato dos ACS sofrerem maior número de situações violentas pode estar relacionado à quantidade de ACS que participam da ESF.

Tabela 5 - Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família segundo tipo de violência e função exercida. Uberaba/MG, 2011.

Tipo de violência	Função na Equipe de Saúde da Família						Total
	Médico	Enfermeiro	Técnico de enfermagem	ACS	Dentista	ASB	
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
Agressão Física	1(12,5)	0	0	3(2,8)	1(12,5)	0	5(2,5)
Agressão Verbal	4(50)	14(36,8)	10(34,5)	38(35,8)	2(25)	1(25)	69(35,7)
Assédio Moral	2(25)	4(10,5)	5(17,2)	21(19,8)	2(25)	1(25)	35(18,1)
Assédio Sexual	0	1(2,6)	2(6,9)	8(7,5)	0	0	11(5,7)
Discriminação	0	4(10,5)	2(6,9)	6(5,6)	1(12,5)	1(25)	14(7,3)
Roubo	0	5(13,1)	3(10,3)	2(1,8)	0	0	10(5,2)
Acidente de trânsito	0	5(13,1)	3(10,3)	4(3,7)	1(12,5)	0	13(6,7)
Competição entre colegas	1(12,5)	5(13,1)	4(13,8)	24(22,6)	1(12,5)	1(25)	36(18,7)
TOTAL	8	38	29	106	8	4	193

Os trabalhadores emitiram mais de uma resposta. Legenda: ACS - Agente comunitário de saúde e ASB - Auxiliar de Saúde Bucal.

A preocupação com a saúde mental dos trabalhadores das equipes de saúde da família é crescente. Um estudo realizado em Botucatu demonstrou que os profissionais da rede básica de saúde estão submetidos a demandas psicológicas elevadas no trabalho, causando estresse e alta prevalência de transtornos mentais (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010).

Especialmente, o processo de trabalho do agente comunitário de saúde expõe esses trabalhadores a situações específicas que elevam o risco de alterações em sua saúde mental. O excesso de atribuições, a falta de capacitação para o exercício de algumas delas, a pressão na rotina de trabalho pelos demais profissionais das equipes e pelas famílias acompanhadas podem elevar a manutenção do equilíbrio da prática cotidiana. Acrescenta-se a esses fatores, o não reconhecimento por parte das famílias sobre o esforço e dedicação na resolutividade dos problemas e, refutam possíveis explicações como o acúmulo de trabalho e situações de impotência para lidar com determinados problemas (AVILA, 2011).

A violência psicológica, no contexto internacional, também é a forma de violência que mais atinge os trabalhadores. Na Jamaica, o estudo realizado com

profissionais de serviços secundários e terciários de hospitais gerais e de centros de atenção primária de áreas urbanas e rurais verificou que a agressão verbal foi a forma de violência mais relatada (38,6%), e a violência física afetou menos de 8% dos funcionários. Os médicos, os enfermeiros e os motoristas de ambulância foram as categorias de profissionais da saúde mais afetadas (JACKSON; ASHLEY, 2005).

No Irã, enfermeiros de unidades de emergência referiram serem vítimas de violência psicológica, sendo 91,6% casos de agressão verbal. E, afirmaram que os incidentes de agressão física foram precedidos por agressão verbal (ESMAEILPOUR; SALSALI; AHMADI, 2011). Da mesma forma, nos Estados Unidos, 75% dos enfermeiros que sofreram agressão física também foram vítimas da violência não física (GERBERICH et al., 2004).

No Brasil, em Campinas (SP), 87,7% dos casos de violência no trabalho contra trabalhadores de enfermagem foram agressões verbais em forma de ofensas, seguidos de casos de ameaças, inclusive de morte (MORENO, 2004). Da mesma forma, no Paraná as agressões verbais foram as principais formas de violência sofrida pelos médicos e trabalhadores de enfermagem (CESAR; MARZIALE, 2006).

Na opinião dos trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberaba, a agressão verbal foi a violência considerada mais grave por 33 (36,6%) trabalhadores, 30 (33,3%) relataram ser o assédio moral e 10 (11,1%) o assédio sexual. Quanto à função exercida, entre os médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, a violência mais referida foi a agressão verbal, e dentre os ACS, dentistas e auxiliares de saúde bucal o assédio moral (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família segundo função e violência sofrida. Uberaba/MG, 2011.

Tipo de violência	Função na Equipe de Saúde da Família						Total
	Médico	Enfermeiro	Técnico de enfermagem	ACS	Dentista	ASB	
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
Agressão Física	1(20)	0	0	4(7,4)	1(25)	0	6(6,6)
Agressão Verbal	2(40)	9(64,3)	4(33,4)	18(33,4)	0	0	33(36,6)
Assédio Moral	1(20)	3(21,5)	3(25)	19(35,2)	3(75)	1 (100)	30(33,3)
Assédio Sexual	1(20)	1(7,1)	1(8,4)	7(12,9)	0	0	10(11,1)
Discriminação	0	0	0	1(1,8)	0	0	1(1,1)
Roubo	0	1(7,1)	1(8,4)	1(1,8)	0	0	3(3,4)
Acidente de trânsito	0	0	1(8,4)	1(1,8)	0	0	2(2,3)
Competição entre colegas	0	0	2(16,6)	3 (5,5)	0	0	5(5,6)
TOTAL	5	14	12	54	4	1	90

Os dados das equipes de saúde da família de Uberaba corroboram com a literatura nacional e internacional. Na Costa Rica, 92,1% dos trabalhadores da economia formal sofreram alguma forma de violência psicológica, sendo 7,9% classificados como *mobbing* (MORENO, 2010). No Rio de Janeiro, dos trabalhadores de saúde, 22,7% dos auxiliares de enfermagem e 21,5% dos enfermeiros foram vítimas de assédio moral (XAVIER et al., 2008).

Cabe ressaltar que trabalhadores de outras áreas de atuação também sofrem violência no trabalho. No Ceará, trabalhadores da indústria de calçados demonstrou que a competência e a dedicação ao trabalho, resultantes da introjeção do ideal de excelência exigido nas empresas culminam com maior exposição aos riscos presentes no ambiente de trabalho, especialmente às situações de assédio moral, em que o sujeito torna-se alvo de humilhação e constrangimento (BORSOI; RIGOTTO; MACIEL, 2009).

As pessoas da comunidade foram responsáveis por 52 (57,8%) casos de violência relacionada ao trabalho entre os trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberaba, e, em sua maioria, agressões verbais. Entretanto, os colegas de trabalho e a chefia foram os principais autores de assédio moral. Vale destacar que foi relatado um caso de agressão física por parte da chefia (Tabela 7). Estes dados apontam um despreparo dos líderes e dos demais membros da equipe ao lidar com situações de violência no ambiente de trabalho, provocado pela falha na comunicação e no enfrentamento dos conflitos interpessoais dentro das equipes e na relação com a comunidade.

No contexto da ESF, o trabalho em equipe é de suma importância, onde cada um dos trabalhadores deve contribuir para a qualidade da prestação das ações de saúde, para tanto é necessário o diálogo na busca do consenso, manter a individualidade profissional, e essa é uma atribuição não somente dos gestores, mas, de todos os profissionais (MOTA; DAVID, 2007).

Tabela 7 – Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família segundo tipo de violência sofrida e o agressor. Uberaba/MG, 2011.

Tipo de Violência	Agressor		
	Pessoa da comunidade/usuário N(%)	Colegas de trabalho N(%)	Chefia N(%)
Agressão Física	5 (9,6)	0	1 (5,3)
Agressão Verbal	24 (46,1)	4 (21)	5 (26,3)
Assédio Moral	12 (23)	8 (42,1)	10 (52,6)
Assédio Sexual	8 (15,4)	1 (5,3)	1 (5,3)
Discriminação	0	0	1 (5,3)
Roubo	2 (3,8)	1 (5,3)	0
Acidente de trânsito	1 (2,1)	0	1(5,3)
Competição entre colegas	0	5 (26,3)	0
TOTAL	52	19	19

Na literatura internacional, os clientes/usuários foram os principais responsáveis pela violência no trabalho. Em Minnessota, nos Estados Unidos, os clientes/usuários foram vítimas na maioria dos casos, tanto de violência física (97%) quanto de violência psicológica (67%), ressalta-se que as consequências foram maiores para aqueles que sofreram violência não-física (GERBERICH et al., 2004). O estudo realizado com médicos de Israel, 73% sofreram abuso verbal por parte dos clientes. O autor afirmou que os membros da família dos clientes podem se tornar agressivos, e foram responsabilizados por 4% dos casos (CARMI-ILUZ, 2005).

Todavia, alguns estudos de autores brasileiros divergem acerca do autor das violências no ambiente de trabalho. No estudo de Cezar e Marziale (2006), o usuário foi o principal agressor (57,1%), seguido do acompanhante (54,8%). Ainda de forma antagônica, Xavier et al. (2008) demonstrou que 48,7% dos casos de agressão verbal foram vítimas de colegas de trabalho, 44,1% dos casos de assédio moral apontaram como agressores os pacientes, parentes ou público.

Kaiser e Bianchi (2008) relataram que o agressor pode ser o usuário/cliente, especialmente aqueles com doenças mentais, ou colega de trabalho, ou gestor, ou familiar do usuário/cliente, ou ainda, que a agressão pode partir de qualquer pessoa. Da mesma forma, Magin et al. (2008) afirmaram que algumas características das pessoas, os torna mais agressivos, como por exemplo: usuários de drogas, doenças psiquiátricas, e nível socioeconômico inferior.

Com relação ao sexo do autor das agressões contra os trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberaba, observou-se que tanto os homens quanto as mulheres tem agredido os trabalhadores, com 45 (50%) casos para ambos os

sexos. Entre as mulheres a maioria dos casos foi de agressão verbal 25 (55,5%). E, entre os homens, os agressores 18 (40%) foram autores de casos de assédio moral e 9 (20%) de assédio sexual (Tabela 8).

No âmbito hospitalar, um estudo realizado no Rio de Janeiro (RJ), em dois serviços de emergência, constatou que os atos de violência ocorriam por demora no atendimento e exigências dos familiares (MINAYO; DESLANDES, 2009). Esses fatores foram identificados também no hospital de Londrina (PR) como motivos para os atos de violência (CEZAR; MARZIALE, 2006). Ressalta-se que o número reduzido de trabalhadores, também pode causar uma série de conseqüências negativas para a qualidade do atendimento, além das longas filas de espera.

Quanto à idade dos agressores contra os trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberaba, a maioria 77 (85,5%) era adulta, e em todas as formas de violência no trabalho, o adulto foi apontado como autor principal. Os adultos foram responsáveis em sua maioria pelos casos de assédio moral 29 (37,7%) e agressão verbal 28 (36,3%). Destaca-se que o idoso foi responsável por 10 (11,1%) casos de violência, sendo 4 (40%) casos de agressão verbal e 3 (30%) de agressão física (Tabela 8).

No Reino Unido, as enfermeiras foram apontadas como as principais autoras, quando se trata de violência verbal. Esse estudo demonstrou que existe uma diferença significativa entre a ocorrência de assédio sexual entre mulheres e homens, sendo o sexo feminino mais acometido (KORITSAS et al., 2007).

Tabela 8 - Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família segundo tipo de violência sofrida, sexo e faixa etária do agressor. Uberaba/MG, 2011.

Tipo de violência	Sexo do agressor		Faixa etária do agressor			
	Feminino N(%)	Masculino N(%)	Criança N(%)	Adolescente N(%)	Adulto N(%)	Idoso N(%)
Agressão física	3 (6,7)	3 (6,7)	1(100)	0	2(2,6)	3(30)
Agressão verbal	25 (55,5)	8 (17,8)	0	1 (50)	28 (36,3)	4 (40)
Assédio moral	12 (26,7)	18 (40)	0	0	29(37,7)	1(10)
Assédio sexual	1 (2,2)	9 (20)	0	0	8(10,4)	2(20)
Discriminação	1(2,2)	0	0	0	1(1,3)	0
Roubo	1 (2,2)	2 (4,4)	0	1(50)	2(2,6)	0
Acidente de trânsito	1 (2,2)	1 (2,2)	0	0	2(2,6)	0
Competição entre colegas	1 (2,2)	4 (8,9)	0	0	5(6,5)	0
TOTAL	45	45	1	2	77	10

Entretanto, os resultados encontrados por Moreno (2004) divergem dos dados das equipes de saúde da família de Uberaba (MG). Em Campinas (SP), a maioria (54,5%) dos trabalhadores dos serviços de atenção secundária e terciária sofreu violência no trabalho, de ambos os sexos, e em 26,3% das situações o agressor era do sexo feminino e 19,2% do sexo masculino.

As agressões de pacientes ou de seus parentes geralmente estão relacionadas com a estrutura física e de pessoal dos serviços de saúde. Um paciente doente e angustiado e sem recursos financeiros, certamente estará mais suscetível para cometer atos de violência (XAVIER et al., 2008).

Enfim, o fato dos adultos serem os maiores agressores pode estar relacionado à dificuldade dos usuários no acesso às unidades de saúde da família, estresse da equipe devido à falta de material para a realização de procedimentos básicos e atendimento deficiente.

Segundo o local de ocorrência da violência contra os trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberaba, a maioria ocorreu dentro do local de trabalho com 58 (64,4%), e destes, 22 (37,9%) foram de agressão verbal e 20 (34,5%) de assédio moral. No caminho para as visitas domiciliares e na casa do usuário, a maioria foram casos de agressão verbal, 5 (50%) e 6 (42,8%) casos, respectivamente. Entretanto, no trajeto de ida e volta para o trabalho, a maioria 3 (37,5%) foram casos de assédio moral e 3 (37,5%) de assédio sexual (Tabela 9).

No ambiente hospitalar do Irã os incidentes de violência física em sua maioria (48,5%) ocorreram ao lado do leito do paciente, e os casos de abuso verbal (49,1%) nos postos de enfermagem (ESMAIELPOUR; SALSALI; AHMADI, 2011).

Nos centros de saúde de Campinas (SP), os locais onde ocorreu maior número de agressões foram: recepção do serviço, sala de realização de procedimentos de enfermagem e farmácia (MORENO, 2004).

Não foram encontradas pesquisas que retratem o local de ocorrência de violência relacionada ao trabalho no contexto da ESF, entretanto pressupõe-se que sejam nas unidades de saúde da família e nos locais onde existam maior contato direto entre os trabalhadores e a comunidade, como na área de recepção, consultórios médicos e sala de curativos, farmácia e outros.

Tabela 9 – Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família segundo local de ocorrência e tipo de violência sofrida. Uberaba/MG, 2011.

Tipo de violência	Local de ocorrência da violência			
	Local de trabalho N(%)	Caminho para visitas N(%)	Casa do usuário N(%)	Trajetos de ida e volta N(%)
Agressão Física	5(8,7)	0	1(7,1)	0
Agressão Verbal	22(37,9)	5 (50)	6 (42,8)	0
Assédio Moral	20(34,5)	3(30)	4(28,6)	3(37,5)
Assédio Sexual	4(6,9)	1(10)	2(14,3)	3(37,5)
Descriminação	1(1,7)	0	0	0
Roubo	2(3,4)	1(10)	0	0
Acidente de trânsito	0	0	0	2(25)
Competição entre colegas	4(6,9)	0	1(7,1)	0
TOTAL	58	10	14	8

Dos 233 trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberaba, os fatores predisponentes mais citados para a ocorrência da violência no trabalho foram: pacientes violentos (N=138; 59,2%), equipe com escassez de trabalhadores (N=122; 52,4%), longas filas de esperas (N=84; 36%), ambiente estressante do ponto de vista da carga mental do trabalho (N=77; 33%) e recurso de equipamentos e materiais insuficientes e inadequados (N=76; 32,7%).

Usuários violentos, especialmente, com transtornos mentais geram medo nos trabalhadores, conseqüente da estranheza causada pelo tipo de comportamento e descontrole súbito, implicando agressividade e atitudes violentas. Isso pode gerar um entrave à atuação, especialmente, dos agentes comunitários de saúde. Ressalta-se que os ACS têm adotado estratégias de como lidar com os pacientes violentos, baseadas no diálogo, revelando que, apesar do despreparo para lidar com essa população os trabalhadores demonstram preocupação com a inserção social e o envolvimento das famílias no cuidado com pacientes com transtornos mentais (BARROS; CHAGAS; DIAS, 2009).

Um ambiente estressante do ponto de vista da carga mental do trabalho pode gerar um clima tenso devido a não resolutividade e difícil acesso da população aos serviços de saúde públicos. Esses aspectos foram referidos por profissionais de enfermagem de um hospital público de Teresina (PI) que citaram como fatores de risco para a ocorrência de violência relacionada ao trabalho: dificuldade da população no acesso ao serviço de saúde, estresse da equipe no cotidiano hospitalar devido à sobrecarga de pacientes e procedimentos, e, atendimento deficiente (SANTOS et al., 2011b).

No contexto da atenção primária, para Kaiser e Bianchi (2008) os trabalhadores sofreram agressões decorrentes do processo de trabalho, do não atendimento às necessidades de saúde, da dificuldade de acessibilidade e do acolhimento deficitário do usuário. Ainda citou a estrutura física inadequada dos serviços de saúde e a deficiência de recursos humanos como geradores de conflito.

Os dados descritos na literatura corroboram com os dados das equipes de saúde da família de Uberaba, servindo de alerta para a importância dos fatores de ambiente físico, como os recursos de equipamentos e materiais, como geradores de conflitos.

O sentimento dos trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberaba após serem vítimas de violência relacionada ao trabalho foi de tristeza (47,8%), raiva (35,9%) e humilhação (34,3%).

No cenário internacional, os enfermeiros iranianos vítimas de violência no trabalho referiram consequências como: sentiam incomodados por lembranças repetidas e perturbadoras da situação de violência sofrida e evitavam pensar e falar sobre o ocorrido (ESMAIELPOUR; SALSALI; AHMADI, 2011).

Da mesma forma, os trabalhadores de saúde de uma unidade de urgência hospitalar apresentaram como consequência raiva, tristeza, irritação, ansiedade e humilhação (CESAR; MARZIALE, 2006). Os maus tratos e as violências provocam consequências inquietantes como a lesão física, depressão, o temor, estresse, perda da autoestima, comprometendo assim, a qualidade da assistência a ser prestada (MINAYO, 2007; CEZAR; MARZIALE, 2006). E, Moreno et al. (2010) constataram que os trabalhadores vítimas de *mobbing* sofriam de transtornos associados ao sono.

O sofrimento psíquico no trabalho apresenta-se sob a forma de pequenos sinais e sintomas como: ansiedade, irritação, agressividade, stress, somatizações até chegar à própria doença (OLIVEIRA; CHAVES-MAIA, 2008). Situações estressantes, como aquelas geradas por violência, prejudicam ou aumentam o sofrimento e possíveis adoecimentos mentais ou psicossomáticos. Fatores como: fofocas, condições físicas inadequadas, relacionamento interpessoal conturbado com a chefia, subordinados, colegas e clientes, sentimento de insatisfação no trabalho, falta de reconhecimento profissional, pressões e grandes responsabilidades e sensação de estarem sendo vigiados podem agravar esses sentimentos de tristeza, raiva e humilhação (VASCONCELOS; FARIA, 2008).

A literatura indica que a violência relacionada ao trabalho pode causar sérios danos psicológicos na vida dos trabalhadores e afetar a qualidade de vida. Assim, é imprescindível cuidar da saúde mental de quem “faz” saúde, para que este tenha condições de “reproduzir” saúde, o que significa a necessidade de uma vigilância efetiva e eficaz, por parte dos trabalhadores.

5.3 SEGURANÇA NO TRABALHO

Dos 233 trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberaba, 119 (51%) referiram não se sentir seguro no ambiente de trabalho. Destes, 5 (4,2%) eram médicos, 15 (12,6%) enfermeiros, 10 (8,4%) técnicos de enfermagem, 81 (68,1%) ACS, 5 (4,2%) dentistas e 3 (2,5%) ASB. Os ACS foram os trabalhadores que mais referiram insegurança no ambiente de trabalho sendo estatisticamente significativo e a RP 95%= 2,219 [1,404-3,5-7] (Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família segundo função exercida e sentimento de insegurança no ambiente de trabalho, as razões de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Uberaba/MG, 2011.

Função exercida	Frequência	Razão de prevalência	IC 95%- RP	Valor p
Médico	4,2%	1,212	0,6395-2,297	0,4068*
Enfermeiro	12,6%	1,077	0,6854-1,693	0,4571
Técnico de enfermagem	8,4%	1,224	0,7673-1,953	0,2866*
ACS	68,1%	2,219	1,404-3,507	0,00005848
Dentista	4,2%	0,6797	0,2086-2,215	0,3826*
ASB	2,5%	1,389	0,7176-2,687	0,3198*

*Teste exato de Fisher

Dos 90 trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberaba, vítimas de violência relacionada ao trabalho, 56 (62,2%) sentiam-se inseguros no local de trabalho. Dentro do grupo dos que não sofreram violência, 63 (44%), também se sentiam inseguros no ambiente de trabalho. Entretanto, não foi encontrada diferença significativa entre sentir-se seguro no ambiente de trabalho e sofrer violência ($p=0,1719$) (Tabela 11).

Tabela 11 – Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família segundo vítima de violência relacionada ao trabalho e a segurança referida no ambiente de trabalho. Uberaba/MG, 2011.

Segurança no trabalho	Vítima de violência	
	Sim N(%)	Não N(%)
Sim	34 (37,8)	63 (44)
Não	56 (62,2)	80 (56)
TOTAL	90	143

*Test Qui-Quadrado p-valor= 0,1719; RP 95%= 0,8513 [0,076-1,193]

Dentre os trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberaba, verificou-se que a média do nível de segurança no ambiente de trabalho foi de 5,5 pontos o que significa que, os trabalhadores não consideram o ambiente que trabalham nem totalmente seguro e nem inseguro. Todas as categorias profissionais consideraram média a segurança no ambiente de trabalho, e a opinião do técnico de enfermagem em relação à segurança foi menor que a opinião das outras categorias.

Cezar (2005) constatou que 78% dos trabalhadores de saúde dos serviços de urgência e emergência sentem-se seguros no trajeto para o trabalho e que o local de trabalho foi considerado, para todas as categorias profissionais, parcialmente seguro para o desenvolvimento de suas atividades.

De forma semelhante o fato da maioria dos trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberaba, considerar o ambiente de trabalho parcialmente seguro pode estar atrelada ao fato de algumas unidades oferecerem um ambiente mais seguro, quer seja pela estrutura física, bem como pelo tipo de atendimento oferecido.

Com relação ao sentimento de segurança no trajeto para o trabalho, grande parcela 94 (40,3%) dos trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberaba, referiu insegurança, e a categoria mais afetada foi o ACS (Tabela 12). Vale ressaltar que os agentes comunitários de saúde participam de um processo seletivo para assumirem o cargo, e, um dos pré-requisitos é ser morador do bairro da região adstrita pela equipe saúde da família. Portanto, o fato dos ACS residirem no mesmo bairro de atuação da ESF, esperava-se que sentissem mais seguros.

Tabela 12 - Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família segundo a função e a segurança durante o trajeto para o trabalho. Uberaba/MG, 2011.

Categoria profissional	Segurança no trajeto	
	Sim N(%)	Não N(%)
Médico	9(6,5)	1(1,1)
Enfermeiro	20(14,5)	7(7,4)
Técnico de enfermagem	12(8,6)	8(8,5)
ACS	87(63)	75(79,8)
Dentista	5(3,7)	1(1,1)
ASB	5(3,7)	2(2,1)
TOTAL	138	94

Obs: 1 participante não respondeu

A maioria dos trabalhadores 122 (52,4%) das equipes de saúde da família de Uberaba relatou que o ambiente físico das unidades básicas de saúde contribuiu para a ocorrência de violência ocupacional, embora 108 (46,3%) informaram não há este tipo de interferência. Dentre as categorias profissionais, a que mais referiu que o ambiente físico contribuiu para ocorrência da violência ocupacional foram os ACS 81 (66,4%), enfermeiros 17 (13,9%) e 12 (9,8%) técnicos em enfermagem (Tabela 13).

Tabela 13 – Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família segundo a opinião sobre a contribuição do ambiente físico para a ocorrência da violência e a função. Uberaba/MG, 2011.

Categoria profissional	Ambiente físico	
	Sim N(%)	Não N(%)
Médico	5(4,1)	5(4,6)
Enfermeiro	17(13,9)	10(9,2)
Técnico de enfermagem	12 (9,8)	7 (6,5)
ACS	81 (66,4)	79 (73,1)
Dentista	4(3,3)	3(2,8)
ASB	3 (2,5)	4 (3,8)
TOTAL	122	108

Obs: 3 participantes não responderam

A norma regulamentadora 32 tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. Entretanto, somente de janeiro a março de 2011, o Ministério do Trabalho notificou 246 estabelecimentos de saúde, autuou em 182 e embargou quatro, demonstrando que as condições físicas de ambiente de trabalho apresentavam-se inadequadas (BRASIL, 2011b).

No Sul do Brasil, quase 50% dos trabalhadores da atenção primária considerou o ambiente físico de trabalho inadequado e as relações pessoais insatisfatórias, enquanto no Nordeste esta proporção atinge 90% (TOMASI et al., 2008).

O estudo sobre a situação de trabalho dos profissionais da ESF em Ceará-Mirim constatou que uma das dificuldades encontradas no dia-a-dia do trabalhador da unidade de saúde básica foi a indisponibilidade de equipamentos, instrumentos e medicamentos. Os autores relataram que existe uma lacuna entre o que é previsto e o que é realizado, o que reafirma a influência do ambiente físico nas relações de trabalho (PINTO; MENEZES; VILLA, 2010).

Se o ambiente físico contribui ou não para o aumento da violência relacionada ao trabalho das equipes de saúde da família, é preciso a realização de estudos mais específicos, entretanto pressupõe-se que o fato dos trabalhadores exercerem suas atividades em um ambiente inadequado sugere uma predisposição às situações de violência relacionada ao trabalho.

Dentre os trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberaba, 33 (36,7%) afirmaram ter sofrido violência relacionada ao trabalho e omitiram esta informação à chefia, e o maior percentual dos profissionais que informaram à chefia, o menor percentual foram os dentistas 2 (3,7%). Entre aqueles que afirmaram não relatar os casos de violência relacionada ao trabalho à chefia a maioria foram os ACS 22 (66,7%), seguidos dos enfermeiros 5 (15,2%) (Tabela 14).

No Irã, a maioria dos enfermeiros participantes (60,1%) informou ter preocupação em relatar os casos de violência, e, embora exista uma ficha de notificação, a maioria (85,4%) disse que não houve registro dos incidentes violentos no local de trabalho, e, apenas 24,7% dos enfermeiros sentiram estimulados a denunciar os casos que presenciavam de violência no trabalho (ESMAEILPOUR; SALSALI; AHMADI, 2011).

Tabela 14 - Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família segundo a função e a comunicação sobre a ocorrência de violência à chefia. Uberaba/MG, 2011.

Função exercida	Informou à chefia	
	Sim N(%)	Não N(%)
Médico	4 (7,3)	1 (3)
Enfermeiro	9 (16,3)	5 (15,2)
Técnico de enfermagem	9 (16,3)	3 (9,1)
ACS	31(56,4)	22 (66,7)
Dentista	2 (3,7)	1 (3,0)
ASB	0	1 (3,0)
TOTAL	55	33

Obs: 2 participantes não responderam

No Brasil, de acordo com Moreno (2004), dos profissionais de enfermagem que sofreram violência somente 36,5% registraram a agressão, sendo que as formas de registros de violência mais frequente foram as anotações de enfermagem (51,6%), seguido do BO (29%), livros de ocorrências e memorandos (29%), e, por último a CAT (9,7%).

Quanto à importância de informar aos superiores sobre os casos de violência, a maioria 223 (95,7%) dos trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberaba relatou ter ciência da necessidade de relatar à chefia. E, todos da equipe odontológica afirmaram que é importante o repasse da informação sobre violência relacionada ao trabalho (Tabela 15).

Tabela 15 - Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família segundo a função e a importância da comunicação sobre a ocorrência de violência à chefia. Uberaba/MG, 2011.

Função exercida	Importante informar à chefia	
	Sim N (%)	Não N(%)
Médico	9 (4)	1 (11,1)
Enfermeiro	26 (11,6)	1 (11,1)
Técnico de enfermagem	19 (8,5)	0
ACS	155 (69,5)	7 (77,8)
Dentista	7 (6,2)	0
ASB	7 (6,2)	0
TOTAL	223	9

Obs: 1 participante não respondeu

No Brasil, a subnotificação dos casos de violência é um problema grave, mesmo que a legislação tenha meios punitivos, com pena prevista de detenção de

um a seis meses ou multa para aqueles casos onde ocorra a ameaça por palavra, escrita, gesto ou qualquer outro meio simbólico (MINAYO, 2007).

Não resta dúvida, uma das formas de combater a violência relacionada ao trabalho é a notificação. Portanto, é indispensável que os serviços de saúde notifiquem qualquer tipo de agressão e ofereçam apoio ao trabalhador, pois, as notificações facilitam o diagnóstico e contribuem para implementação de políticas públicas.

Quanto à orientação e/ou treinamento sobre como lidar com situações de violência apenas 128 (54,9%) trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberaba afirmaram ter recebido e dentre aqueles que não receberam orientação o ACS 60 (57,7%) foi a categoria que menos recebeu essa qualificação para o enfrentamento de situações de violência (Tabela 16).

Tabela 16 - Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família segundo a função e orientação e/ou treinamento sobre como lidar com situações de violência. Uberaba/MG, 2011.

Função exercida	Orientação/treinamento	
	Sim N(%)	Não N(%)
Médico	2 (1,6)	8 (7,7)
Enfermeiro	8 (6,2)	19 (18,3)
Técnico de enfermagem	10 (7,8)	9 (8,6)
ACS	102 (79,7)	60 (57,7)
Dentista	2 (1,6)	5 (4,8)
ASB	4 (3,1)	3 (2,9)
TOTAL	128	104

As relações de convívio dos ACS estabelecidas tanto na equipe de saúde da família, quanto na comunidade revelam que pode haver uma interação insuficiente entre as diferentes categorias profissionais e os segmentos sociais envolvidos, o que leva a considerar fundamental uma reflexão e avaliação do processo de trabalho e de formação (continuada e permanente) dos trabalhadores, enfocando o diálogo e as trocas e negociações na dinâmica de transformação social (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010).

A formação dos ACS requer maior atenção dos gestores para desenvolverem cursos e capacitações para formar bons trabalhadores. Ainda que existam alguns pré-requisitos importantes para a atuação dos agentes na equipe de saúde da família, como ser morador na área de atuação, fatores como a falta de

experiência, de integração com o restante da equipe e de motivação dos ACS pode comprometer a qualidade das ações a serem desenvolvidas na comunidade. Torna-se necessário um profundo repensar de prática por parte da equipe e, especialmente, dos gestores, tendo como base os princípios que regem o SUS e a ESF (SANTOS et al., 2011b).

Dos 233 trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberaba, 106 (45,5%) afirmaram nunca terem presenciado alguma forma de violência relacionada ao trabalho. Destaca-se que a maioria 57 (26,2%) presenciou situações de violência mais de duas vezes, nos últimos 12 meses, e que 11 (4,7%) afirmaram presenciar diariamente casos de violência (Tabela 17).

Tabela 17 - Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família segundo a função e frequência com que testemunhou situações de violência relacionada ao trabalho. Uberaba/MG, 2011.

Função exercida	Testemunha de situações de violência no trabalho					
	Nenhuma N(%)	Uma vez N(%)	Mais de 2 vezes N(%)	1 vez ao mês N(%)	1 vez na semana N(%)	Diariamente N(%)
Médico	2 (1,9)	1 (3,7)	6 (10,5)	0	1(14,3)	0
Enfermeiro	4 (3,8)	4 (14,8)	12(21)	3 (14,2)	2(28,5)	2(18,2)
Técnico de enfermagem	8 (7,6)	2 (14,8)	5(8,9)	3(14,2)	0	2(18,2)
ACS	85(80,2)	18 (66,7)	34(59,6)	14(66,7)	4(57,2)	7(63,6)
Dentista	3 (2,7)	1 (3,7)	2(3,5)	1(4,9)	0	0
ASB	4 (3,8)	1 (3,7)	2(3,5)	0	0	0
TOTAL	106	27	57	21	7	11

O fato de praticamente 50% dos trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberaba afirmar que nunca presenciou algum tipo de violência relacionada ao trabalho pode estar relacionado à ausência de conhecimento dos trabalhadores sobre o que é violência, falta de interesse para discutir estas questões no ambiente de trabalho, ou então simplesmente ignora o fato para não ter que tomar uma posição frente à comunidade.

Do total de 233 trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberaba, a maioria 178 (76,4%) afirmou que não existia sistema de alarme e 34 (14,6%) não sabiam informar. Apenas 19 (8,15%) conheciam a existência do sistema de alarme das unidades básicas de saúde em que atuam. Com relação à presença de guardas contratados no local de trabalho, 204 (87,5%) afirmaram que não existiam guardas de segurança no ambiente de trabalho e 8 (3,4%) não sabiam. Dos 21 (9%) que

afirmaram que existiam guardas de segurança, informaram que eles são contratados somente para o período noturno.

Na Noruega, foi desenvolvido um estudo de acompanhamento de enfermeiros que exerciam a assistência direta aos pacientes nos hospitais e concluiu que os fatores do ambiente de trabalho interferiam somente numa pequena parcela dos distúrbios psicológicos referidos pelos profissionais de enfermagem. E que a exposição aos conflitos e situações de violência no trabalho contribuiu para o surgimento do distúrbio psicológico. No entanto, tornou indispensável a implementação de medidas protetoras contra pacientes violentos e oferecer suporte psicológico apropriado às vítimas de violência relacionada ao trabalho (ERIKSEN; TAMBS; KNARDAHL, 2006).

De forma semelhante, em Londrina (PR), os gerentes dos serviços médicos e de enfermagem de um serviço de urgência hospitalar informaram que um dos principais problemas do ambiente físico que gera a violência no trabalho é a segurança inadequada, como por exemplo, pouca funcionalidade das travas nas portas janelas inseguras e falta de barreiras físicas ou sistemas de segurança (CEZAR, 2005).

Historicamente a responsabilidade de conter a violência tem incidido sobre o sistema judicial e a polícia. Mas, nos últimos anos, o setor de saúde, tanto público como privado, aliou-se às demais frentes de combate à violência. Na medida em que há uma aproximação e familiaridade com o problema da violência, por meio do contato direto com a vítima decorrente dos atendimentos, os profissionais de saúde tornaram-se atores ativos contra o fenômeno. Um exemplo desta mudança tem sido a disseminação de informações que alertam a sociedade quanto aos encargos financeiros decorrentes dos atendimentos às vítimas de violência, nos serviços de saúde (MINAYO; SOUZA, 2003; OMS, 2004; MINAYO; DESLANDES, 2009).

A alta prevalência de violência no trabalho encontrada nas equipes de saúde da família de Uberaba e a associação significativa entre um ambiente de trabalho inseguro e a ocorrência de violência, indicam que se faz necessário adotar medidas de prevenção e enfrentamento da violência.

Sugere-se, que os Gestores Municipais invistam, de forma incisiva, na melhoria das condições físicas do ambiente de trabalho com implantação de sistemas de alarme, contratação de guardas de segurança, instalação de câmeras

para controle da unidade de saúde da família, dos trabalhadores e da comunidade em geral.

Enfim, contribuir para a redução da violência relacionada ao trabalho significa a realização de um trabalho conjunto, onde trabalhadores, usuários e a comunidade em geral, troquem informações que favoreçam a construção de novas propostas para a prevenção da violência no trabalho e contribuam para o planejamento de um ambiente mais seguro para os trabalhadores das equipes de saúde da família.

Dessa forma, torna-se imprescindível a implementação de políticas públicas de saúde resolutivas voltadas para a saúde do trabalhador. E ainda, diante da escassez de estudos que retratam a violência relacionada ao trabalho em trabalhadores da saúde da família considera-se importante a realização de novos estudos na perspectiva de poder contribuir para uma política voltada para a segurança do trabalhador da ESF.

6 CONCLUSÃO

Dos trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberaba, 90,1% eram mulheres, 59,2% de cor branca, 39,9% casadas, 60% tinham de 9 a 11 anos de estudo, 57,9% tinham menos de 3 anos de tempo de serviço, 87,1% não possuíam outro vínculo empregatício e a idade variou de 19 a 64 anos (média de 36,9 anos).

Em relação à categoria profissional e vítima de violência, 39,% trabalhadores referiram ter sofrido violência relacionada ao trabalho, sendo que 5,6% eram médicos, 16,7% enfermeiros, 13,3% técnicos de enfermagem, 60% agentes comunitários de saúde, 3,3% dentistas e 1,1% auxiliares de saúde bucal. Encontrou-se significância estatística entre as categorias: enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS e vítima de violência. Dessa forma, pode-se afirmar que esses trabalhadores são aqueles mais vulneráveis às situações de violência relacionada ao trabalho.

Das formas de violência relacionada ao trabalho, 76,7% foram relacionadas à agressão verbal, 40% à competição, 38,9% ao assédio moral, 15,6% à discriminação, 14,4% aos acidentes de trânsito no trajeto para o trabalho, 12,2% ao assédio sexual e 5,6% às agressões físicas, evidenciando que a violência psicológica é que mais acometeu os trabalhadores.

O agressor das violências relacionadas ao trabalho foi o cliente/usuário 57,8%, adultos 85,6%, sendo equitativo (50%) para ambos os sexos, e o local da violência predominante foi dentro do local de trabalho 64,4%.

A maioria 51,1% referiu insegurança no ambiente de trabalho, e 40,3% durante o trajeto para o trabalho. O ACS foi a categoria que mais referiu insegurança no ambiente de trabalho sendo estatisticamente significante e a RR 95%= 2,219 [1,404-3,5-7].

Uma expressiva parcela (36,7%) omitiu informações sobre casos vivenciados de violência relacionada ao trabalho à chefia, entretanto, a maioria 223 (95,7%) estava consciente da importância de informar aos superiores para as notificações.

Existe despreparo para o enfrentamento de situações de violência, pois apenas 54,9% dos trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberaba afirmaram ter recebido orientação ou treinamento, sendo o ACS a categoria mais desqualificada para lidar com tais circunstâncias.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo, no contexto das equipes de saúde da família do município de Uberaba demonstrou que a maioria dos trabalhadores já sofreu algum tipo de violência relacionada ao trabalho, e talvez por esta razão eles podem se sentir inseguros com o ambiente de trabalho.

Como sugestão, uma das formas de enfrentamento da violência seria a constituição de uma equipe de trabalho composta por profissionais capacitados para discutirem as questões relativas à gestão das unidades de saúde da família, como por exemplo: o acolhimento aos usuários, as formas de implantação de classificação de riscos e outros. Esta proposta tem como foco central prevenir situações que podem demandar em violência e monitorar os grupos mais agressivos ou problemas específicos, tanto dos usuários quanto dos trabalhadores. Nesta proposta devem-se incluir ainda as especificidades relativas às áreas prioritárias de cobertura da ESF, ou seja, aquelas comunidades com maior risco de vulnerabilidade social, mantendo um diálogo saudável e amigável com os integrantes das equipes de saúde da família e a população atendida.

E ainda, diante dos resultados deste estudo, e partindo-se do pressuposto de que os trabalhadores das equipes de saúde da família vivenciam na sua prática cotidiana situações de violência por atuarem em comunidades com maior risco social, as propostas de combate a violência requerem o desenvolvimento de uma consciência crítica e reflexiva dos trabalhadores sobre o conflito das relações de trabalho com os colegas de trabalho, chefia e clientes/usuários, baseadas na cidadania e na transformação social da comunidade como um todo.

REFERÊNCIAS

- ALVES, B. G.; SILVA, R. I.; ALMEIDA, M. S. (Org.). **Manual para apresentação de trabalhos acadêmicos baseado nas normas de documentação da ABNT**. Uberaba: UFTM, 2011.
- AVILA, M. M. M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 349-360, 2011.
- BAGGIO, M. A. Relações humanas no ambiente de trabalho: o (des)cuidado de si do profissional de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 409-415, 2007.
- BARBOSA, R. Violência psicológica na prática profissional da enfermeira. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 26-32, jul. 2011.
- BARRETO, M. **Violência, saúde e trabalho: uma jornada de humilhações**. São Paulo: EDUC, 2006.
- BARROS, M. M. M.; CHAGAS, M. I. O.; DIAS, M. S. A. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 227-232, 2009.
- BORSOI, I. C. F.; RIGOTTO, R. M.; MACIEL, R. H. Da excelência ao lixo: humilhação, assédio moral e sofrimento de trabalhadores em fábricas de calçados no Ceará. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 173-187, 2009.
- BRAGA, L. C.; CARVALHO, L. R.; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, Supl. 1, p. 1585-1596, 2010.
- BRASIL. **Lei n.º 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.
- _____. Ministério da Saúde. **Datasus**: informações de saúde. 2010. Disponível em: < <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02> >. Acesso em: 10 fev. 2010.
- _____. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por acidentes e violências. **Portaria MS/GM nº 737, 16 de maio de 2001**: legislação de Saúde. Brasília: MS, 2002.
- _____. Política Nacional de Saúde do Trabalhador. **Portaria nº 1.125, de 6 de julho de 2005**: Dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS. Brasília: MS, 2005.

_____. **Portaria n.º 2.728, de 11 de novembro de 2009**: dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Brasília: MS, 2009.

_____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**: aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: MS, 2011a.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Inspeção do Trabalho. Segurança e Saúde no Trabalho. **Resultados da Fiscalização em Segurança e Saúde no Trabalho - Brasil – 2011**: acumulado janeiro a setembro/2011. 2011b. Disponível em:<
http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C816A32DC115D0132F41D19390F76/est_brasil_acumulado_2011.pdf>. Acesso em: 15 out. 2011.

_____. **Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: MS, 2009.

BRASILIA (DF). Câmara Legislativa do Distrito Federal. Núcleo de Estudos e Ações sobre violência no Trabalho. **Violência no trabalho**: reflexões, conceitos e orientações. Brasília: CLDF, 2008.

CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M. A. S. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p.1881-1892, set. 2006.

CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M. C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl.1, p. 1509-1520, 2010.

CARMI-ILUZ, T. et al. Verbal and physical violence towards hospital and community-based physicians in the Negev: an observational study. **BMC Health Services Research**, v. 5, n. 54, 2005.

CEZAR, E. S. **Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da cidade de Londrina-Paraná**. 2005. 109f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

CEZAR, E. S.; MARZIALE, M. H. P. Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da cidade de Londrina, Paraná, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 217-221, jan. 2006.

COSTA, A. L. R. C; MARZIALE, M. H. P. Relação tempo-violência no trabalho de enfermagem em Emergência e Urgência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 3, p. 337-343, maio./jun. 2006.

COSTENARO, R. G. S.; LACERDA, M. R.; FERREIRA, C. L. L. Maus tratos institucionais no ambiente de trabalho em saúde: propostas que podem modificar

esta realidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 481-485, set. 2008.

COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006.

ERIKSEN, W.; TAMBS, K.; KNARDAHL, S. Work factors and psychological distress in nurses' aides: a prospective cohort study. **BMC Public Health**, v. 6, n. 290, nov. 2006.

ESMAEILPOUR, M.; SALSALI, M.; AHMADI, F. Workplace violence against Iranian nurses working in emergency departments. **International Nursing Review**, v. 58, n. 1, p. 130-137, 2011.

FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, jun. 2010.

FERREIRA, J. B. **Trabalho, sofrimento e patologias sociais**: estudo com trabalhadores, bancários e anistiados políticos em uma empresa pública. 2007. 159f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

GERBERICH, S. G. et al. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. **Occupational and Environmental Medicine**, v. 61, n. 6, p. 495-503, jun. 2004.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grades centros urbanos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar./ago. 2005.

GUIMARÃES, L. A. M.; RIMOLI, A. O "Mobbing" (assédio psicológico) no trabalho: uma síndrome psicossocial multidimensional. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 183-191, maio./ago. 2006.

IBGE: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2009**: População. IBGE: Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> . Acesso em: 10 set. 2010.

JACKSON, M.; ASHLEY, D. Physical and psychological violence in Jamaica's health sector. **Revista panamericana de salud pública**, Washington, v. 18, n. 2, p. 114-121, ago. 2005.

KAISER, D. E.; BIANCHI, F. A violência e os profissionais da saúde na atenção primária. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 362-366, 2008.

KORITSAS, S. et al. Prevalence and predictors of occupational violence and aggression towards GPs: a cross-sectional study. **The British Journal of General Practice**, v. 57, n. 545, p. 967-970, dec. 2007.

LANCMAN, S. et al. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, ago. 2009.

LISBOA, M. T. L.; MOURA, F. J. M.; REIS, L. D. Violência do cotidiano e no trabalho de enfermagem: apreensões e expectativas de alunos de um curso de graduação em enfermagem do rio de janeiro. **Esc Anna Nery R Enferm**, v. 10, n. 1, p. 81-6, abr. 2006.

MACIEL, R. H. et al. Auto-relato de situações constrangedoras no trabalho e assédio moral nos bancários: uma fotografia. **Psicologia e sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 117-128, set./dez. 2007.

MAGIN, P. et al. Violence in general practice Perceptions of cause and implications for safety. **Canadian Family Physician**, v. 54, n. 9, p. 1278-1284, sep. 2008.

MEDEIROS, C. R. G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, Supl. 1, p. 1521-1531, 2010.

MCGOVERN, P. et al. The Cost of Work-related Physical Assaults in Minnesota. **Health Services Research**, v. 35, n. 3, p. 663-686, aug. 2000.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2009.

MINAYO, M. C. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, supl., p. 1259-1267, 2007.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1641-1649, nov./dez. 2009.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. **Violência sob o olhar da saúde: a infra-política da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

MORENO, L. C. **Violência e capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem**. Campinas: UNICAMP, 2004.

MORENO, M. P. et al. Trastornos de Sueño Asociados a la Violencia Genérica en el Trabajo y el Mobbing. **Ciencia & Trabajo**, Santiago, v. 12, n. 35, p. 267-271, ene./mar. 2010.

MOTA, R. R. A.; DAVID, H. M. S. L. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 2, p. 229-248, jul./out. 2010.

NIOSH: NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL HEALTH. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. **Violence: occupational hazards in hospitals**. 2002. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/niosh/docs/2002-101/pdfs/2002-101.pdf>>. Acesso em: 29 mar 2011.

OIT: ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO et al. **Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud**. Ginebra: OIT, 2002. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd49/SEWViolenceguidelineSP.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2010.

_____. **La violencia en el trabajo**. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo, 2003.

OLIVEIRA, L. C. B.; CHAVES-MAIA, E. M. Saúde Psíquica dos Profissionais de Saúde em Hospitais Públicos. **Rev. salud pública**, v. 10, n. 3, p. 405-413, 2008.

OLIVEIRA, R. P.; NUNES, M. O. Violência relacionada ao trabalho: uma proposta conceitual. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n.4, p. 22-34, out./dez. 2008.

OMS: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Informe mundial sobre a violência e a saúde**. Genebra: OMS, 2002.

_____. **Prevención de la violencia**. Guía para aplicar las recomendaciones del Informe Mundial sobre la violencia e la salud. Ginebra: OMS, 2004.

PERES, C. R. F. B. et al. O Agente Comunitário de Saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 4, p. 905-11, 2011.

PINTO, E. S. G.; MENEZES, R. M.; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 657-664, set. 2010.

ROBAZZI, M. L. C. et al. O prontuário hospitalar auxiliando na identificação da violência no trabalho. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 499-505, out./dez. 2006.

ROCHA, J. B. B.; ZEITOUNE, R. C. G. Perfil dos enfermeiros do programa saúde da família: uma necessidade para discutir a prática profissional. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 46-52, jan./mar. 2007.

SALERNO, V. L.; SILVESTRE, M. P.; SABINO, M. O. Interfaces LER/saúde mental: a experiência de um centro de referência em saúde do trabalhador do estado de São Paulo. **Rev. bras. saúde ocup**, v. 36, n. 123, jan/jun, 2011.

SANTOS, A. M. R. et al. Violência institucional: vivências no cotidiano da equipe de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n.1, p. 84-90, ene./ feb. 2011a.

SANTOS, K. T. et al. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1023-1028, 2011b.

SANTOS, V. C. **A relação trabalho-saúde dos enfermeiros do PSF da região de Vila Prudente - Sapopemba**: um estudo de caso. 2007. 146f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SANTOS JÚNIOR, E. A.; DIAS, E. C. Violência no trabalho: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, Belo Horizonte, v. 2, n.1, p. 36- 54, 2004.

SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1187-1193, jun. 2010.

SILVA, A. T. C.; MENEZES, P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 921-9, 2008.

SOUZA, E. R.; LIMA, M. L. C. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, supl. 1, p. 1211-1222, 2006.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. (Org.). **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: MS, 2005.

SATTERFIELD, J. M.; BECERRA, C. Developmental Challenges, Stressors, and Coping in Medical Residents: A Qualitative Analysis of Support Groups. **Med Educ, São Francisco – Estados Unidos**, v. 44, n. 9, p. 908-16, set. 2010.

TRINDADE, L. L. **O estresse laboral da equipe de saúde da família: implicações para a saúde do trabalhador**. 2007. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

TOMASI, E. et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 193-201, 2008.

UNITED STATES. Department of Labor Occupational Safety and Healthy Administration. **Guidelines for preventing workplace violence for health care & social service workers**. 2004. Disponível em:< <http://www.osha.gov/Publications/OSHA3148/osha3148.html> >Acesso em: 31 out. 2010.

VASCONCELOS, A.; FARIA, J. H. Saúde mental no trabalho: contradições e limites. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, n. 3, p. 453-464, 2008.

XAVIER, A. C. H. et al. Assédio moral no trabalho no setor saúde no Rio de Janeiro: algumas características. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 33, n. 117, p. 15-22, jan./jun. 2008.

APÊNDICE A – Questionário: violência relacionada ao trabalho

Por favor, leia atentamente as instruções a seguir:

- O pesquisador presente está disponível para qualquer esclarecimento.
- NÃO troque opiniões com outras pessoas durante o preenchimento deste questionário.
- As questões são de múltiplas escolhas. Assinale com um X a opção desejada.
- A sua contribuição é muito valiosa para implementação de medidas efetivas contra o problema.
- Este questionário demora cerca de **15 minutos** para ser preenchido.

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

Data:/...../..... Nome da ESF:.....
Nº instrumento:

DADOS SÓCIOS DEMOGRÁFICOS

- Sexo:** { }Feminino¹ { }Masculino²
- Data de nascimento:**/...../.....
- Cor:** { }Branca¹ { }Preta² { }Amarela³ { }Parda⁴ { }Indígena⁵
- Estado civil:** { }Solteiro¹ { }Casado² { }Viúvo³ { }Separado⁴ { }União estável⁵
- Anos de estudo:** anos
- Possui ensino superior?** { } Não { } Incompleto¹ { } Completo² Qual?
.....
- Possui pós-graduação?**
{ } Não
{ } Sim
{ } Especialização¹ { } Mestrado² { } Doutorado³ { } Pós-doutorado⁴
- Cargo que ocupa na ESF:**
{ } Médico¹ { } Enfermeiro² { } Técnico de Enf⁴ { } Auxiliar de Enf⁵ { } ACS⁶
- Tempo de serviço na ESF:** meses
- Você tem outro emprego?**
{ } Não¹ { } Sim² Qual?.....

DADOS SOBRE VIOLÊNCIA NO TRABALHO

11. Você já sofreu algum tipo de **violência relacionada ao trabalho** nos últimos 12 meses? **(Se negativo, pule para a questão 25)**

Sim¹ Não² Não lembro³

(entende-se por violência relacionada ao trabalho como incidentes onde a pessoa sofre de ameaça abuso ou agressão em circunstâncias relacionadas com o seu trabalho, incluindo o trajeto de ida e volta para o trabalho, e que comprometem explícita ou implicitamente a segurança, bem-estar e a saúde)

12. Nos últimos 12 meses, você foi vítima de **violência física** no trabalho?

Sim¹ Não²

(entende-se por VIOLÊNCIA FÍSICA o uso de força física contra outra pessoa ou grupo que resulta em dano físico, sexual ou psicológico. Inclui bater, pontapear, esbofetear, esfaquear, alvejar, empurrar, morder, beliscar)

13. Nos últimos 12 meses, você foi vítima de **ameaça/ agressão verbal** no trabalho?

Sim¹ Não²

(entende-se por AMEAÇA/ AGRESSÃO VERBAL um comportamento que humilha, degrada ou indica uma falta de respeito pela dignidade e valor de uma pessoa. É a comunicação por palavras, tom ou postura que rebaixa, ameaça, acusa ou desrespeita)

14. Nos últimos 12 meses, você foi vítima de **assédio moral** no trabalho?

Sim¹ Não²

(entende-se por ASSÉDIO MORAL um comportamento ofensivo, repetido e prolongado no tempo, com tentativas vingativas, cruéis ou maliciosas de humilhar ou enfraquecer um indivíduo)

15. Nos últimos 12 meses, você foi vítima de **assédio sexual** no trabalho?

Sim¹ Não²

(entende-se por ASSÉDIO SEXUAL um comportamento de natureza sexual indesejado, não recíproco e mal recebido que é ofensivo para a pessoa envolvida fazendo-se sentir ameaçada, humilhada.)

16. Nos últimos 12 meses, você foi vítima de **discriminação** no trabalho?

Sim¹ Não²

(entende-se por DISCRIMINAÇÃO qualquer conduta ameaçadora baseada na raça, cor, linguagem, nacionalidade, religião, opção sexual ou outra característica que não é desejada e que ameace a dignidade)

17. Nos últimos 12 meses, você sofreu outra(s) forma(s) de violência no trabalho?:

Roubo durante o trajeto para o local de trabalho¹
 Roubo no local de trabalho²
 Acidente de trânsito durante o trajeto para o local de trabalho³
 Competição entre os colegas⁴

Dentre as que você assinalou na questão anterior, aponte qual a forma de violência que **você considera mais grave?**

- }Violência física¹
- }Ameaça/Agressão verbal²
- }Assédio moral³
- }Assédio sexual⁴
- }Discriminação⁵
- }Roubo durante o trajeto para o local de trabalho⁶
- }Roubo no local de trabalho⁷
- }Acidente de trânsito durante o trajeto para o local de trabalho⁸
- }Competição entre os colegas⁹

18.A violência sofrida **mais grave** foi por parte de quem:

- }Pessoa da comunidade/usuário¹
- }Colegas de trabalho²
- }Chefia³

19.Qual era o sexo do agressor?

- } Mulher¹ }Homem²

20.Qual a faixa etária do agressor?

- } Criança (0-10 anos)¹ }adolescente (10-18 anos)²
- } adulto³ } Idoso (+ 60 anos)⁴

21.Onde ocorreu a violência **mais grave**?

- } No local de trabalho¹
- } Fora do local de trabalho(caminho de visitas domiciliares)²
- } Casa do cliente/usuário³
- } No trajeto de ida/volta para o trabalho⁴

22.O que **you sentiu** após ter sofrido o ato de violência?

- }Medo do agressor ou de voltar a ser vítima¹
- }Ansiedade² }Tristeza³ }Incapacidade⁴ }Outro. Qual? _____
- }Raiva⁵ }Depressão⁶ }Vergonha⁷
- }Sentimento de culpa⁸ }Estresse⁹ }Sentimento de baixa autoestima¹⁰
- }Irritação¹¹ }Humilhação¹² }Não teve reação ou consequências¹³

23.Quais foram **as consequências** para a sua vida pessoal e profissional após ter sofrido o ato de violência?

- }Faltou no trabalho¹ }Prejuízo financeiro² }Lesão física³
- }Perdeu a satisfação no trabalho⁴ }Não teve consequências⁵ }Outra. Qual? _____

24.Você **informou** a sua chefia quando sofreu algum tipo de violência relacionada ao trabalho?

- }Sim¹ }Não²

DADOS SOBRE A SEGURANÇA NO TRABALHO E VIOLÊNCIA

25.Você se sente **seguro** no seu ambiente de trabalho?

Sim Não

26. Assinale em uma escala de 0 a 10 quanto você se sente seguro O= inseguro 10 = seguro

|-----|
 {0} {1} {2} {3} {4} {5} {6} {7} {8} {9} {10}

27. O **ambiente físico** contribui para a violência no seu local de trabalho:

Sim¹ Não²

28. Qual(is) o(s) fator(es) que você considera mais importante para a **ocorrência da violência relacionada ao trabalho**?

- Pacientes violentos¹
- Colegas de trabalho violentos²
- Chefes violentos³
- Disponibilidade de objetos de roubos tais como medicamentos, dinheiro, equipamentos.⁴
- Falta de pessoal treinado para lidar com situações violentas⁵
- Equipe com escassez de trabalhadores⁶
- Sobrecarga de pacientes atendidos⁷
- Mau atendimento tornando-se fonte de revolta dos pacientes⁸
- Filas de espera longas⁹
- Áreas próximas ao local de trabalho com iluminação deficiente¹⁰
- Recurso de equipamentos e materiais insuficiente e inadequados¹¹
- Ambiente estressante do ponto de vista da carga mental do trabalho¹²
- Ambiente estressante do ponto de vista da carga física do trabalho¹³

29. Você sente-se seguro no trajeto para o trabalho?

Sim¹ Não²

30. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi testemunha de um ato de violência?

- Nenhuma¹ Uma vez² 2 a 4 vezes³ 5 a 10 vezes⁴
- várias vezes por mês⁵ uma vez por semana⁶ diariamente⁷

31. A violência que você testemunhou foi por parte de quem:

Pessoa da comunidade/ cliente¹ Colegas de trabalho² Chefia³

32. Você considera importante que qualquer tipo de violência o trabalho seja registrada?

Sim¹ Não²

33. Você informa a chefia sobre os perigos de segurança no trabalho?

Sim¹ Não²

34. Você já foi orientado quando e como lidar com conflitos entre os pacientes e trabalhadores ?

Sim¹ Não²

35. Foi oferecida assistência médica e psicológica aos trabalhadores agredidos?

Sim¹ Não² Não sei³

36. Você considera o seu local de trabalho inseguro?

Sim¹ Não²

Caso afirmativo, cite as razões abaixo.

Não tem travas nas portas³ As janelas não são seguras⁴
 Não há barreiras físicas ou sistema de segurança⁵ Outros

37. Existe no serviço sistema de alarme que possa ser acionado em caso de violência.

Sim¹ Não² Não sei³

38. Há guardas de segurança contratados no local de trabalho?

Sim¹ Não² Não sei³

MUITO OBRIGADA PELA CONTRIBUIÇÃO!

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG
Comitê de Ética em Pesquisa- CEP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: **“A violência ocupacional nos serviços de atenção primária de Uberaba (MG)”**

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo **“A violência relacionada ao trabalho no contexto das equipes de saúde da família de Uberaba/MG”**. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é o de descrever a violência relacionada ao trabalho sofrida pelos trabalhadores das equipes de Saúde da Família de Uberaba/MG e caso você participe, será necessário que responda as perguntas do questionário.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu trabalho. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO.

Título do Projeto: **“A violência relacionada ao trabalho no contexto das equipes de Saúde da Família de Uberaba/MG”**.

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu trabalho. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba,/...../.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de Identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores:

Profa. Dra. Helena Hemiko Iwamoto
Pesquisadora docente – Tel: 91057075

Renata Cobo de Oliveira
Pesquisadora discente- Tel: 99268898

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.