

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

LORENA PERES DE OLIVEIRA

**A VIOLÊNCIA RELACIONADA AO TRABALHO
NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UBERLÂNDIA-MG**

UBERABA-MG

2012

LORENA PERES DE OLIVEIRA

**A VIOLÊNCIA RELACIONADA AO TRABALHO
NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UBERLÂNDIA-MG**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Linha de pesquisa: Atenção à Saúde das Populações

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, Lorena Peres de
048v A violência relacionada ao trabalho nas equipes de saúde da família de
Uberlândia-MG/Lorena Peres de Oliveira. -- 2012
88 f.:tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal
do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2012.
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

LORENA PERES DE OLIVEIRA

**A VIOLÊNCIA RELACIONADA AO TRABALHO
NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UBERLÂNDIA-MG**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

_____ de _____ de 2012.

Banca Examinadora:

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

Profa. Dra. Sônia Silva Marcon (Emérita)
Universidade Estadual de Maringá

Profa. Dra. Elizabeth Barichello
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

*Ao meu grande amor Luís Carlos de Almeida Júnior, pelo carinho, dedicação,
companheirismo nas horas em que mais necessitei.*

Ao meu bebê Alejandro Peres de Almeida, pelo amor incondicional.

*Aos meus pais Anita Maria Peres de Oliveira e João Batista de Oliveira, pela
dedicação, amor e incentivo na minha vida profissional.*

*Ao meu irmão Paulo Roberto Peres de Oliveira, pelas imensas ajudas,
companheirismo e carinho.*

Ao José Morais Rabis Diniz pelo respeito e carinho

*À Vanilda Morais Rabis Diniz e Márcio Rabis Diniz pela acolhida no primeiro
ano, pelo carinho, incentivo e dedicação.*

*À Graciele Diniz pelas inúmeras ajudas e carinhos dedicados a mim e ao meu
bebê Alejandro.*

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação contou com o apoio de diversas pessoas. E com poucas palavras busco agradecer às pessoas que mais contribuíram com o meu mestrado.

Portanto, agradeço:

À professora Sybelle Souza de Castro Miranzi pelo carinho, consideração e sugestões na banca de qualificação, sem ela não teria ingressado no mestrado.

Aos colegas mestrados, em especial aos dos grupos de pesquisa — estudos epidemiológicos em saúde e violência sexual infanto-juvenil (PAIR), e às amigas: Fernanda Carolina Camargo, Flávia Dias, Laurení Conceição Tavares, Nathália Silva Gomes e Renata Cobo de Oliveira, pelo companheirismo, ajudas e pelas imensas alegrias.

Às secretárias do programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado em Atenção à Saúde, pela precisão e carinho nos atendimentos.

À professora Elizabeth Barichello, por ter lido atentamente a qualificação, apontando sugestões importantes, por todo apoio nesse trajeto e a disponibilidade em participar de minha defesa.

À professora Daniela Tavares Gontijo pela disponibilidade em participar de minha defesa.

À professora Sônia Silva Marcon pelo carinho e pela disponibilidade em participar da banca de defesa.

Aos meus amigos: Thaís Maria Romão, Thânia Afonso Peres por ajudarem-me nos momentos mais difíceis.

À minha tia Maria das Graças Oliveira e tia Lúcia Peres Guimarães pelo imenso amor, carinho, por sempre estar disposta a ajudar-me.

Ao Hospital Municipal de Uberlândia pelas experiências vivenciadas.

À CAPES, pela bolsa concedida durante o primeiro ano deste mestrado.

À Secretaria Municipal de Uberlândia por aceitar a realização deste estudo.

E, finalmente gostaria de agradecer de coração à Helena Hemiko Iwamoto por aceitar-me como orientanda após o processo de seleção, pelo carinho, pelos conselhos sempre certos nas horas certas, por sempre estar ao meu lado.

RESUMO

OLIVEIRA, Lorena Peres. **A violência relacionada ao trabalho nas equipes de saúde da família de Uberlândia-MG**. 2012. 88f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2012.

A violência relacionada ao trabalho é um problema social e de saúde pública de grande magnitude tanto na esfera nacional quanto internacional e tem provocado forte impacto nos profissionais de saúde, gerando diferentes riscos em relação ao sexo, raça, cor, idade e espaço social. Este estudo tem-se como objetivo descrever a violência relacionada ao trabalho dos trabalhadores das equipes de saúde da família. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. Realizado nos locais de atuação das equipes de saúde da família do município de Uberlândia-MG. A coleta de dados ocorreu de março a julho de 2011. Foi utilizado um questionário semiestruturado, baseado no roteiro utilizado por Cezar (2005). A população foi constituída por 198 trabalhadores, sendo 118 agentes comunitários de saúde, 25 enfermeiros, 25 técnicos de enfermagem, 16 médicos e seis dentistas. Dentre os trabalhadores que sofreram violência 62,1% eram agentes comunitários de saúde, 13,2% enfermeiros, 8,4% médicos, 13,2% técnicos de enfermagem e 3,1% dentistas. Os tipos de violência mais sofrida pelos trabalhadores foram ameaça ou agressão verbal (80,2%). Os maiores agressores foram as pessoas da comunidade e usuários (58,1%), do sexo feminino (69,8%) e adultos (83,7%). Os sentimentos de tristeza (41,9%), raiva (38,4%) e humilhação (36,1%) foram os mais citados após a violência. E a consequência da violência mais citada foi a perda da satisfação no trabalho (54,6%). A maioria dos trabalhadores (64,2%) relatou ter informado o ato de violência à chefia, 57,8% disseram não se sentirem seguros no ambiente de trabalho, 59,5% considera que o ambiente físico contribui para a ocorrência da violência, 64,7% considera o local de trabalho inseguro, 56,3% sentem-se seguros no trajeto para o trabalho, 95,8% relataram a importância do registro, de qualquer tipo de violência, 66,8% referiram receber orientações a respeito de quando e como lidar com conflitos entre usuários e trabalhadores e 43,7% não receberam assistência médica e psicológica após o ato de violência. Os fatores de risco mais citados foram: pacientes violentos (71,2%), falta de pessoal treinado para lidar com situações violentas (43,4%) e sobrecarga de trabalho (37,9%). A maioria das unidades não possui sistema de alarme e guardas de

segurança. Conhecer o fenômeno violência relacionada ao trabalho é importante para implementar medidas preventivas para redução da violência e melhorar a assistência a ser prestada aos usuários.

Palavras-chave: Violência. Saúde da família. Saúde ocupacional. Trabalho. Atenção básica.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Lorena Peres. **The work-related violence of family health teams of Uberlândia, MG.** 2012. 88f. Dissertation (MSc in Health Care) - Federal University of Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2012.

The work-related violence is a social problem and public health magnitude both nationally and internationally and has caused a major impact on health professionals, generating different risks in relation to sex, race, color, age and social space. This study aims to describe work-related violence experienced by workers in the family health team. It is a descriptive, cross-sectional quantitative approach. Held at the sites of action of family health teams in the city of Uberlândia, MG. Data collection occurred from March to July 2011. We used a semi structured questionnaire, based on the script used by Caesar (2005). The population consisted of 198 workers, 118 community health workers, 25 nurses, 25 nursing technicians, 16 physicians and six dentists. Among workers who have experienced violence were 62.1% community health workers, nurses 13.2%, 8.4% doctors, 13.2% nursing technicians and dentists 3.1%. The types of violence experienced by workers were more threats or verbal aggression (80.2%). The biggest offenders were people in the community and / or users (58.1%), female (69.8%) and adults (83.7%). The feelings of sadness (41.9%), anger (38.4%) and humiliation (36.1%) were the most frequent after the violence. And the result of violence most often cited was the loss of job satisfaction (54.6%). Most workers (64.2%) reported having informed the act of violence to the head, 57.8% said they feel safe in the workplace, 59.5% consider that the physical environment contributes to the occurrence of violence, 64.7% considered the workplace unsafe, 56.3% feel safe on the way to work, 95.8% reported the importance of registration in any kind of violence, 66.8% reported receiving counseling regarding when and how to deal with conflicts between users and workers, 43.7% did not receive medical and psychological care after the act of violence. The risk factors cited were: violent patients (71.2%), lack of trained personnel to deal with violent situations (43.4%) and work overload (37.9%). Most units do not have an alarm system and security guards. Meet the phenomenon related violence work is important to implement preventive measures to reduce violence and improve the assistance to be provided to users.

Keywords: Violence. Family health. Occupational health. Work. Primary care.

RESUMEN

OLIVEIRA, Lorena Peres. **La violencia relacionada con el trabajo en el equipos de salud familiar de Uberlândia, MG**. 2012. 88f. Disertación (Maestría en Salud) - Universidad Federal del Triángulo Mineiro, Uberaba (MG), 2012.

La violencia relacionada con el trabajo es un problema social y la magnitud de la salud pública tanto a nivel nacional e internacional y ha causado un gran impacto en los profesionales de la salud, la generación de los diferentes riesgos en relación con el sexo, la raza, color, edad y el espacio social. Este estudio tiene como objetivo describir el trabajo relacionado con la violencia que sufren los trabajadores en el equipo de salud familiar. Es un estudio descriptivo, transversal, enfoque cuantitativo. A cabo en los sitios de acción de los equipos de salud familiar en la ciudad de Uberlândia, MG. Para recopilar los datos se utilizó un cuestionario semi-estructurado, basado en la gráfica utilizada por César (2005). La población estuvo constituida por 198 trabajadores, 118 trabajadores comunitarios de salud, 25 enfermeras, 25 técnicos de enfermería, médicos y dentistas, seis 16. Entre los trabajadores que han sufrido violencia fueron el 62,1% de trabajadores de salud comunitarios, enfermeras de 13,2%, 8,4% médicos, el 13,2% técnicos de enfermería y dentistas 3,1%. Los tipos de violencia que sufren los trabajadores eran más amenazas o agresiones verbales (80,2%). Los mayores infractores eran personas de la comunidad y / o usuarios (58,1%), femenino (69,8%) y adultos (83,7%). Los sentimientos de tristeza (41,9%), ira (38,4%) y la humillación (36,1%) fueron las más frecuentes después de la violencia. Y el resultado de la violencia más citado fue la pérdida de satisfacción en el trabajo (54,6%). La mayoría de los trabajadores (64,2%) informaron haber informado a los actos de violencia en la cabeza, el 57,8% dijo que se sienten seguros en el lugar de trabajo, el 59,5% considera que el entorno físico contribuye a la aparición de la violencia, 64,7% considera que el lugar de trabajo inseguras, el 56,3% se siente seguro en el camino al trabajo, el 95,8% informó de la importancia de la inscripción en cualquier tipo de violencia, el 66,8% informó recibir asesoramiento sobre cuándo y cómo lidiar con los conflictos entre usuarios y trabajadores, el 43,7% no recibió atención médica y psicológica después de que el acto de violencia. Los factores de riesgo citados fueron: los pacientes violentos (71,2%), falta de personal capacitado para hacer frente a situaciones de

violencia (43,4%) y la sobrecarga de trabajo (37,9%). La mayoría de las unidades no tienen un sistema de alarma y guardias de seguridad. Cumplir con el trabajo fenómeno de la violencia relacionada con la importancia de aplicar medidas preventivas para reducir la violencia y mejorar la asistencia que se brindará a los usuarios.

Palabras clave: Violencia. Salud de la familia. Salud ocupacional. El trabajo. De atención primaria.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição sociodemográfica e ocorrência de violência no trabalho nas equipes de saúde da família. Uberlândia-MG, 2011.....	44
Tabela 2	Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família, segundo as formas de violência sofrida. Uberlândia-MG, 2011.....	50
Tabela 3	Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família quanto ao tipo de violência que considere mais grave. Uberlândia-MG, 2011.....	51
Tabela 4	Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família, segundo o agressor e a categoria profissional. Uberlândia-MG, 2011.....	52
Tabela 5	Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família, segundo sexo e faixa etária do agressor. Uberlândia-MG, 2011.....	53
Tabela 6	Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família, segundo a categoria profissional e o local de violência considerada mais grave. Uberlândia-MG, 2011.....	54
Tabela 7	Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família, segundo os sentimentos após a violência. Uberlândia-MG, 2011.....	55
Tabela 8	Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família, segundo a categoria profissional e as consequências do ato de violência. Uberlândia-MG, 2011.....	56
Tabela 9	Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família, segundo a categoria profissional e à informação à chefia, quanto à ocorrência de violência. Uberlândia-MG, 2011.....	58
Tabela 10	Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família, segundo a categoria profissional e segurança no ambiente de trabalho. Uberlândia-MG, 2011.....	60
Tabela 11	Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família, a respeito do grau de segurança no ambiente de trabalho. Uberlândia-MG, 2011.....	60
Tabela 12	Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família, segundo a categoria profissional e a contribuição do ambiente físico para a ocorrência de violência. Uberlândia-MG, 2011.....	61
Tabela 13	Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família, segundo a categoria profissional e os fatores de risco para violência. Uberlândia-MG, 2011.....	64

Tabela 14	Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família, segundo a categoria profissional e segurança no trajeto para o trabalho. Uberlândia-MG, 2011.....	66
Tabela 15	Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família, segundo a categoria profissional e a quantidade de vezes que o profissional testemunhou um ato de violência. Uberlândia-MG, 2011.....	67
Tabela 16	Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família, segundo a categoria profissional e a importância do registro de violência no trabalho. Uberlândia-MG, 2011.....	67
Tabela 17	Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família, segundo a categoria profissional e a informação à chefia sobre os perigos da segurança no trabalho. Uberlândia-MG, 2011.....	68
Tabela 18	Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família, segundo a categoria profissional e orientação de quando e como lidar com conflitos entre os pacientes e trabalhadores. Uberlândia -MG, 2011.....	69
Tabela 19	Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família, segundo a categoria profissional e a assistência médica e psicológica oferecida aos trabalhadores agredidos. Uberlândia-MG, 2011.....	70
Tabela 20	Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família, segundo a categoria profissional e percepção de insegurança no trabalho. Uberlândia-MG, 2011.....	71
Tabela 21	Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família, segundo a categoria profissional e as razões para considerar o local de trabalho inseguro. Uberlândia-MG, 2011..	71

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde
BC – Bloco Cirúrgico
BO - Boletim de Ocorrência Policial
CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CIE - Conselho Internacional de Enfermagem
CTI - Centro de Terapia Intensiva
ESF - Estratégia de Saúde da Família
IML – Instituto Médico Legal
ISP - Internacional de Serviços Públicos
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MS - Ministério da Saúde
OIT - Organização Internacional do Trabalho
OMS - Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
OSHA - Occupational Safety & Health Administration
PNST - Política Nacional de Saúde do Trabalhador
PNRMAV - Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
SIM - Sistema de Informação sobre a Mortalidade
SMSA - Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SPSS - Analysis Software Statistical
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS - Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
1.1	VIOLÊNCIA NO CONTEXTO GERAL.....	16
1.2	SAÚDE DO TRABALHADOR E VIOLÊNCIA NO TRABALHO.....	21
1.3	VIOLÊNCIA RELACIONADA AO TRABALHO NO SETOR SAÚDE.	28
1.4	A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	30
2	JUSTIFICATIVA.....	34
3	OBJETIVOS.....	36
3.1	OBJETIVO GERAL.....	36
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	36
4	MATERIAIS E MÉTODO.....	37
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	37
4.2	POPULAÇÃO E SELEÇÃO DOS SUJEITOS.....	37
4.3	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	37
4.4	COLETA DE DADOS.....	39
4.5	PROCESSAMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	40
4.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	41
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	42
5.1	DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E VIOLÊNCIA NO TRABALHO.	42
5.2	PERCEPÇÃO DE SEGURANÇA NO AMBIENTE DE TRABALHO.	59
6	CONCLUSÕES.....	73
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
	REFERÊNCIAS.....	75
	APÊNDICES.....	84
	APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO - ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA E VIOLÊNCIA RELACIONADA AO TRABALHO	84
	ANEXOS.....	87
	ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	87

1 INTRODUÇÃO

1.1 VIOLÊNCIA NO CONTEXTO GERAL

A violência é considerada um problema social e de saúde pública de grande magnitude, tanto na esfera nacional quanto internacional, e, tem provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade, afetando a população de modo desigual, gerando diferentes riscos em relação ao sexo, raça, cor, idade e espaço social (BRASIL, 2001; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2006; SOUZA, 2005). Ressalta-se que no ano de 2002 houve um crescimento do risco de morrer, por violência, de 17% em relação à década de 80 e de 3,3% em relação à década de 90 (SOUZA; LIMA, 2007).

O termo violência é polissêmico, ou seja, existem diversas definições, algumas até antagônicas em relação às outras (JORGE, 2009). De uma forma geral, a violência pode ser definida como ações de pessoas, grupos, classes, nações que podem afetar a integridade física, moral, mental, espiritual, a qualidade de vida, ou, até mesmo ocasionar a morte da vítima (DESLANDES, 2000; MINAYO; SOUZA, 2003).

Segundo Minayo e Souza (2003) disseram que existem duas correntes que explicam a violência, a primeira que afirma ser um fenômeno puramente biológico e psicológico, entendida como parte do instinto de sobrevivência e forma natural de reação dos animais em certas condições e situações. A segunda como sendo de causa apenas social, por ruptura da ordem, pela vingança dos oprimidos e pela fraqueza do Estado.

Minayo (2006) afirmou que apesar das diferentes concepções é praticamente unânime a ideia de que a violência não faz parte da natureza humana e que, também, não tem raízes biológicas. Portanto, a violência é um fenômeno mundial e a Organização Mundial de Saúde (OMS) a definiu como:

[...] 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).

Em estudo de Jorge (2009) o ato violento foi definido como o uso de palavras ou ações com intenção de provocar danos físicos ou psicológicos, o uso abusivo ou injusto da autoridade, assim como o uso da força que resulta em ferimentos, sofrimento, tortura ou morte.

Por essas definições, a violência não se constitui apenas por algumas ações delimitadas como homicídios e furtos. São consideradas como violência outras formas de expressão, menos explícitas e até mesmo mais perversas do que as mencionadas. Na realidade, o crescimento da violência e de seus desarranjos interfere não apenas nos espaços sociais, mas também provocam impactos no âmbito particular da vida de cada sujeito, impactos esses que resultam em outros processos violentos (MELGAÇO, 2005; MINAYO, 2006, SILVA; BESSET, 2010).

Os efeitos da violência se refletem principalmente nos grupos mais vulneráveis, como as crianças, os idosos, as mulheres e os pobres, e afetava direta ou indiretamente toda população (COSTA, 2005).

A violência pode ser nomeada segundo o âmbito da ocorrência, a pessoa ou grupo acometido, a aparente motivação, o agressor, a arma utilizada, as estruturas sociais e políticas, o comportamento humano e outros (COSTA, 2005; JORGE, 2009).

É importante distinguir os tipos de violência, que pode ser: estrutural, de resistência e intrafamiliar. A estrutural caracteriza-se pelas desigualdades sociais que produzem miséria, fome, discriminação e exclusão das pessoas, que se destaca pela exclusão econômica e política de grande parte da população. A de resistência constitui-se de diferentes formas de resposta dos grupos, classes, nações e indivíduos oprimidos à violência estrutural. Ela é fruto de movimentos sociais e de classe, objeto de contestação e repressão por parte dos detentores do poder político, econômico ou cultural. A intrafamiliar refere-se às atitudes como agressões físicas, psicológicas ou de negligência que aparecem nas relações conjugais, parentais e entre irmãos. Outros autores preferem denominá-la violência doméstica, a violência intrafamiliar, porque nesse último caso o foco está nas relações e no espaço onde ocorrem as violências (MINAYO; SOUZA, 1997).

Os comportamentos violentos podem ser classificados como violência interpessoal, composto por violência intrafamiliar e comunitária, violência autoinfringida, como suicídios e automutilações, e violência coletiva, como genocídios, terrorismo e crime organizado. A violência ocupacional está inserida no

grupo de violência interpessoal, que consiste em comportamentos produzidos por indivíduos que não possuem relação entre si, e que podem se conhecer ou não, e ocorrem em estabelecimentos fora do lar (OMS, 2002).

A relevância da discussão sobre a questão da violência e suas diferentes manifestações atribui a necessidade de historiar que não há qualquer forma de violência que possa ser qualificada como de menor importância ou menor gravidade (GARBIN, 2009).

A violência causou um grande impacto econômico, e afetou materialmente os serviços de saúde, seus custos, sua organização e envolveu os profissionais como vítimas e também como atores que reproduziam, contribuíam para superar ou agravar a sua ocorrência. Os anos potenciais de vida ganhos pelos avanços biomédicos, com uma cobertura vacinal excelente, com a redução das taxas de mortalidade infantil, entre outras conquistas "sanitárias", podem ser diminuídos pelo fenômeno da violência (DESLANDES, 2000).

As estatísticas evidenciaram que a violência foi responsável por mais de um milhão de mortes por ano no mundo, o que representa 140 mortes por dia. O Brasil ocupa o quarto lugar no ranking de homicídios, quando comparado com 84 países no mundo, com uma taxa de 27 homicídios por 100 mil habitantes. A violência é a principal causa de morte entre pessoas da faixa etária entre 15 e 44 anos, com maior frequência entre adolescentes e adultos jovens. E, no contexto geral a violência representa a segunda maior causa de mortalidade (12,6%) perde apenas para as doenças do aparelho circulatório (DAHLBERG; KRUG, 2007; GAWRYSZEWSKI; RODRIGUES, 2006; KRUG et al., 2002; VIEIRA, 2008).

Em 2009 os óbitos por causas externas totalizaram 138.697, e a região sudeste foi a mais acometida com 54.843 vítimas fatais. A concentração dos acidentes e das violências é visivelmente mais clara nas áreas urbanizadas, e acumulam cerca de 75% das mortes por causas violentas (BRASIL, 2010). Os grandes centros urbanos brasileiros possuem as taxas de mortes por causas violentas mais altas do continente americano, é uma tendência de crescimento que, desde a década de 80 vem se acentuando (SOUZA; MINAYO, 2003).

Em Minas Gerais, até 1999, a Fundação João Pinheiro era responsável pelas estatísticas sobre mortalidade. A implantação da terceira via da DO (Declaração de Óbito), em 1995, possibilitou à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA) a construção de um banco de dados próprio, seguindo rotinas padronizadas

para codificação e processamento dos dados. Em 2000, a SMSA assumiu oficialmente a produção da estatística de mortalidade e iniciou busca sistemática de informações no IML (Instituto Médico Legal) (MATOS; PROIETTI; BARATA 2007).

Entre 1994 e 2004, o crescimento da população foi de 16,5% e o número total de homicídios registrados pelo Sistema de Informação sobre a Mortalidade (SIM) aumentou de 32.603 para 48.374, gerou um aumento de 48,4% (BRASIL, 2010). De 1991 a 2000, ocorreram 1.118.651 mortes por causas externas, e 82,8% eram homens. Nesse período, a taxa média de mortalidade masculina por essas causas foi de 119,6 por 100.000 habitantes, que foi 5 vezes maior do que a taxa média observada para as mulheres (24/100.000 habitantes) (SOUZA, 2005).

No Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil apresentou, no ano de 2000, 34.132 internações hospitalares por agressões, o que corresponde a 5,4% de todas as hospitalizações por causas externas e uma taxa de internação de 2 por 10 mil habitantes, excluindo os atendimentos nas emergências hospitalares (SOUZA, 2005).

Os custos da violência atingiram um prejuízo econômico de quatro bilhões de reais ao ano no Brasil, com gastos médicos e hospitalares com urgência, o custo médio de tratamento das vítimas foi 25% maior que o custo médio de uma internação geral (DAHLBERG; KRUG, 2007; MINAYO, 2000). Observou-se que o valor médio da internação, no Brasil, relativo às vítimas da violência, foi de R\$ 507,59 em janeiro de 2000, no mesmo mês para o ano de 2009, esse valor se elevou em 82,51%, num total de R\$ 926,42 (MINAS GERAIS, 2009).

Portanto, é importante priorizar análises e intervenções multidimensionais, capazes de considerar que as pessoas não são vulneráveis, mas podem estar vulneráveis a alguns agravos e não a outros, sob determinadas condições e em diferentes momentos de suas vidas (AYRES et al., 2003; MEDRONHO, 2009).

A OMS na 46ª Assembleia chamou a atenção para as graves consequências da violência, em curto e longo prazo, para indivíduos, famílias, comunidades e países, e, destacou os efeitos prejudiciais que ela gera no setor saúde (OMS, 2002). A consequência mais visível foi a mortalidade, mas a morbidade pode afetar igualmente a vida das pessoas. A morbidade é mais complicada de ser mensurada, pois, existe escassez de dados, subnotificações, imprecisão das informações geradas nos boletins de ocorrências policiais, pouca visibilidade que tem

determinados tipos de agravos, e multiplicidade de fatores que envolvem os atos violentos (COSTA, 2005; MINAYO; SOUZA, 1997).

Os altos índices de subnotificação impedem um conhecimento da abrangência da violência, muitos países passaram a realizar pesquisas das vítimas, que deram suporte ou complementaram as estatísticas oficiais. Os estudos das vítimas, ao serem questionadas especificamente sobre os episódios de violência sofrida permitiram delinear os fatores de risco das vítimas (CATÃO, 2000).

Além de atender as vítimas da violência cuidando dos agravos físicos e emocionais gerados pelos conflitos, ou seja, oferecendo assistência curativa, de forma emergencial, os profissionais da área da saúde tem como atribuição elaborar estratégias de prevenção da violência e promoção da saúde (MINAYO; SOUZA, 2003).

O Ministério da Saúde (MS) reuniu especialistas em torno do tema violência, gestores e profissionais de atendimento de serviços de saúde e elaboraram um documento estabelecendo as diretrizes e atividades para o setor saúde e a construção de políticas intersetoriais. O documento foi pactuado junto ao Conselho Nacional de Saúde e apresentado como a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências do Sistema Único de Saúde (PNRMAV/SUS). Essa política lida com a violência em suas várias formas de expressão: agressão física, assédio sexual, violência psicológica, e violência institucional. Nela, a violência é abordada como um problema de saúde pública a ser compartilhado com outros setores, que necessitam de definições de estratégias próprias de promoção da saúde e de prevenção de doenças (BRASIL, 2001).

Os pressupostos da PNRMAV são a saúde entendida como direito humano fundamental e essencial ao desenvolvimento social e econômico, o direito e respeito à vida como valores éticos da cultura e da saúde, e a promoção da saúde como base para o desenvolvimento de todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes (BRASIL, 2001).

O impacto da violência na vida das pessoas é incontestável, os danos à saúde, a redução do bem-estar, o medo e a insegurança que ela ocasiona a todos (VIEIRA, 2008). Por essa razão, a ação de prevenção da violência deve ser pensada de forma integrada e articulada entre diversas áreas, seja com a educação, com a Secretaria Especial de Direitos das Mulheres, a Justiça, a Assistência Social, os

Conselhos Tutelares, as universidades e outros parceiros, que promovem a equidade social e de gênero (MALTA et al., 2007).

Enfim, são muitos os desafios à inserção do tema violência no contexto da saúde, sua institucionalização e sustentabilidade. Um primeiro desafio consiste na criação e na prática de planos nacionais de prevenção de doenças e agravos não transmissíveis, inclusive de prevenção da violência no nível local, articulado com as diferentes áreas e experiências existentes. Outro desafio consiste na ampliação da capacidade da vigilância de violência, seja pela melhoria das bases de dados e implantação da coleta de dados sobre violência, seja pela ampliação da capacidade de análise dos dados existentes. E a outra questão consiste na definição de prioridades e apoio às pesquisas sobre as causas, consequências, custos e atividades de prevenção da violência (MALTA et al., 2007).

1.2 SAÚDE DO TRABALHADOR E VIOLÊNCIA NO TRABALHO

O trabalho, no seu conceito original, está intimamente relacionado ao sofrimento e a tortura. Etimologicamente, o termo trabalho vem do latim *tripallium*, que representa um instrumento de tortura. Entretanto, foi exatamente com o trabalho que o ser humano conseguiu dar um salto qualitativo, já que adotou o planejamento racional das atividades para a realização dos fins desejados (CLDF, 2008).

O trabalho é fonte de sentido da vida, institui rotinas, dignifica o trabalhador, garante direitos de cidadania, provê *status*, satisfação, realização e saúde. É nele que os trabalhadores depositam as suas competências e é por meio dele que se realizam os projetos de vida ou a concretização dos sonhos (HIRIGOYEN, 2005). Portanto, o trabalho tem um papel fundamental na estruturação da identidade do trabalhador, de ser apreciado, estimado ou amado e ajuda a garantir uma boa imagem de si mesmo. De forma antagônica, o trabalhador ao ser rejeitado, criticado ou humilhado pode despertar um sentimento de angústia e insegurança (CLDF, 2008).

O contexto de trabalho segundo Mendes e Ferreira (2007) caracterizou-se por três dimensões: organização, condições e relações profissionais do trabalho. A organização do trabalho é a natureza e a divisão das tarefas, as regras formais, a jornada de trabalho, a produtividade esperada e as regras informais. A condição de trabalho diz respeito aos elementos estruturais como a qualidade do ambiente físico,

os equipamentos e materiais utilizados e a relação de trabalho refere-se ao modelo de gerência, o processo de comunicação, às disputas profissionais e à participação dos trabalhadores nas decisões.

Historicamente, a ausência de uma política nacional voltada para saúde do trabalhador tem contribuído para que as ações de apoio aos trabalhadores seja desenvolvidas de forma fragmentada e dissociada das demais ações no campo da atenção à saúde, inclusive as ações de vigilância.

No entanto, a partir da Constituição Federal de 1988 e sua regulamentação, com a Lei Orgânica da Saúde (LOS) passou a ter competência e atribuição legal sobre o processo saúde-doença relacionado ao trabalho. A partir de então o MS, por meio da Área Técnica de Saúde do Trabalhador (COSAT), tem buscado formular uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST). Entre 1998 e 2000 foi desenvolvido um processo participativo para a elaboração de uma proposta para a PNST (BRASIL, 2004).

Pela LOS (Lei Federal 8080/90 - artigo 6º, parágrafo 3º), entende-se a saúde do trabalhador como o conjunto de atividades que se destinam, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo a assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho, no âmbito de competência do SUS em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho (BRASIL, 2004).

Conceitualmente, a violência do trabalho indica degradação de condições de trabalho e produtividade expondo os trabalhadores aos riscos de acidentes e de adoecimentos, pode envolver 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 ataques no seu ambiente de trabalho, incluindo o trajeto de ida e volta que colocam em perigo sua segurança, seu bem-estar e sua saúde, implícita ou explicitamente (OMS, 2002).

No Brasil, a violência no trabalho vem desde o tempo da escravatura. Naquela época a violência era vista como total ausência de liberdade dos escravos em tomar decisões sobre si mesmo (ROSSO; FREITAS, 2001).

A violência no trabalho foi considerada como resultante de uma combinação de causas relativas às pessoas, ao meio ambiente, ao ambiente de trabalho e às condições organizacionais e contratuais do trabalho. Envolve o uso de força física ou abuso emocional contra um funcionário, onde esses podem estar intimidados, ameaçados ou agredidos, o que pode ter consequências físicas ou emocionais (GERBERICH et al., 2004; ILO et al., 2002).

A violência pode ocorrer durante as relações entre duas ou mais pessoas, como uma forma de comportamento negativo ou de ação caracterizada pela agressividade, algumas vezes repetida, outras vezes pontual, que produz danos para a segurança, saúde e bem-estar dos trabalhadores no local de trabalho (UNIÃO EUROPEIA, 2001).

A agressividade pode manifestar-se quer por simples atitude corporal, como uma atitude de provocação, desprezo ou sarcasmo perante outra pessoa, quer por uma efetiva ação violenta, de tipo físico ou verbal. A violência manifesta-se de múltiplas formas como, por exemplo; agressão física, injúrias verbais, prepotência, perseguição coletiva, assédio sexual, discriminação em razão da religião, raça, deficiência, sexo, ou, em todo o caso, da diferença, pode ser praticada tanto por pessoas estranhas ao ambiente de trabalho como por pessoas do próprio ambiente de trabalho (UNIÃO EUROPEIA, 2001).

Nos últimos anos, ocorreu uma série de transformações no mundo que contribuíram para o aumento de casos de violência no ambiente do trabalho, seja ela física ou psicológica, tornou-se um problema mundial e uma das grandes preocupações para os países desenvolvidos e em desenvolvimento, afetou a dignidade de milhões de pessoas em todo o mundo (BRASIL, 2004).

Entre os problemas de saúde relacionados ao trabalho deve ser ressaltado o aumento das agressões e episódios de violência contra o trabalhador no seu local de trabalho, como as agressões entre pares, chefias e subordinados. A violência no trabalho, sempre existiu, entretanto, ela está cada vez mais intensa e com maior visibilidade e percepção pelos próprios trabalhadores. Pode-se afirmar que a violência é uma importante fonte de desigualdade, discriminação e conflito entre os trabalhadores, no local de trabalho ela aparece como uma ameaça grave e às vezes letal, e, pode causar consequências imediatas e também em longo prazo (MORENO, 2004; OIT, 2002).

Mayhew e Chappell (2001) ressaltaram que, no contexto de trabalho, a violência se origina de uma combinação de causas, relativas ao indivíduo, ao ambiente de trabalho, às condições do trabalho, bem como ao modo como ocorrem as interações sociais no contexto produtivo: entre colegas de trabalho, entre clientes e trabalhadores e entre estes últimos e os gestores.

A violência no ambiente de trabalho é caracterizada por três formas distintas: **externa** quando a prática da violência ocorre por um sujeito que não possui relação com o trabalhador ou por usuários, existindo uma relação profissional entre o autor do ato e o trabalhador, **interna** quando o autor tem uma ligação com a vítima no local de trabalho, seja ele, colega, chefe ou subalterno e **a violência provocada pelo cliente**, no qual os trabalhadores de saúde são uns dos mais afetados por lidar com uma clientela muito diversificada composta muitas vezes por pacientes psiquiátricos, delinquentes, drogados, embriagados e os familiares desses pacientes que se tornam agressivos com os trabalhadores, principalmente em caso de morte de algum dos familiares (MAYHEW; CHAPPELL, 2001; SANTOS JUNIOR; DIAS, 2004).

Para a Organização Internacional do Trabalho (OIT) (2002) a violência é categorizada como: física, psicológica ou moral. Cezar (2005) considerou como atos de violência as agressões físicas e verbais, os assédios sexuais, as ameaças e roubos no local de trabalho, os acidentes de trânsito que ocorrem durante o trajeto para o trabalho, as competições entre os colegas e discriminações.

A violência física consiste em usar a força física contra outra pessoa produzindo danos físicos, sexuais ou psicológicos, como chutes, tapas, bofetões, punhaladas, tiros, ou, outro tipo de contato físico destinado a ferir ou prejudicar (BARRETO, 2002; GERBERICH et al., 2004; ILO et al., 2002; MORENO, 2004). As agressões físicas mais relatadas na literatura contra trabalhadores de enfermagem são: arranhar, beliscar, dar pontapés, esmurrar, dar tapas, empurrar, apertar contra a parede, morder e agredir com o uso de objetos ou arma. E, a maioria dos estudos tem discutido principalmente a violência física, por serem mais fáceis de definir e mensurar (ARNETZ; ARNETZ; SODERMAN, 1998; NIOSH, 2002).

A violência psicológica ou assédio moral é definido como toda e qualquer conduta abusiva que possa trazer dano à personalidade, à dignidade ou à integridade física ou psíquica de uma pessoa, por em perigo seu emprego ou degradar o ambiente de trabalho. Dentre as ações que caracterizam esse tipo de

assédio tem-se: a humilhação, o constrangimento, a desqualificação e a degradação das suas condições de trabalho, o isolamento do trabalhador, a indução ao erro, as tarefas vexatórias, a recusa da comunicação direta, o abuso de poder por parte dos superiores hierárquicos e as manobras perversas conduzidas por uma ou mais pessoas do grupo de trabalho (BARRETO, 2002; GERBERICH et al., 2004; GUIMARÃES; RIMOLI, 2006; HIRIGOYEN, 2005; ILO et al. 2002; MORENO, 2004).

A agressão verbal ocorre quando uma pessoa grita ou jura, engaja em xingamentos, insultos, ofensas, tom de voz alto ou usa outras palavras para ferir, e, pode resultar muitas vezes em humilhação e indicar a falta de respeito com a dignidade do indivíduo (BARRETO, 2002; GERBERICH et al., 2004; ILO et al., 2002; MORENO, 2004).

O assédio sexual ocorre quando existe qualquer tipo de comportamento sexual indesejado, o qual cria um ambiente de trabalho hostil, contato físico indesejável, insinuações e piadas, ameaças, fofocas, ironias e exibição de material pornográfico associado a promessas de promoção profissional. Essas condutas são assumidas por empregadores, chefes, líderes ou encarregados, numa relação hierárquica de poder e caracteriza-se por ser uma ameaça como uma ação imposta sem reciprocidade. Essa situação pode levar a rejeição ou à submissão do trabalhador e criar um ambiente hostil, intimidatório e degradante (BARRETO, 2002; GARBIN, 2009; GERBERICH et al., 2004; ILO et al., 2002; MORENO, 2004).

A ameaça é definida como promoção do uso da força física ou de poder e, resulta em medo de violência física, sexual, psicológica ou outras consequências negativas, ocorrem quando alguém usa palavras, gestos ou ações com a intenção de intimidar, assustar ou prejudicar, podem ser tanto verbais como com uso de objetos ou armas. As formas mais clássicas de ameaças são a agressão física, a ameaça em prejudicar o emprego e a ameaça de morte (BARRETO, 2002; GERBERICH et al., 2004; ILO et al., 2002; MORENO, 2004).

A discriminação caracteriza-se por atitudes de desrespeito e intolerância às diferenças, principalmente de gênero, de origem étnico-cultural, de biotipo e outros. Exemplo desse tipo de violência é fazer comentários que utilizam palavras de cunho pejorativo ou ter atitudes discriminatórias em relação a diferenças, como isolar a pessoa, não lhe dirigir a palavra, não dar a ela acesso aos recursos para o desenvolvimento do seu trabalho, entre outros (CLDF, 2008).

Para Guedes (2003), o assédio moral pode ser confundido com o assédio sexual. Quando o assédio sexual não é consumado o autor da violência pode assediar moralmente, forçando o trabalhador a pedir demissão. O assédio moral possui fundo psicológico e tem como objetivo excluir a vítima do mundo do trabalho, enquanto que o assédio sexual possui natureza sexual (NASCIMENTO, 2004).

A violência multilateral que visa excluir a vítima do mundo do trabalho, seja forçando-a a demitir-se, a aposentar-se precocemente, como também a licenciar-se para tratamento de saúde, o agressor pode ser o chefe (hierarquia vertical), de colegas da mesma hierarquia funcional (horizontal), da omissão do superior hierárquico diante de uma agressão (descendente), ou caso raro, quando o poder, por alguma razão, não está com o comando superior e sim nas mãos do subalterno (ascendente). Mas quem detém o poder pode mais facilmente cometer abuso, quando, no nível gerencial, são estimulados para apresentarem comportamentos e atitudes de abuso de poder, mau gerenciamento e de normas e acordos (GARBIN, 2009; HIRIGOYEN, 2005).

Os instrumentos que podem ser utilizados para pesquisa de violência são a Comunicação de acidente de trabalho (CAT), o Boletim de Ocorrência Policial (BO) e as anotações de enfermagem em prontuário de pacientes ou em livro de ocorrências. Porém, essas fontes não mostram o problema, uma vez que pela CAT só pode ser registrada a agressão física e os BOs e as anotações nem sempre são realizadas, uma vez que muitos não relatam a experiência sofrida, pois acreditam que sofrer violência é normal (MORENO, 2004).

A violência no trabalho não é uma relação entre dois atores isolados, mas o produto de uma situação coletiva, já que nenhuma violência, uma vez que ocorre em nossa sociedade, é estritamente individual. No local de trabalho, o aspecto social é mais importante, pois os atores fazem parte de um sistema e de uma hierarquia, entremeados por múltiplas relações sociais (CLDF, 2008).

A presença da violência no ambiente de trabalho implica em custos consideráveis para os indivíduos em termos de saúde e em relação a seu emprego e para a organização, dado o impacto causado pelo absentéismo, baixa na produtividade e rotatividade de pessoal. O combate à violência no trabalho traz benefícios ao indivíduo, à organização e à sociedade como um todo (HOEL; COOPER; FARAGHER, 2001).

Os atos de violência no trabalho provocam uma alteração imediata e geralmente duradoura das relações interpessoais, da organização do trabalho e do entorno laboral em seu conjunto. Aos donos das empresas recai o custo direto do trabalho perdido e a necessidade de melhorar as medidas de segurança. Entre os custos indiretos podem ser citados menor eficiência e produtividade, redução da qualidade dos produtos, perda de prestígio da empresa e diminuição do número de clientes (GUIMARÃES; RIMOLI, 2006).

As consequências da violência no trabalho são inúmeras e diferentes para cada instituição, agressor e o agredido. Para a instituição existe interferência no alcance de metas previstas, alteração na rotina de execução do trabalho, prejuízo a sua imagem, geração de prejuízos financeiros, em função de indenizações trabalhistas decorrentes de processos judiciais, aumento de despesas relacionadas à seguridade social. Para o agressor, a violência no trabalho pode ocasionar ônus da responsabilidade cível, pressão social pelo estigma de agressor, responsabilidade administrativa pela prática de violência, danos à saúde física, psíquica e social. E, finalmente para a vítima da violência pode ocorrer uma série de reações, que variam desde a falta de motivação para trabalhar até a total desilusão com o mundo do trabalho e a sociedade em geral. Como exemplos desses danos, tem-se os danos psicológicos, danos na esfera social e os danos físicos (MENDES; FERREIRA, 2007).

Podem-se citar como danos psicológicos a amargura, sensação de vazio, sentimento de desamparo, sentimento de impotência, mau humor, sentimento de culpa, vontade de desistir de tudo, ideia suicida, tristeza, irritação, sensação de abandono, dúvida sobre a própria capacidade laboral, solidão, medo, vergonha e constrangimento para falar sobre o que sente, falta de motivação, sentimento de humilhação e desonra alterações na memória e dificuldades de concentração, associação com o desenvolvimento de dependências químicas e outros tipos de patologias compulsivas, sintomas de estresse, baixa autoestima, sentimentos de raiva e rancor, sintomas psicossomáticos, crises de identidade e dissociação da personalidade, transtornos psiquiátricos com traços delirantes (MENDES; FERREIRA, 2007).

Os danos na esfera social para o agredido pode ser a insensibilidade em relação aos colegas, a desconfiança, as dificuldades nas relações fora do trabalho, os conflitos nas relações familiares, a agressividade com os outros, a dificuldade

com os amigos, a impaciência com as pessoas em geral, a dificuldade no desempenho das tarefas, as despesas com tratamento de saúde e a assistência jurídica. E os danos físicos são as dores no corpo, dores nos braços, dor de cabeça e enxaqueca, distúrbios respiratórios, distúrbios digestivos, dores nas costas, distúrbios auditivos, alterações do apetite, distúrbios na visão, alterações do sono, dores nas pernas, distúrbios endocrinológicos, cansaço, distúrbios circulatórios, desenvolvimento de alergias e doenças de pele, alterações na pressão arterial, diabetes, alterações de colesterol (MENDES; FERREIRA, 2007).

Barreto (2002) relatou que além do investimento em programas de qualidade de vida é necessário que os gestores estejam atentos para eliminar condições insalubres, precarização do trabalho, relações autoritárias e abuso de poder. De outra forma, há uma sobrecarga dos profissionais de saúde e gestão de pessoas, que, diante do sofrimento dos trabalhadores, se veem engessados, já que, sozinhos, não possuem meios de transformar a realidade adoecedora do ambiente de trabalho.

Também vale ressaltar que existem falsos comentários de violência no trabalho. Muitas vezes, eles são feitos com a intenção de desmoralizar alguém, procurando prejudicar o suposto assediador e seu grupo. A pessoa que acusa nem se questiona sobre a gravidade do que está fazendo, o que interessa é apenas a vingança e a destruição do outro e, por vezes, apenas ganhar alguma vantagem pecuniária (CLDF, 2008).

1.3 VIOLÊNCIA RELACIONADA AO TRABALHO NO SETOR SAÚDE

Os trabalhadores de saúde tem um risco maior de serem atingidos pela violência, dependendo da localização geográfica da instituição, como periferias e locais com elevado número de usuários de drogas (MAYHEW; CHAPPELL, 2001; SANTOS JUNIOR; DIAS, 2004).

O alto número de trabalhadores do setor de saúde que são atingidos pela violência em muitos países chamou a atenção da OIT e de outras instituições que estabeleceram diretrizes para combater o medo, a humilhação, as agressões e os homicídios nos locais de trabalho (OIT, 2002).

O risco de violência que os profissionais de saúde experimentaram foi 16 vezes maior do que o risco de profissionais de outras áreas, principalmente a não

fatal, e a enfermagem foi a categoria profissional mais atingida pela violência relacionada ao trabalho (BAGGIO, 2007; KINGMA, 2001). Os trabalhadores de serviços de saúde tem um risco mais baixo de sofrer homicídio no trabalho quando comparado com as altas taxas de sofrer agressões não fatais (NIOSH, 2002).

O estudo realizado na Jamaica com profissionais de serviços secundários e terciários, de hospitais gerais e de centros de atenção primária de áreas urbanas e rurais verificou maior prevalência de violência psicológica, especialmente o abuso verbal e o *bullying*. Os autores constataram ainda que os enfermeiros sofreram maior abuso verbal do que as demais categorias profissionais e havia maior risco de violência física em trabalhadores com mais de 55 anos (JACKSON; ASHLEY, 2005).

O conselho internacional de enfermeiros tem manifestado a sua preocupação, ao distribuir uma alerta as entidades, para adoção de medidas que salvaguardem a integridade física e psicológica dos profissionais de saúde em geral e, particularmente, dos enfermeiros (CIE, 2009).

Um estudo pioneiro que mostrou a magnitude do fenômeno da violência relacionada ao trabalho foi realizado no Rio de Janeiro-RJ em 2002, no âmbito do programa “Violência no Trabalho no Setor Saúde”, pela OIT, Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), Organização Mundial de Saúde (OMS) e Internacional de Serviços Públicos (ISP). Essa pesquisa apontou que, do total de trabalhadores de saúde 46,7% tinham sofrido pelo menos uma agressão no último ano, 6,4% tinham sofrido agressão física, 39,5% agressão verbal, 15,2% assédio moral, 5,7% assédio sexual e 5,3% discriminação racial no último ano (ILO et al., 2002).

A ocorrência de atitudes violentas dentro do ambiente de trabalho de saúde pode servir como um alerta para que mudanças importantes possam ser planejadas na instituição, desde a adoção de novas práticas na rotina de trabalho até a implantação de ouvidorias e urnas onde é possível ter um elo entre o usuário e/ou acompanhante, com isso, implantar melhorias na qualidade do serviço e consequente satisfação das pessoas (SANTOS et al., 2011).

A violência não é objeto próprio do setor saúde, é antes de tudo uma questão social. Ela se torna parte desse campo pelo impacto que provoca na qualidade de vida da população e pela concepção ampliada de saúde (JORGE, 2009).

A violência no trabalho no setor saúde é um fenômeno cada dia mais frequente, e diante do expressivo número de trabalhadores acometidos em todo o mundo, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a Organização Mundial de

Saúde (OMS), o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) e o Internacional de Serviços Públicos (ISP) estabeleceram um programa conjunto com diretrizes traçadas com o propósito de ajudar os profissionais a combater o medo, a humilhação e inclusive homicídios em seu local de trabalho (MARZIALE, 2004).

As violências nos setores de saúde vão além das agressões e ofensas individuais, pois colocam em perigo a produtividade, a qualidade da assistência e o desenvolvimento das atividades cotidianas e profissionais, e as mulheres são as mais vulneráveis (BARBOSA et al., 2011).

Quando os trabalhadores começam a apresentar os sinais da doença, aparece outro sintoma, a ocultação do problema. A atitude está diretamente relacionada ao medo de perder o emprego e por isso, como estratégia, o trabalhador não fala abertamente sobre a doença e prefere sofrer sozinho. O trabalhador, uma vez doente não tem alternativa senão, o afastamento do trabalho, inicialmente por licença para tratamento, e em seguida, a demissão propriamente dita, como consequência da inadequação do trabalhador aos objetivos da empresa (AGUIAR, 2003).

Os métodos de prevenção que devem ser adotados pelos serviços de saúde devem ser fundamentalmente pela adoção de medidas para informar e educar os trabalhadores, por meio de cartilhas, códigos de conduta, políticas antiassédio, eventos de discussão do tema, além do trabalho diário na perspectiva de gerar um clima de tolerância e liberdade para colaborar ou impedir o surgimento de comportamentos inapropriados (LECLERC, 2005).

Após uma situação de violência é importante o trabalhador tomar medidas efetivas sobre a situação. Se não possível informar à chefia, procurar um amigo ou familiar, para ajudar a esclarecer a situação e criar oportunidades para que os trabalhadores em situação de conflito busquem uma solução (CLDF, 2008).

1.4 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O setor de saúde brasileiro, até 1988 assentava-se na Lei 6.229, modelo legalmente instituído, curativo e preventivo, individual e coletivo, por meio de práticas assistenciais fortemente centradas em hospitais, e restritas aos contribuintes previdenciários. Esse modelo compreendia a doença, a partir da disfunção de seus elementos orgânicos e tinha como espaço privilegiado de

intervenção e sistematização de um saber sobre ela. Já o atual modelo de atenção à saúde propõe ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, tanto ao indivíduo, quanto à família e comunidade, por meio de serviços assistenciais (ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico), quanto de vigilância em saúde (ambiental, epidemiológica e sanitária) (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005).

Diante da necessidade de mudança do modelo de atenção no espaço político-operacional, o MS lançou, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), que vem se expandindo sensivelmente desde então. Em 1998, o PSF passa a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), por ser considerado uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde (BRASIL, 2006; ELIAS et al., 2006; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005).

Em 2007, a ESF atingiu mais de 90% dos municípios brasileiros e cobria cerca de 87 milhões de habitantes (46%), com 27 mil equipes instaladas. Essa expansão se tornou fundamental para a garantia de acesso dos usuários aos serviços de saúde, a partir da atenção básica, assumindo a função de porta de entrada do SUS (BRASIL, 2006; ELIAS et al., 2006; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005).

Dessa forma, em muitas localidades brasileiras o SUS tem sido o grande empregador, quer seja no setor público, quanto no privado credenciado. Esse mercado de trabalho estendeu-se em toda extensão do território nacional e foram muito procuradas, pelos trabalhadores para fixação, em localidades mais distantes. Toda essa mudança tem sido um grande incentivo para que os trabalhadores possam atuar em conformidade com os princípios e diretrizes norteadoras do SUS (COSTA, 2005).

A ESF caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção, a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, que se iniciam com o acolhimento, onde surge a primeira possibilidade de vínculo (BRASIL, 2011; GOMES, 2005). A atenção primária é desenvolvida através do trabalho em equipe, para populações de territórios delimitados. A ESF leva em consideração as diferenças sociais, econômicas e outras, 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, 2011).

A ESF utiliza os princípios da universalidade, da acessibilidade e da assistência ao cuidar do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção da saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer as possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006).

De acordo com a Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011, com o intuito de facilitar os princípios do acesso, do vínculo, da continuidade do cuidado e da responsabilidade sanitária e reconhecendo que existem diversas realidades socioepidemiológicas, as necessidades de saúde e distintas maneiras de organização das UBS (Unidades Básicas de Saúde), recomendam-se a implantação de uma UBS sem equipe de saúde da família, para no máximo 18 mil habitantes, localizada dentro do território, e para UBS com saúde da família uma unidade, para no máximo 12 mil habitantes, localizada dentro do território, garantindo assim, os princípios e diretrizes da Atenção Básica (BRASIL, 2011).

A equipe de saúde da família deve ter o potencial para construir vínculos, aproximando os integrantes da equipe com os usuários. Essa relação deve ter um caráter de compromisso solidário e de construção social, envolvendo a equipe, instituições e comunidade. O maior desafio dos profissionais da equipe de saúde da família é concretizar na prática cotidiana “a voz do outro”, que significa mais que a construção do vínculo entre os trabalhadores e a comunidade (ALMEIDA, 2010; GOMES, 2005).

A equipe de saúde da família deve ter uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar à essa composição, como parte da equipe multiprofissional, os trabalhadores de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e técnico em saúde bucal (BRASIL, 2011).

O número de agentes comunitários de saúde (ACS) deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de saúde da família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe. Cada equipe de saúde da família deve ser

responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, com a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando os critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, e, quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2011).

O cadastramento de cada profissional de saúde deve ser em apenas uma equipe, exceção feita somente ao profissional médico que poderá atuar em no máximo duas e com carga horária total de 40 horas semanais (BRASIL, 2011).

A carga horária deve ser de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde, membros da equipe de saúde da família, à exceção dos profissionais médicos. A jornada de 40 horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 horas da carga horária para atividades na equipe de saúde da família e, conforme decisão e prévia autorização do gestor podem dedicar até oito horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial (BRASIL, 2011).

2 JUSTIFICATIVA

O fato de tomar conhecimento diariamente por meio da imprensa local, sobre questões relacionadas com a violência pressupõe-se que a violência no trabalho no contexto das equipes de saúde da família também esteja ocorrendo pela própria singularidade da proposta, como estar localizado em áreas com maiores índices de violência externa, maior risco social, necessidade de contato direto entre os usuários e a equipe de saúde da família, e atendimentos, normalmente, em ambientes abertos ou na própria residência dos usuários, fatores que aumentam a vulnerabilidade do trabalhador, qualquer tipo de atitude inadequada dos trabalhadores pode acabar em agressão ou violência no trabalho. E, essa situação pode ser agravada pelo fato dos trabalhadores não terem o adequado preparo para o enfrentamento desses casos (CEZAR; MARZIALE, 2006; LANCMAN et al., 2009; TOWNSEND, 2002).

As situações em que se dão as agressões no contexto dos trabalhadores das equipes de saúde da família, sob a perspectiva dos fatores associados ao risco de exposição à violência e suas implicações, constituem-se em uma proposta desafiadora, que contribuem com informações e conhecimentos que podem abrandar a violência nos cenários da prática como também na reorganização do processo de trabalho pelos trabalhadores da saúde (KAISER; BIANCHI, 2008).

O nível de desgaste enfrentado pelos trabalhadores de saúde é alto e, diz respeito também ao excesso de trabalho, a não aceitação da banalização da violência vivenciada e, principalmente, ao estresse causado pelas situações de risco que muitos estão expostos por desenvolverem suas atividades profissionais dentro das áreas de maior risco, onde a violência social se apresenta no cotidiano do trabalho (JORGE, 2009).

Nesse contexto o estudo de Kaiser e Bianchi (2008) destacaram que o repensar das práticas em saúde e da organização do processo de trabalho nos serviços de atenção primária em saúde pode diminuir a vulnerabilidade dos trabalhadores da saúde à violência. E, as suas consequências podem repercutir consideravelmente na eficiência do atendimento da atenção primária em saúde dos serviços, sobretudo nas unidades de saúde da família.

Por essas razões, além de considerar imprescindível a implementação de políticas públicas de saúde resolutivas voltadas para a saúde do trabalhador

(COSTA; MARZIALE, 2006), consideram-se igualmente importante a realização de estudos na perspectiva de poder contribuir para uma política voltada para a segurança do trabalhador.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever a violência relacionada ao trabalho no contexto das equipes de saúde da família do município de Uberlândia-MG, 2011.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico dos trabalhadores das equipes de saúde da família
- Descrever o perfil sociodemográfico dos trabalhadores das equipes de saúde da família que sofreram violência no trabalho
- Verificar se há associação entre as características sociodemográficas e a ocorrência de violência.
- Identificar os tipos de violência relacionada ao trabalho sofrido pelos trabalhadores das equipes de saúde da família
- Identificar na perspectiva dos trabalhadores a segurança existente no ambiente de trabalho e os fatores que influenciam na sua manutenção.

4 MATERIAIS E MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e com abordagem quantitativa realizado em Uberlândia-MG. O estudo descritivo tem como objetivo, informar sobre a distribuição de um evento, na população, em termos quantitativos e referir-se a sua incidência ou prevalência. A pesquisa quantitativa ampara-se na investigação de fatos com variáveis submetidas à mensuração, e os resultados obtidos são expressos numericamente. E, os estudos transversais são aqueles onde as medições são feitas em um único período de tempo (MEDRONHO, 2009; PEREIRA, 1995).

4.2 POPULAÇÃO E SELEÇÃO DOS SUJEITOS

Uberlândia é um município de grande porte, localizado na região do Triângulo Mineiro - Minas Gerais, tem uma população de aproximadamente 634.345 habitantes, com 46,5% do sexo masculino e 48,7% do sexo feminino (IBGE, 2010). Na área de saúde, o município possui 82 unidades de atendimento à saúde, com 68 na zona urbana e seis na zona rural, possui 40 equipes de saúde da família com uma cobertura populacional de 22,6% (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA, 2011).

Este estudo foi realizado nos locais de atuação das 40 equipes de saúde da família. A população foi constituída por todos os trabalhadores das equipes de saúde da família, são eles, enfermeiros, médicos, dentistas, técnicos/auxiliares de enfermagem, auxiliares de dentistas e agentes comunitários de saúde, sendo excluídos os trabalhadores em período de férias, faltosos nos dias da coleta ou afastados do serviço por motivo de doença.

4.3 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.

Cezar (2005) utilizou dois roteiros em seu estudo, um roteiro elaborado por eles com 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 qual foi encaminhado a três especialistas, pesquisadores na área de Saúde do Trabalhador para avaliação quanto a clareza, objetividade e conteúdo do roteiro. E o outro roteiro utilizado foi o “*Workplace Violence Checklist*” (U.S. DEPARTMENT OF LABOR, 1996) criado pela Occupational Safety and Health Administration (OSHA), traduzido e adaptado a realidade dos serviços de urgência hospitalar brasileiro por Cezar (2005), para identificar os problemas de violência relacionada ao trabalho e posteriormente foi avaliado por três pesquisadores da área de Saúde do Trabalhador.

O “*Workplace Violence Checklist*” (U.S. DEPARTMENT OF LABOR, 1996) integra um programa de prevenção de violência e contém seis etapas traduzidas por Cezar (2005), citadas a seguir:

- 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 Uberlândia-MG.

Com vistas ao alcance dos objetivos desta pesquisa, e levando em consideração as peculiaridades das equipes de saúde da família do município de Uberlândia-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 foi subdividido em três partes: dados socioemográficos, violência no trabalho e segurança no trabalho (APÊNDICE A).

Efetou-se um estudo piloto em uma unidade de saúde de Uberlândia-MG, que contou com a participação de 21 profissionais que atuam nas equipes de saúde da família (3 médicos, 3 enfermeiros, 3 técnicos de enfermagem, 3 dentistas, 3 três auxiliares de saúde bucal e 6 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.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de março a julho de 2011 e o agendamento para aplicação do questionário deu-se após o envio da lista nominal de todos os integrantes das equipes de saúde da família da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia-MG.

Para a coleta de dados foi entregue o questionário para cada profissional nas respectivas unidades de saúde da família. Os participantes responderam ao questionário somente após o esclarecimento sobre a importância da realização desta pesquisa, e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O termo será arquivado pelo pesquisador por cinco anos decorridos do término do estudo.

Utilizou-se como estratégia para a participação de todos os integrantes das equipes de saúde da família, de cada unidade, a coleta de dados individual e simultânea para todos os trabalhadores, em cada unidade, para evitar troca de informações e dirimir desvios de informação na obtenção dos dados.

A coleta de dados simultânea se deu em um horário marcado previamente com a enfermeira responsável pela equipe, com isso conseguiu-se um maior número de trabalhadores. Na maioria das unidades esse horário era o destinado a reuniões semanais entre a equipe.

Em cada equipe a coleta demorou cerca de 30 a 40 minutos, esse tempo incluiu a explicação do estudo, assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e a responder o questionário proposto. Em algumas equipes foi necessário até três visitas para obter um maior número de questionários respondidos.

4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Todos os dados coletados foram digitados duas vezes, por diferentes pessoas, para fins de identificação 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. Quando houve qualquer discordância na digitação, o questionário foi revisto.

Para fins de análise todos os dados foram transportados para o programa *Statistical Analysis Software (SPSS)* e *Epi Info 6.04*. Utilizou-se o primeiro para as análises descritivas e o segundo para as demais. Para análise dos resultados, optou-se pela estatística descritiva das variáveis de estudo, através da distribuição de frequências absolutas (n) e porcentagem (%), como também de medidas de dispersão média (\bar{x}) e desvio padrão (DP). Utilizou-se o teste qui-quadrado e o teste exato de Fisher, para verificar associação entre as variáveis sociodemográficas e a ocorrência de violência no trabalho.

Para alcance do objetivo 1 - “Descrever o perfil sociodemográfico dos trabalhadores que atuam nas equipes de saúde da família” - foram analisadas: sexo, idade, raça/cor da pele, estado civil, escolaridade, categoria profissional, tempo de serviço e se tinha outro emprego além da atuação nas equipes de saúde da família.

Para o objetivo 2 – “Descrever o perfil sociodemográfico dos trabalhadores que atuam nas equipes de saúde da família que sofreram violência no trabalho” – foram analisadas: sexo, idade, raça/cor da pele, estado civil, escolaridade, categoria profissional, tempo de serviço e se tinha outro emprego além da atuação nas equipes de saúde da família.

Para o objetivo 3 – “Verificar se há associação entre as características sociodemográficas e a ocorrência de violência” - Utilizou-se o teste qui-quadrado e o teste exato de Fisher, para verificar associação entre as variáveis sociodemográficas e a ocorrência de violência no trabalho.

Para o objetivo 4 – “Identificar os tipos de violência relacionada ao trabalho sofrido pelos trabalhadores das equipes de saúde da família” – analisou-se a ocorrência ou não de violência e tipos de violência que os trabalhadores foram submetidos (agressão física; agressão verbal; assédio sexual; roubo durante o trajeto para o local de trabalho; roubo no local de trabalho; ameaça no local de trabalho; ameaça durante o trajeto para o local de trabalho; acidente de trânsito durante o trajeto para o local de trabalho; competição entre os colegas e discriminação); como também de quem proferiu a violência mais grave.

Para o objetivo 5 – “Identificar na perspectiva dos trabalhadores a segurança existente no ambiente de trabalho e os fatores que influenciam na sua manutenção” – foram analisados se as pessoas se sentiam ou não seguras no ambiente de trabalho através de uma escala de 0 a 10, onde 0 era a maior insegurança que já se sentiu e 10 a maior segurança; os fatores que mais contribuíram para a ocorrência de violência com as 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 insuficiente e inadequados; ambiente estressante do ponto de vista da carga mental do trabalho; ambiente estressante do ponto de vista da carga física do trabalho.

As repostas do questionário deixadas em branco foram ocultadas nas tabelas. E as categorias sociodemograficas foram divididas em apenas duas de cada uma para poder utilizar a tabela 2x2 do teste qui-quadrado e exato de Fisher.

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UFTM sob protocolo 1851 (ANEXO A).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E VIOLÊNCIA NO TRABALHO

No ano de 2011, as equipes de saúde da família do município de Uberlândia-MG contabilizaram aproximadamente 418 trabalhadores (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de consultório dentário, dentistas e agentes comunitários de saúde). Participaram deste estudo 198 (47,4%) trabalhadores. Quanto à categoria profissional foram 62,1% (118) agentes comunitários de saúde, 13,2% (25) enfermeiros, 13,2% (25) técnicos de enfermagem, 8,4% (16) médicos, 3,1% (6) dentistas.

A maioria dos trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberlândia-MG era do sexo feminino (96,9%), da faixa etária de 30 a 39 anos (41,3%), de cor branca (53,6%), e, estado civil casado (50,8%). Não foi encontrada associação significativa entre essas variáveis e a ocorrência de violência (Tabela 1).

Quase metade dos trabalhadores (43,4%) que atuam nas equipes de saúde da família de Uberlândia-MG já foram vítimas de algum tipo de violência, na sua maioria eram trabalhadores do sexo feminino (96,5%) (Tabela 1).

De forma semelhante, na pesquisa realizada nas UBS de Uberlândia-MG entre setembro de 2006 e janeiro de 2007, todas as coordenadoras das 15 equipes do PSF no Núcleo Pampulha era do sexo feminino. A idade das coordenadoras variou entre 25 e 45 anos, 3 tinham menos de 30 anos de idade, 4 entre 30 e 40 anos e 2 com mais de 40 anos (RODRIGUES; RAMIRES, 2008).

O estudo realizado com 116 agentes comunitários de saúde que atuavam no PSF dos bairros Canaã, Morada Nova, Jardim das Palmeiras, São Jorge e Laranjeiras, de Uberlândia-MG, 88,8% eram do sexo feminino, 28,4% da faixa etária entre 26 e 32 anos de idade, 59,5% casadas (RESENDE et al., 2011).

O estudo sobre a evolução da força de trabalho em instituições de saúde pública e privada, no âmbito hospitalar e ambulatorial, dos trabalhadores de enfermagem em Uberlândia-MG, no período de 1994 a 2002, constatou que 85% dos trabalhadores eram do sexo feminino e 64% dos trabalhadores estavam faixa etária de 31 a 50 anos (VIEIRA; ANTUNES, 2004).

Nas equipes de saúde da família da região Sul de Londrina-PR, dos 73 agentes comunitários 86,3% era do sexo feminino. A idade dos agentes variou de 19 a 59 anos, com média de 33,5 anos (URSINE; TRELHA; NUNES, 2010). Em Santa Maria-RS nas equipes de saúde da família, a maioria dos trabalhadores era do sexo feminino (84,9%), 58,2% tinham companheiro e a média de idade era de 36,9 anos.

Os trabalhadores que integravam as equipes de saúde da família do Nordeste e no Sul do Brasil eram em sua maioria mulheres (81,0%), com faixa etária predominante de 31 a 45 anos de idade, média de idade de 37 anos no Sul, e 38 anos no Nordeste (TOMASI et al., 2008).

O estudo realizado na cidade de Campinas-SP, em cinco centros de saúde e um hospital geral, constatou que a idade dos trabalhadores de enfermagem variou de 20 a 60 anos e a idade média 38,5 anos (DP=8,7), o sexo predominante foi o feminino, com 223 (82,9%), a faixa etária prevalente foi de 40 a 49 anos de idade, com 37,3% e o estado conjugal mais presente foram os casados (51,1%) (MORENO, 2004). Também em serviços de atenção à saúde no estado do Rio Grande do Sul a maioria dos enfermeiros (95,8%) era do sexo feminino (BECK et al., 2010).

De forma semelhante, o estudo realizado nos setores fechados como BC e CTI de um hospital geral, filantrópico e de médio porte de Belo Horizonte a maioria dos pesquisados 27 (87,1%) era do sexo feminino, católica 20 (64,5%), e solteira 17 (54,8%). Quanto à idade, 16 (51,6%) encontravam-se na faixa de 23 a 30 anos. Apenas 3 (9,7%) tinham acima de 41 anos (CARVALHO et al., 2004).

A maioria dos estudos referentes à força de trabalho da enfermagem evidenciou a presença das mulheres no mercado de trabalho, entretanto, em relação às demais categorias profissionais observou-se maior presença de homens, como estudo realizado com paramédicos que atuam nas unidades de emergências em dois estados da Austrália, o sexo predominante foi masculino (74,5%) (BOYLE et al., 2007). Outro estudo realizado com médicos que trabalhava em um hospital na comunidade no sul de Israel constatou que 60,3% dos médicos eram do sexo masculino e a idade média foi de 41 anos (CARMI-ILUZ et al., 2005).

Tabela 1 - Distribuição sociodemográfica e ocorrência de violência no trabalho nas equipes de saúde da família. Uberlândia-MG, 2011.

Variáveis		Trabalhadores		Violência		p
		N(%)		Sim N(%)	Não N(%)	
Sexo n= 195	Feminino	189 (96,9)		82 (96,5%)	105 (97,2)	0,54
	Masculino	6 (3,1)		3 (3,5)	3 (2,8)	
Faixa etária n= 184	20 a 29 anos	45 (24,4)		22 (27,8)	23 (22,3)	0,23
	30 a 39 anos	76 (41,3)		32 (40,6)	42 (40,8)	
	40 a 49 anos	45 (24,5)		14 (17,7)	31 (30,1)	
	50 ou mais	18 (9,8)		11 (13,9)	7 (6,8)	
Raça/Cor n= 196	Branca	105 (53,6)		43 (52,4)	57 (54,3)	0,49
	Preta	22 (11,3)		9 (11,0)	11 (10,5)	
	Amarela	5 (2,5)		3 (3,7)	2 (1,9)	
	Parda	62 (31,6)		25 (30,5)	35 (33,3)	
	Indígena	2 (1,0)		2 (2,4)	0 (0,0)	
Estado civil n= 195	Solteiro	53 (27,2)		25 (30,9)	27 (25,7)	0,17
	Casado	99 (50,8)		39 (48,1)	53 (50,5)	
	Viúvo	2 (1,0)		0 (0,0)	2 (1,9)	
	Separado	17 (8,7)		9 (11,1)	8 (7,6)	
	União estável	24 (12,3)		8 (9,9)	15 (14,3)	
Anos de estudo n= 143	1 a 11 anos	67 (46,8)		28 (38,9)	39 (54,9)	0,02
	12 a 17 anos	51 (35,7)		29 (40,3)	22 (31,0)	
	17 ou mais	25 (17,5)		15 (20,8)	10 (14,1)	
Ensino superior n= 184	Não	129 (70,1)		51 (63,8)	77 (75,5)	0,04
	Sim	55 (29,9)		29 (36,2)	25 (24,5)	
Pós-Graduação n= 184	Não	147 (79,9)		60 (75,0)	86 (84,3)	0,18
	Sim	37 (20,1)		20 (25,0)	16 (15,7)	
Categoria profissional n= 190	Médico	16 (8,4)		9 (11,4)	7 (6,6)	0,06
	Enfermeiro	25 (13,2)		14 (17,7)	10 (9,4)	
	Técnico de enfermagem	25 (13,2)		7 (8,9)	17 (16,0)	
	Agente Comunitário	118 (62,1)		48 (60,7)	67 (63,3)	
	Dentista	6 (3,1)		1 (1,3)	5 (4,7)	
Tempo de serviço n= 179	>1 ano	44 (24,6)		17 (22,3)	26 (25,7)	0,30
	1 a 5 anos	84 (46,9)		31 (40,8)	52 (51,5)	
	<5 anos	51 (28,5)		28 (36,9)	23 (22,8)	
Outro emprego n= 187	Não	162 (86,6)		64 (80,0)	96 (91,4)	0,01
	Sim	25 (13,4)		16 (20,0)	9 (8,6)	

A maioria dos estudos nacionais indica a presença de mulheres, e na sua maioria jovens, no contexto das equipes de saúde da família. Esse fato retrata a abertura do mercado de trabalho, em especial das equipes de saúde da família, para as mulheres e para os recém-formados.

No estudo realizado por Cezar e Marziale (2006), em um serviço de urgência da cidade de Londrina-PR, 92,3% homens e 85,7% mulheres sofreram violência relacionada ao trabalho, entretanto, não foi encontrada associação estatística significativa entre as variáveis ($p = 0,6441$). No estudo de Moreno (2004), 63,6% trabalhadores de enfermagem sofreram violência no último ano, e 26,4% das pessoas que sofreram violência foram vítimas 10 vezes ou mais. Com relação ao

sexo, 52,2% dos homens e 65,9% das mulheres entrevistadas foram vítimas de violência.

De forma semelhante, no estudo realizado na Austrália demonstrou que 87,5% dos paramédicos que atuava nas unidades de emergências sofreram pelo menos um tipo de violência, nos últimos 12 meses (BOYLE et al., 2007).

Como um dos aspectos predisponentes para a ocorrência da violência relacionada ao trabalho pode-se citar a sobrecarga de trabalho. Ressaltou-se que 7 das 15 equipes de saúde da família do Núcleo Pampulha do PSF de Uberlândia oferecia cobertura populacional superior ao número preconizado pelo MS, de 4.500 pessoas (RODRIGUES; RAMIRES, 2008).

O Ministério da Saúde tem preconizado o uso da educação popular nos serviços de saúde, enfatiza a importância da atenção básica, mas o que se tem observado é que os trabalhadores da saúde tem grande dificuldade em atuar com o conceito ampliado de saúde e acabam não conseguindo contribuir para a diminuição das injustiças sociais. No entanto, para que a equipe de saúde da família possa usar a educação popular, estimularem a sua autonomia para decidir sobre sua vida e sua saúde, é necessário que ela seja utilizada como norteadora das capacitações dos trabalhadores da saúde (ALVES; SILVA; ALMEIDA, 2011).

Ao se comparar o PSF e as UBS na cidade de São Paulo, a partir da avaliação de usuários, gestores e profissionais, identificaram que a acessibilidade foi considerada a pior dimensão da atenção básica nos dois modelos, pois operacionalizar o conceito de acesso aos serviços de saúde implica considerar a relação que se estabelece entre os indivíduos e o sistema de saúde, num contexto de necessidades e respostas complexas, na maioria das vezes, limitadas (ELIAS et al., 2006; AZEVEDO; COSTA, 2010).

Indicadores mostraram que uma questão fundamental para a proposição do PSF, a proposta de reorientação do modelo assistencial, está longe de ser alcançada. A pouca penetração das várias estratégias de reorientação, a começar pela questão do acolhimento, mostra a persistência do modelo tradicional, da qual é evidência ainda a predominância absoluta do trabalho medicocêntrico sem interação expressiva com o restante da equipe de saúde da família (CAMARGO JUNIOR et al., 2008).

No estudo realizado em Campos (2010) em 4 equipes de saúde da família de Teresópolis-RJ, notou-se que as reuniões de equipe não são realizadas e quando

aconteciam, prendiam-se, exclusivamente, a questões burocráticas ou organizacionais. Geralmente não há processo de avaliação das ações e dos resultados realizados e discutidos pela equipe. Os espaços de educação permanente não acontecem ou são desviados para outras finalidades, e deixam de cumprir seu papel importante no apoio às equipes.

Certamente, estes estudos indicam demora na realização de consultas, bem como de exames laboratoriais, falta de educação em saúde, dificuldade em acessar todas as tecnologias que o sistema de saúde oferece para o atendimento e outros, demandando em insatisfação da população em relação ao atendimento.

Nas equipes de saúde da família de Uberlândia-MG, os anos de estudo dos trabalhadores variou de 4 a 25 anos, e a média desses anos foi de 12,9 anos (DP=3,92). Constatou-se que 118 (70,1%) dos trabalhadores não possuíam curso superior e entre os que não possuíam 76,3% não tinham pós-graduação. Foi encontrado associação significativa entre anos de estudo e curso superior com ocorrência de violência no trabalho, assim sendo quanto menor a quantidade de anos de estudo e não possuir curso superior contribui para a ocorrência de violência no trabalho.

A maioria dos trabalhadores exercia a função de agentes comunitários de saúde (62,1%), o que explica o elevado percentual de trabalhadores que não possuem curso superior, uma vez que a exigência para ser ACS, é possuir o ensino médio (Tabela 1).

De forma semelhante, o maior percentual de profissionais que trabalhavam nas equipes de saúde da família do Ceará eram os ACS com 74,0% (97), seguidos por (1) 1,0% dentistas e (3) 2,3% médicos (PINTO; MENEZES; VILA, 2010).

Nas equipes de saúde da família da região sul 67,1% dos trabalhadores possuía ensino médio completo, 13,7% ensino médio incompleto 45,2% fizeram ou faziam curso técnico, e, 23,3% possuíam o curso de técnico de enfermagem, e 9,6% o curso de auxiliar de enfermagem (URSINE; TRELHA; NUNES, 2010). Nas equipes de saúde da família de Santa Maria-RS, apenas 34,9% dos trabalhadores possuíam curso superior, 31,4% curso técnico, 33,7% ensino médio (TRINDADE, 2007).

Quanto à categoria profissional, o estudo sobre a violência e capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem realizado em Campinas (SP), constatou que 87,8% dos profissionais eram auxiliares e técnicos de enfermagem e apenas 12,2% enfermeiros (MORENO, 2004). E, nos setores fechados como BC e

CTI de um hospital geral, filantrópico e de médio porte de Belo Horizonte, 51,6% dos trabalhadores tinham concluído o ensino fundamental, 38,7% o nível médio e os demais tinham apenas até a sexta série (CARVALHO et al., 2004).

A maioria dos estudos confirma que tanto na área de equipe de saúde da família quanto na área hospitalar é grande o número de profissionais de nível técnico, o que evidencia a necessidade de treinamento e supervisão dos profissionais para o desempenho de atividades mais específicas.

Entre os trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberlândia-MG que sofreram violência, os agentes comunitários de saúde 48 (60,7%), foram a categoria profissional mais atingida. Vale ressaltar que os ACS totalizam praticamente 60% das equipes de saúde da família, e desempenham atividades junto aos familiares, desenvolvendo atividades como visita domiciliar. Não foi encontrada associação significativa entre categoria profissional e ocorrência de violência no trabalho (Tabela 1).

Em Teresina-PI, um hospital público de ensino de grande porte, os trabalhadores de saúde que pertenciam à equipe de enfermagem encontraram-se mais susceptíveis a vivenciar episódios de violência no seu ambiente de trabalho, devido à maior aproximação com pacientes e acompanhantes (SANTOS et al., 2011).

O estudo realizado por Cezar e Marziale (2006) em um serviço de urgência da cidade de Londrina-PR constatou que 85,7% dos médicos, 100% dos enfermeiros, 88,9% dos técnicos em enfermagem e 88,2% dos auxiliares de enfermagem foram vítimas de violência relacionada ao trabalho, nos últimos 12 meses, entretanto não foi encontrada diferença significativa entre as variáveis. No estudo realizado com auxiliares e técnicos de enfermagem em 10 Centros de Saúde e um Hospital Geral Municipal, de Campinas-SP, 61,8% foram vítimas de violência e 75,7% dos enfermeiros foram vítimas de violência no local de trabalho, no último ano (MORENO, 2004).

Na cidade do Rio de Janeiro-RJ foi realizado um estudo com trabalhadores de saúde, o qual constatou que o auxiliar de enfermagem foi a categoria profissional mais atingida pela violência relacionada ao trabalho, seguido dos enfermeiros (21,5%). Dentre os médicos, 15,1% informaram ter sofrido assédio moral. Esses dados podem ser um indicativo da existência de relações de poder nos estabelecimentos de saúde. Os enfermeiros se encontravam em situação

intermediária entre o médico e os auxiliares. E, o maior percentual de assédio no grupo de enfermeiros, foi semelhante ao percentual dos auxiliares, que pode ser atribuído a disputa de poder entre os trabalhadores do nível superior e técnicos, demandando em conflitos que muitas vezes acabam terminando em violência (XAVIER et al., 2008).

O estudo realizado no interior de São Paulo, que investigou as formas de violência externa e indireta que afetam a saúde mental de trabalhadores de PSF e as estratégias desenvolvidas pelos trabalhadores para viabilizar seu trabalho e se proteger psicologicamente, verificou que os ACS eram os trabalhadores mais expostos às situações de violência, pois testemunhavam situações de risco e conheciam as pessoas nelas envolvidas, portanto, relataram que estrategicamente evitaram saber de situações comprometedoras, trocaram informações sobre os lugares e pessoas da comunidade, para se protegerem (LANCMAN et al., 2009).

O elevado percentual de ACS que sofreram violência pode ser explicado pelo tipo de atividades que exercem, próximos a comunidade. Todos estes dados evidenciam que os trabalhadores da área da saúde são vulneráveis a ocorrência da violência relacionada ao trabalho. Por essa razão, é importante que os trabalhadores da saúde tenham uma formação adequada e um preparo específico para enfrentar os problemas que podem surgir no cotidiano do trabalho.

O tempo de serviço dos trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberlândia-MG variou de um a 264 meses. A maioria dos profissionais (75,4%) possuía mais de um ano de serviço na equipe, e o tempo médio foi 42,8 meses (DP=36,6). Dos 25 (13,4%) que tinham outro emprego, 11 (44,0%) realizavam plantões em outras instituições. Não foi encontrada associação significativa entre tempo de serviço e ocorrência de violência no trabalho. Já quando feito a associação entre possuir ou não outro emprego e ocorrência de violência foi encontrada associação significativa, assim sendo o trabalhador que possui outro emprego tem mais chance de sofrer violência no trabalho (Tabela 1).

Ressalta-se que 48,0% dos trabalhadores das equipes da Estratégia de Saúde da Família do Nordeste e do Sul estavam vinculadas ao emprego há mais de dois anos (TOMASI et al., 2008). No Ceará, a maioria trabalhadores das equipes de saúde da família, possuía outro vínculo de emprego (PINTO; MENEZES; VILA, 2010).

O tempo médio de serviço dos trabalhadores da cidade de Campinas-SP, realizado em cinco centros de saúde e um hospital geral foi de 6,7 anos (DP=4,86) e 23,8% possuíam outro emprego (MORENO, 2004). E, os enfermeiros dos serviços de atenção à saúde de um município no Rio Grande do Sul, 54,2% tinham entre um e nove anos (BECK et al., 2010).

Estudo realizado para verificar a evolução da força de trabalho em instituições de saúde pública e privada, no âmbito hospitalar e ambulatorial, do trabalhador de enfermagem em Uberlândia-MG, no período de 1994 a 2002 constatou que 70,4% dos trabalhadores da enfermagem possuíam apenas um vínculo de emprego e 28,0% dois vínculos (VIEIRA; ANTUNES, 2004).

O estudo realizado no Bloco Cirúrgico (BC) e Centro de Terapia Intensiva (CTI) de um hospital geral, de médio porte de Belo Horizonte constatou que todos trabalhadores e enfermagem possuíam apenas um vínculo de emprego e 23 (75,2%) trabalham na instituição de 2 a 5 anos (CARVALHO et al., 2004).

Por mais que não haja uma uniformidade em relação ao tempo de serviço dos trabalhadores, nota-se que a maioria dos trabalhadores são jovens e de um modo geral, em torno de 1/3 dos trabalhadores tem outro vínculo de emprego.

Os trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberlândia-MG sofreram ameaça física (7,0%), ameaça ou agressão verbal (80,2%), assédio moral (23,2%), assédio sexual (9,3%), discriminação (23,2%) e outros tipos de violência (33,7%). Dentre os demais tipos de violência encontrou-se o roubo durante o trajeto para o local de trabalho (3,2%), roubo no trabalho (17,2%), acidente de trânsito durante o trajeto (3,4%) e competição entre os colegas (75,8). Os enfermeiros e técnicos de enfermagem, ou seja, a equipe de enfermagem foi a mais acometida pelo assédio moral e sexual (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família, segundo as formas de violência sofrida. Uberlândia-MG, 2011.

Categoria profissional	Tipo de violência											
	Física		Ameaça/Agressão verbal		Assédio moral		Assédio sexual		Discriminação		Outros	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Médico	0	0	8	11,6	1	5,0	0	0	0	0	0	0
Enfermeiro	0	0	12	17,4	8	40,0	2	25,0	3	15,0	7	24,1
Técnico de enfermagem	1	16,7	7	10,1	2	10,0	0	0	3	15,0	4	13,8
Agente comunitário	5	83,3	41	59,4	9	45,0	6	75,0	13	65,0	17	58,6
Dentista	0	0	1	1,5	0	0	0	0	1	5,0	1	3,5
Total	6	7,0	69	80,2	20	23,2	8	9,3	20	23,2	29	33,7

*Mais de uma resposta foi apresentada pelos trabalhadores.

O estudo realizado com enfermeiras, em Minnesota nos Estados Unidos para verificar a ocorrência da violência relacionada ao trabalho, constatou que mais de 7,0% tinham sofrido assédio sexual, 17,0% ameaça e 34,0% abuso verbal, nos últimos 12 meses (GERBERICH et al., 2004). No Irã, 19,7% dos enfermeiros das unidades de emergência referiram terem sido vítimas de violência psicológica, e 91,6% dos casos se tratavam de agressão verbal (ESMAEILPOUR; SALSALI; AHMADI, 2011). No estudo realizado no Kwait em 1999, com 5.876 enfermeiros, 48,0% sofreram violência verbal e 7,0% violência física. Não houve danos físicos relatados em 63,0% dos casos de violência física. A experiência de enfermeiros com a violência ainda é relativamente rara no Kuwait (ADIB et al., 2002).

No Brasil, o tipo de violência mais citado, nos últimos 12 meses, entre os paramédicos, foi o abuso verbal, com 82,4% (BOYLE et al., 2007). E, segundo o estudo de Carmi-Iluz et al. (2005) 56,0% dos médicos tinham sofrido violência verbal e 9,0% violência física, no ano anterior ao estudo.

No estudo de Cezar e Marziale (2006), as formas de violência apontadas pelos médicos foram: 100% agressão verbal, 33,3% roubo, 25,0% competição entre os colegas, 25% assédio sexual, 16,7% agressão física e 16,7% assédio moral. E para os trabalhadores de enfermagem foram: 93,3% agressão verbal, 30% assédio moral, 23% competição entre colegas, 16,7% agressão física, 13,3% roubo, 3,3% discriminação social e 3,3% maus tratos.

No estudo de Moreno (2004) com trabalhadores de enfermagem na cidade de Campinas-SP, notou-se que 87,7% dos trabalhadores sofreram agressão verbal nos

últimos 12 meses, 42,7% ameaças, 20,2% agressão física, 17,8% assédio moral, 11,8% assédio sexual e 4,8% sofreram outro tipo de violência. Pode-se verificar associação significativa entre o tipo de violência sofrida e o local de trabalho, os trabalhadores do centro de saúde sofreram em maior proporção agressão verbal do que os trabalhadores do hospital, enquanto que os trabalhadores do hospital sofreram mais agressão física. As outras formas de violência (ameaça, assédio moral e assédio sexual) não revelaram associação significativa em relação ao local de trabalho.

Em estudo de Santos et al. (2011), realizado em um hospital público de Teresina-PI, a partir de depoimentos de trabalhadores, foi possível perceber que a maioria das atitudes violentas vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem foram de caráter verbal, por meio de insultos, ameaças e difamações.

Destaca-se que a maioria dos estudos aponta a violência verbal, como a mais comum entre os trabalhadores de saúde. Essa forma de agressão pode ser considerada a mais fácil, uma vez que ela não necessita de nenhum instrumento formal, para agredir as pessoas, entretanto ela pode ser o fator desencadeante para a ocorrência de violência mais grave, tanto entre os trabalhadores quanto para com os usuários.

A violência física foi o tipo de violência que os trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberlândia-MG consideraram mais grave (46,5%) e o roubo durante o trajeto para o local de trabalho a menos grave (2,3%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família quanto ao tipo de violência que considera mais grave. Uberlândia-MG, 2011.

Tipos de violência	N	%
Física	40	46,5
Ameaça/ Agressão verbal	30	34,9
Assédio moral	21	24,4
Assédio sexual	8	9,3
Discriminação	16	18,6
Roubo durante o trajeto	2	2,3
Roubo no trabalho	4	4,6
Acidente de trânsito	3	3,5
Competição entre os colegas	13	15,1

*Mais de uma resposta foi apresentada pelos trabalhadores.

Os trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberlândia-MG citaram como os maiores agressores, as pessoas da comunidade e/ou usuários, em 50

(58,1%) dos casos. Os médicos, os técnicos de enfermagem e os ACS consideraram os maiores agressores as pessoas da comunidade e/ou usuários, com 77,8%, 57,1% e 64,0%, respectivamente. De forma contrária, somente os enfermeiros consideraram como os principais agressores, a chefia, com 42,9% casos (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família, segundo o agressor e categoria profissional. Uberlândia-MG, 2011.

Agressor	Categoria profissional													
	Médico		Enfermeiro		Técnico		Agente comunitário		Dentista		Em branco		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pessoas da comunidade/ usuário	7	77,8	5	35,7	4	57,1	32	64,0	0	0	2	40,0	50	58,1
Colegas de trabalho	0	0	3	21,4	1	14,3	10	20,0	1	100	2	40,0	17	19,8
Chefia	1	11,1	6	42,9	0	0	6	12,0	0	0	0	0	13	15,1
Outros	1	11,1	0	0	2	28,6	2	4,0	0	0	1	20,0	6	7,0
Total	9	10,5	8	16,3	7	8,1	50	58,1	1	1,2	5	5,8	86	100

Em Israel, a maioria dos médicos que trabalhavam em hospitais sofreu violência verbal por parte dos familiares (72,6%), e os médicos que trabalhavam na comunidade, a maioria sofreu violência verbal por parte dos pacientes. E, em relação a violência física, 5,1% dos médicos sofreram violência por parte dos seus pacientes e 4% por membros da família, e de seus pacientes (CARMI-ILUZ et al., 2005). Nos Estados Unidos, os trabalhadores relataram que 90% da violência física foi cometida por pacientes, ao passo que os agressores da violência não física foram das mais variadas, médicos, visitantes dos pacientes, outros funcionários e supervisores, embora na sua maioria tenha sido pacientes (67%) (GERBERICH et al., 2004).

Na Colômbia o estudo realizado, em um hospital, constatou que 70% dos enfermeiros tinham sofrido assédio sexual por parte dos colegas de trabalho e pacientes do sexo masculino e por mais que as manifestações mais comuns tenham sido o de assédio sexual, também foram relatados comportamentos que envolviam o toque (LIBBUS; BOWMAN, 1994).

Os principais agressores contra trabalhadores de enfermagem, no estudo de Moreno (2004) foram os pacientes com 76,3%, seguido por familiares dos pacientes com 48,5%, os colegas de trabalho 25,6%, chefia 24,5% e outros 10,7%. No estudo de Xavier et al. (2008), 48,7% dos agredidos foram vítimas dos colegas de trabalho.

Dos trabalhadores que relataram serem vítimas de assédio, 44,1% (104) apontaram como agressores os pacientes, parentes ou público em geral, ou seja, os beneficiários do serviço prestado por esses trabalhadores.

Os trabalhadores da saúde de um serviço de urgência relataram o paciente como principal agressor (57,1%), seguido pelo acompanhante (54,8%). Mas, a opinião da maioria dos trabalhadores é que a violência relacionada ao trabalho seja motivada pela desigualdade social existente nas diversas regiões brasileiras, somadas as precárias condições de atendimento ao público decorrentes das péssimas condições de trabalho. Portanto, os pacientes embora considerados muitas vezes, como agressores, são também vítimas da inadequada assistência oferecida (CEZAR; MARZIALE, 2006).

O estudo de Kaiser e Bianchi (2008) constatou que o agressor pode ser o usuário em geral ou aqueles em sofrimento mental, o próprio colega, o gestor, o familiar do usuário. Ressalta-se que de um modo geral, os usuários tem dificuldade em aceitar a palavra “não”, e quando os trabalhadores por qualquer motivo são obrigados a dizer o não acabam provocando uma situação de conflito tanto por parte dos trabalhadores quanto dos usuários.

Os trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberlândia-MG foram agredidos principalmente por pessoas do sexo feminino (69,8%) e adultas (83,7%) (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família, segundo sexo e faixa etária do agressor. Uberlândia-MG, 2011.

Agressor	N(86)	%
Sexo		
Feminino	60	69,8
Masculino	18	20,9
Feminino e Masculino	3	3,5
Em branco	5	5,8
Faixa etária		
Criança (0 a 10 anos)	1	1,2
Adolescente (11 a 18 anos)	5	5,8
Adulto	72	83,7
Idoso (+ 60 anos)	5	5,8
Adulto e Idoso	1	1,2
Em branco	5	5,8

*Mais de uma resposta foi apresentada pelos trabalhadores.

No estudo de Campinas-SP, 54,5% dos trabalhadores sofreram agressão de ambos os sexos, 19,2% dos trabalhadores relataram que o agressor era do sexo masculino e 26,3% do sexo feminino (MORENO, 2004).

Em situação de estresse, quer seja por questão de trauma ou doença, os usuários esperam que os serviços de saúde, ofereçam um atendimento com maior rapidez e de qualidade. Por qualquer motivo, quando os serviços de saúde não conseguem atender a demanda diária, tanto os usuários quanto os trabalhadores podem se tornar agressivos, independente do sexo.

Os trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberlândia-MG relataram que o local do trabalho, ou seja, a unidade que se encontra a equipe foi o local onde ocorreu a violência considerada mais grave, com 45 (60,0%) dos casos. Os ACS foram os únicos trabalhadores que citaram como principal local de violência a casa do usuário, o trajeto de ida e volta do trabalho e dois locais ao mesmo tempo (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família segundo a categoria profissional e o local de violência considerada mais grave. Uberlândia - MG, 2011.

Categoria profissional	Local de ocorrência da violência considerada mais grave											
	No trabalho		Caminho de visitas domiciliares		Casa do usuário		Trajeto de ida e volta do trabalho		Dois locais		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Médico	8	17,8	0	0	0	0	0	0	0	0	8	10,7
Enfermeiro	14	31,1	0	0	0	0	0	0	0	0	14	18,7
Técnicos de enfermagem	5	11,1	0	0	0	0	0	0	0	0	5	6,7
Agente Comunitário	17	37,8	13	100	11	100	2	100	4	100	47	62,6
Dentista	1	2,2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,3
Total	45	60,0	13	17,3	11	14,7	2	2,7	4	5,3	75	100

Nos centros de saúde de Campinas-SP, o local onde ocorreu o maior número de agressões foi na recepção do serviço, na sala de realização de procedimentos de enfermagem e na farmácia. E, no Hospital de Campinas-SP, o local onde ocorreu o maior número de agressões foi no pronto socorro. Com relação à associação entre as variáveis violência e local de trabalho, o teste $X^2=7,58$ $p=0,0059$ revelou que existe associação entre estas variáveis e demonstrou que os trabalhadores do

centro de saúde sofreram mais violência em relação aos do hospital (MORENO, 2004).

O local de trabalho foi considerado o lugar de maior número de agressões. Na maioria das vezes o usuário procura a unidade de atendimento para auxiliá-lo na resolução de algum problema de saúde e eles esperam que o atendimento seja de imediato, o que na maioria das vezes, não acontece, devido a escassez de trabalhadores ou a falta de um profissional na especialidade desejada, gerando a insatisfação tanto do usuário quanto do trabalhador. Essa situação, quando mal interpretada, pode desencadear atos de violência relacionada ao trabalho.

Os sentimentos mais citados pelos trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberlândia-MG, após terem sofrido algum tipo de violência foram: tristeza (41,9%), raiva (38,4%) e humilhação (36,1%). E os menos citados foram culpa (2,3%) e depressão (7,0%) (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família, segundo os sentimentos após a violência. Uberlândia-MG, 2011.

Sentimento	Cargo profissional													
	Médico		Enfermeiro		Técnico de enfermagem		Agente comunitário		Dentista		Em branco		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Medo	2	11,8	3	17,6	2	11,7	9	52,9	0	0	1	5,9	17	19,8
Ansiedade	1	6,2	4	25,0	2	12,5	9	56,3	0	0	0	0	16	18,6
Tristeza	2	5,5	6	16,6	3	8,3	22	61,6	0	0	3	8,3	36	41,9
Incapacidade	1	7,2	5	35,7	1	7,2	7	50,0	0	0	0	0	14	16,3
Raiva	5	15,1	5	15,1	0	0	21	63,6	1	3,0	1	3,0	33	38,4
Depressão	0	0	2	33,3	1	16,6	3	50,0	0	0	0	0	6	7,0
Vergonha	0	0	2	13,3	0	0	12	80,0	0	0	1	6,6	15	17,4
Culpa	0	0	1	0,0	0	0	1	50,0	0	0	0	0	2	2,3
Estresse	2	10,0	8	40,0	3	15,5	6	30,0	0	0	1	5,0	20	23,2
Baixa autoestima	1	5,0	4	20,0	1	5,0	14	70,0	0	0	0	0	20	23,2
Irritação	5	20,0	6	24,0	1	4,0	11	44,0	1	4,0	1	4,0	25	29,1
Humilhação	1	3,2	5	16,1	3	9,7	19	61,3	1	3,2	2	6,4	31	36,1
Não teve consequências	0	0	0	0	0	0	1	16,6	4	66,6	1	16,6	6	7,0

*Mais de uma resposta foi apresentada pelos trabalhadores.

Estudos apontam que tanto as agressões físicas como as verbais trazem efeitos negativos à saúde dos trabalhadores. Esses efeitos podem ser desde a lesão física, depressão, temor, estresse, perda da autoestima, raiva, ansiedade, irritabilidade entre outros (CEZAR; MARZIALE, 2006; GERBERICH et al. 2004; MINAYO, 2000).

O fato dos trabalhadores, após terem sofrido algum tipo de violência e ao apresentarem problemas emocionais requer assistência especializada uma vez que todos sinais e sintomas podem interferir, tanto na sua condição de saúde, quanto no desempenho das suas atividades no cotidiano do trabalho.

No município de Teresina-PI, a maioria dos entrevistados afirmou que o fato de terem sido vítimas de violência, isso interferiu no seu cotidiano de trabalho, relatando que se sentiram estressados, irritados, com baixa autoestima e desestimulados para trabalhar. Em geral, os trabalhadores que são afetados pela violência relacionada ao trabalho apresentam como consequência, sintomas emocionais, tais como: frustração, estresse, tristeza, raiva, desânimo e baixa autoestima (SANTOS et al., 2011).

Os sentimentos que a violência no trabalho acarreta ao trabalhador são inúmeros, o que os deixam desestimulados para trabalhar, o que aumenta a quantidade de faltas e atestados médicos, o que deixa o serviço com menos trabalhadores.

A consequência dos atos de violência nas equipes de saúde da família de Uberlândia-MG mais citada pelos trabalhadores foi a perda da satisfação no trabalho (54,6%), a qual foi a única referida por todos as categorias profissionais. Nota-se que 36 (41,9%) dos trabalhadores responderam não ter consequência alguma após o ato de violência. Os ACS foram os únicos trabalhadores que mencionaram todas as consequências estudadas nesta pesquisa (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição dos trabalhadores da saúde da família, segundo a categoria profissional e as consequências do ato de violência. Uberlândia-MG, 2011.

Consequências	Categoria profissional													
	Médico		Enfermeiro		Técnico de enfermagem		Agente comunitário		Dentista		Em branco		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Faltou no trabalho	0	0	0	0	0	0	3	100	0	0	0	0	3	3,5
Prejuízo financeiro	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	1,2
Lesão Física	0	0	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	2	2,3
Perdeu satisfação no trabalho	4	8,5	8	17,0	3	6,4	28	59,6	1	2,1	3	6,4	47	54,6
Não teve	5	13,8	6	16,6	4	11,1	19	52,8	0	0	2	5,6	36	41,9

*Mais de uma resposta foi apresentada pelos trabalhadores.

Os médicos que trabalham no hospital e comunidade em Israel relataram que a consequência do ato de violência verbal e física foi a ameaça à saúde (CARMI-ILUZ et al., 2005).

No setor saúde do Rio de Janeiro-RJ, a tensão, um estado de permanente vigilância foi a consequência mais frequente e de maior intensidade da agressão (XAVIER et al., 2008). As consequências mais citadas pelos trabalhadores de enfermagem de Campinas-SP foram: 54,7% irritação, 54,1% raiva, 48,8% humilhação, 48,2% estresse, 45,9% tristeza, 38,8% desapontamento, 34,7% evitou contato com o agressor, 31,2% ansiedade, 28,2% sentimento de baixa autoestima, 27,1% medo do agressor ou de voltar a ser vítima, 24,1% perda da satisfação com o trabalho, 22,3% vergonha, 16,5% incapacidade, 15,3% depressão, 10,6% outras consequências, 7,6% lesão física, 6,5% faltou do trabalho, 5,9% não teve reação ou consequência, 4,7% sentimento de culpa, 4,1% prejuízo financeiro, 1,7% mudou de emprego (MORENO, 2004).

As consequências mais citadas pelos trabalhadores da saúde, após o ato de terem vivenciado um episódio de violência estão diretamente relacionados aos sentimentos facilmente passíveis de serem identificados como raiva, tristeza, irritação e outros.

Nas equipes de saúde da família de Uberlândia-MG, a maioria dos trabalhadores relatou ter informado à chefia (64,2%) quando sofreu um ato de violência. Entre os médicos, a mesma porcentagem respondeu ter e não ter informado a chefia (44,4%). O dentista que sofreu violência relatou não ter informado a chefia. E a maioria dos enfermeiros (57,2%), dos técnicos de enfermagem (71,4%) e dos agentes comunitários de saúde (70,0%) mencionou ter informado a chefia a respeito do ato de violência sofrido (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família, segundo a categoria profissional e à informação à chefia quanto à ocorrência de violência. Uberlândia-MG, 2011.

Categoria Profissional	Informou a chefia quanto à ocorrência de violência						Total	
	Sim		Não		Não respondeu			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Médico	4	7,7	4	17,4	1	16,7	9	11,1
Enfermeiro	8	15,4	6	26,1	0	0	14	17,3
Técnico de enfermagem	5	9,6	0	0	2	33,3	7	8,6
Agente comunitário	35	67,3	12	52,2	3	50,0	50	61,7
Dentista	0	0	1	4,3	0	0	1	1,3
Total	52	64,2	23	28,4	6	7,4	81	100

Em Portugal, o estudo realizado em cinco centros de saúde e dois hospitais constatou que as vítimas de violência relacionada ao trabalho hospitalar, na sua maioria ocorreram com enfermeiros e dos centros de saúde com médicos (FERRINHO et al., 2003).

Em Londrina-PR, 58,4% dos médicos, 71,4% dos enfermeiros, 62,5% dos técnicos de enfermagem e 53,3% dos auxiliares de enfermagem que sofreram violência informaram à chefia sobre o ato, e afirmaram que há um despreparo das chefias a respeito de como proceder nessas situações (CEZAR, 2005).

De acordo com Xavier et al. (2008), os resultados mostraram que a maioria das vítimas (38,5%) teve como reação à violência sofrida, relatar o ocorrido a seu chefe, mas um número significativo de vítimas (27,2%) não manifestou nenhuma reação. Quanto ao motivo de não relatar sobre o ocorrido, 53,4% responderam não acreditar que alguma providência seria tomada. Mesmo daqueles que tomaram a iniciativa de relatar aos chefes (94), somente 20% relataram ter sido tomada alguma providência. Mas, quanto a se sentirem culpados ou envergonhados pelo fato ocorrido, a maioria não identificou essas assertivas como razões de não relato.

Em Campinas-SP, dos trabalhadores de enfermagem que sofreram violência, somente 36,5% registraram a agressão. Os registros mais frequentes foram em anotações de enfermagem (51,6%), seguido do BO (29,0%), livros de ocorrências e memorandos (29,0%), e CAT (9,7%) (MORENO, 2004).

A OMS (2002) relatou que a violência relacionada ao trabalho, seja ela física ou psicológica deve ser informada a chefia e registrada, e pode assim melhorar as medidas de segurança no trabalho.

Os trabalhadores das equipes de saúde da família trabalham diariamente com situações de urgências, risco de vida, precariedade de recursos materiais, sofrimento alheio entre outros fatores que são considerados estressantes o que pode aumentar o risco de violência relacionada ao trabalho. E talvez por essa razão esses trabalhadores podem estar sujeitos ao esgotamento físico e emocional, demandando fatalmente em prestação de assistência precária ao usuário que são obrigados a um tempo maior de espera para serem atendidos e conseqüentemente com redução do tempo de consulta.

O problema de violência relacionada ao trabalho, no setor saúde não terá solução se não forem tomadas algumas medidas que possam contribuir para a melhoria das condições de trabalho dos trabalhadores e de assistência à saúde dos usuários (ABRANCHES, 2005), ou seja, planejamento de um número de trabalhadores suficiente para o atendimento da demanda de usuários que procuram os serviços de saúde, oferta de um acolhimento adequado dos usuários com respostas resolutivas para os seus problemas, oferta de condições de trabalho para os profissionais que atuam na área de assistência à saúde desenvolvimento de ações educativas de promoção e prevenção da saúde, junto com a comunidade e implantação de unidades específicas de atendimento de urgências e emergências.

5.3 PERCEPÇÃO DE SEGURANÇA NO AMBIENTE DE TRABALHO

A maioria dos trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberlândia-MG (57,8%) disse que não se sentia segura no ambiente de trabalho. Os agentes comunitários de saúde foram os trabalhadores que mais relataram sentir inseguros no ambiente de trabalho, com 70 (63,6%) e 47 (60,3%) referiram se sentir seguros (Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família, segundo a categoria profissional e segurança no ambiente de trabalho. Uberlândia-MG, 2011.

Categoria profissional	Sente seguro							
	Sim		Não		Em Branco		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Médico	4	5,1	12	10,9	0	0	16	8,4
Enfermeiro	12	15,4	13	11,8	0	0	25	13,2
Técnico de enfermagem	12	15,4	13	11,8	0	0	25	13,2
Agente comunitário	47	60,3	70	63,6	1	50,0	118	62,0
Dentista	3	3,8	2	1,9	1	50,0	6	3,2
Total	78	41,1	110	57,8	2	1,1	190	100,0

No estudo de Cezar (2005) o local de trabalho foi considerado para todas as categorias profissionais, parcialmente seguro para o desenvolvimento de suas atividades, porém a maioria já tinha sofrido algum tipo de violência relacionada ao trabalho. Os gerentes dos serviços médicos e de enfermagem relataram que a segurança no local de trabalho apresentava-se inadequada, as travas nas portas não eram funcionais, as janelas não eram seguras e não havia barreiras físicas ou sistema de segurança.

Os trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberlândia-MG responderam a uma escala de 0 a 10 a respeito do quanto se sentiam seguros na unidade de serviço, onde 0 era a maior insegurança que já se sentiu e 10 a maior segurança.

A média geral a respeito da segurança no ambiente de trabalho foi 4,7 pontos. A maior média foi dos dentistas, com 7,3 pontos, o que pode se concluir que esses trabalhadores se sentem mais seguros no ambiente de trabalho (Tabela 11).

Tabela 11 – Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família a respeito do grau de segurança no ambiente de trabalho. Uberlândia-MG, 2011.

Categoria profissional	N	Média	Desvio Padrão
Médico	16	5,5	2,7
Enfermeiro	25	5,4	2,7
Técnico de enfermagem	25	4,2	3,1
Agente comunitário	118	4,5	3,0
Dentista	6	7,3	2,3
Total	190	4,7	3,0

De forma semelhante, aos resultados das equipes de saúde da família de Uberlândia-MG, a média geral da opinião quanto à segurança em Londrina-PR nos serviços de urgência foi também de 4,6. Os trabalhadores não consideraram o local

de trabalho totalmente seguro e nem inseguro. Todas as categorias profissionais consideraram média a segurança, e a opinião do enfermeiro foi menos do que as demais categorias profissionais (CEZAR, 2005).

É importante que os trabalhadores de saúde se sintam seguros no ambiente de trabalho, porque essa segurança é o alicerce primordial para a redução da violência relacionada ao trabalho, lembrando que, pelo simples fato dos trabalhadores se encontrarem em um ambiente inseguro, pode ser um fator desencadeante da violência.

A maioria dos trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberlândia-MG, 113 (59,5%) respondeu que o ambiente físico contribui para a ocorrência da violência relacionada ao trabalho, mas 75 (39,5%) relataram negativamente. Dos trabalhadores de saúde que referiram à contribuição do ambiente físico 32,6% eram agentes comunitários, 10,5% técnicos de enfermagem, 7,9% enfermeiros, 7,3% médicos e apenas 1,0% era dentista (Tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família, segundo a categoria profissional e a contribuição do ambiente físico para a ocorrência de violência. Uberlândia-MG, 2011.

Cargo profissional	Ambiente físico							
	Sim		Não		Não respondeu		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Médico	14	12,3	2	2,7	0	0	16	8,4
Enfermeiro	15	13,3	10	13,3	0	0	25	13,2
Técnico de enfermagem	20	17,7	5	6,7	0	0	25	13,2
Agente comunitário	62	54,9	55	73,3	1	50,0	118	62,1
Dentista	2	1,8	3	4,0	1	50,0	6	3,1
Total	113	59,5	75	39,5	2	1,0	190	100

Quase 50% dos trabalhadores que integravam as equipes de saúde da família do Nordeste e do Sul consideraram o ambiente físico de trabalho inadequado e as relações pessoais entre os trabalhadores foram consideradas insatisfatórias para um terço da amostra do Sul, enquanto no Nordeste esta proporção alcançava 90% da amostra (TOMASI et al., 2008). No Rio Grande do Sul, em serviços de atenção à saúde, os enfermeiros relataram que os problemas relacionados à área física que contribuem para a violência no trabalho eram a extensa área geográfica que dificultava tanto o acesso do usuário ao serviço quanto do trabalhador, na realização das visitas domiciliares (BECK et al., 2010).

Em serviço de urgência hospitalar de Londrina-PR, a maioria dos trabalhadores 68,4% dos médicos e de enfermagem relataram que o ambiente físico contribuía para a violência relacionada ao trabalho e que todas as categorias referiram a falta de paciência dos usuários na espera pelo atendimento (CEZAR, 2005).

Mas, ao detalhar esta concepção pode-se perceber que os profissionais reconheceram que o espaço físico não lhes permite conforto, o que expõe aos riscos de violência verbal em relação ao espaço muito próximo da sala de procedimento com a sala de espera de atendimento em que estavam os usuários (ABRANCHES, 2005).

De forma contrária, em outro serviço de emergência do Hospital Salgado Filho no Rio de Janeiro-RJ, os trabalhadores relataram que o serviço possuía muitas portas de entrada, o que facilitava a entrada (DESLANDES, 2000).

Pode-se afirmar que o ambiente físico pode contribuir sobremaneira para a ocorrência de violência no trabalho, espaço físico inadequado, dificuldade de acesso por falta de rampa, portas inadequadas para a passagem de cadeiras de rodas, falta de iluminação adequada, ou seja, tudo isso, pode contribuir de certa forma, para o aumento da violência quer seja entre os trabalhadores, bem como entre os usuários.

Os fatores de risco para a ocorrência de violência relacionada ao trabalho mais citados pelos trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberlândia-MG foram os pacientes violentos, com 141 (71,2%), a falta de pessoal treinado para lidar com situações violentas 86 (43,4%) e a sobrecarga de pacientes atendidos 75 (37,9%) (Tabela 13).

Os médicos de Negev, estado de Israel, citaram como as causas mais frequentes do ato de violência, os longos períodos de espera (46,2%), insatisfação com o tratamento (15,4%) e a discórdia entre pacientes e os médicos (10,3%) (CARMI-ILUZ et al., 2005).

Em estudo realizado no Rio de Janeiro-RJ, em dois serviços de emergência, constatou-se que os atos de violência ocorriam por demora no atendimento e as exigências dos familiares eram que o paciente fosse atendido imediatamente e com tratamento especial (DESLANDES, 2000). Esses fatores foram identificados também no hospital de Londrina-PR, como predisponentes aos atos de violência (CEZAR; MARZIALE, 2006). O contato direto entre profissional de saúde e usuário, em

situações desfavoráveis ou de conflito, já pode ser um fator de risco para o trabalhador sofrer violência (NIOSH, 2002).

Em estudo realizado em unidade de atendimento primário a saúde no Reino Unido verificou-se que os maiores índices de violência vinham de usuários que faziam uso de álcool e drogas. Outros fatores mencionados foram a frustração com o serviço devido a espera pelo atendimento médico e o estresse dos pacientes que estão com muita dor ou com distúrbios psiquiátricos ou emocionais (CARTER et al., 1997).

Para Kaiser e Bianchi (2008) os trabalhadores de saúde sofrem agressões decorrentes do processo de trabalho, das necessidades de saúde dos sujeitos e das comunidades, do risco de exposição à agressão, do agressor, do tipo de agressão, da gestão em saúde e do próprio profissional de saúde. O não atendimento das necessidades em saúde gera desconforto e até agressões aos trabalhadores. A dificuldade de acessibilidade e o acolhimento deficitário do usuário na atenção primária são reconhecidos como vilões da qualidade de atendimento em saúde. O risco de exposição à agressão, a estrutura física inadequada dos serviços de saúde e a deficiência de recursos humanos também foram indicados como geradores de conflito. Fatores ambientais como a aglomeração física podem estar relacionados à violência, tanto pelo aumento dos contatos como pela diminuição do espaço, além disso, o comportamento violento tende mais a ocorrer em um ambiente fracamente estruturado, com regras indefinidas. As unidades com demasiada estimulação visual e auditiva também podem aumentar o comportamento agressivo.

Os trabalhadores de saúde de um hospital em Teresina (PI) citaram como fatores de risco para a ocorrência de violência relacionada ao trabalho a dificuldade de acesso ao serviço de saúde; o estresse do dia-a-dia; o atendimento deficiente. Isso aliado ao estresse do cotidiano ocasionado pela sobrecarga de problemas enfrentados diariamente, discriminação dos usuários em relação ao hospital público e o fato de a maior parte da população atendida ser de baixa renda. Durante as entrevistas, em nenhum momento, os trabalhadores atribuíram para si alguma parcela de culpa pelas atitudes violentas advindas tanto do próprio usuário quanto do acompanhante (SANTOS et al., 2011).

Tabela 13 - Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família, segundo a categoria profissional e os fatores de risco para violência. Uberlândia-MG, 2011.

Fatores de risco	Categoria Profissional													
	Médico		Enfermeiro		Técnico de enfermagem		ACS		Dentista		Em Branco		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
-Pacientes violentos	11	68,7	14	56,0	18	72,0	89	75,4	4	66,6	5	62,5	141	71,2
-Colegas de trabalho violentos	1	6,3	1	4,0	1	4,0	5	4,2	0	0,0	1	12,5	9	4,5
-Chefes violentos	1	6,3	1	4,0	0	0,0	4	3,4	0	0,0	0	0,0	6	3,0
-Disponibilidade de objetos de roubo tais como medicamentos, dinheiro e equipamentos	4	25,0	3	12,0	5	20,0	9	7,6	1	16,6	3	37,5	25	12,6
-Falta de pessoal treinado para lidar com situações de violência	9	56,3	14	56,0	12	48,0	45	38,1	4	66,6	2	25,0	86	43,4
-Equipe com escassez de trabalhadores	6	37,5	7	28,0	5	20,0	13	11,0	2	33,3	1	12,5	34	17,2
-Sobrecarga de pacientes atendidos	12	75,0	15	60,0	7	28,0	39	33,1	2	33,3	0	0,0	75	37,9
-Mau atendimento tornando-se fonte de revolta dos pacientes	3	18,7	2	8,0	1	4,0	27	22,9	0	0,0	4	50,0	37	18,7
-Filas de espera longas	8	50,0	6	24,0	8	32,0	42	35,6	1	16,6	4	50,0	69	34,8
-Áreas próximas ao local de trabalho com iluminação deficiente	2	12,5	1	4,0	0	0,0	4	3,4	0	0,0	0	0,0	7	3,5
-Recursos de equipamentos e materiais insuficientes e inadequados	7	43,8	2	8,0	2	8,0	12	10,2	1	16,6	2	25,0	26	13,1
-Ambiente estressante do ponto de vista da carga mental do trabalho	11	68,8	9	36,0	7	28,0	25	21,2	3	50,0	1	12,5	56	28,3
-Ambiente estressante do ponto de vista da carga física do trabalho	6	37,5	2	8,0	3	12,0	14	11,8	2	33,3	0	0,0	27	13,6

*Mais de uma resposta foi apresentada pelos trabalhadores.

As agressões dos pacientes ou de seus parentes podem estar relacionadas às más condições de trabalho e atendimento. Um paciente angustiado pela doença e frustrado com um atendimento sem recursos está mais suscetível a agredir (XAVIER et al., 2008).

Os fatores de risco para violência levantados em Campinas-SP foram o contato com um público muito grande e diversificado, probabilidade alta de atender todos os dias pacientes agressivos, como psiquiátricos, que fazem uso de álcool e drogas; região periférica que atende a uma população carente, na qual possui grupos perigosos, como bandidos, assassinos e traficantes; a falta de respeito ou entendimento com relação às rotinas pela maioria dos usuários; a falta de alguns medicamentos também leva a irritação do cliente; a falta de médicos no serviço; a atitude do profissional durante o atendimento ao cliente: existem alguns trabalhadores que acabam não fornecendo a atenção e as orientações necessárias para o cliente; as visitas domiciliares expõem o trabalhador a um risco maior; a falta de segurança no local de trabalho; a insegurança e medo de ir até o local de trabalho. Com relação às agressões internas: presenciou-se uma agressão entre uma enfermeira e seus funcionários, problemas de relacionamento entre os funcionários e a coordenação, agressões vindas de médicos contra trabalhadores de enfermagem, falta de respeito entre os próprios colegas de trabalho (MORENO, 2004).

A existência de problemas no relacionamento interno também foi apontado por Cotta et al. (2006) que relataram a dificuldade de relacionamento intraequipe e entre equipes ainda que em proporções não muito altas, 29% dos trabalhadores da equipe de saúde família de um município do interior de Minas Gerais consideraram indiferente a relação entre as equipes e 7,14% consideraram a existência de subgrupos dentro de uma mesma equipe.

A maioria, 107 (56,3%) dos trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberlândia-MG respondeu sentir segurança no trajeto para o trabalho. Segundo as categorias profissionais, os agentes comunitários foram os que relataram sentir mais segurança 62 (57,9%) (Tabela 14).

Tabela 14 - Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família, segundo a categoria profissional e a segurança no trajeto para o trabalho. Uberlândia-MG, 2011.

Categoria Profissional	Segurança no trajeto							
	Sim		Não		Não Respondeu		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Médico	11	10,3	5	6,2	0	0	16	8,4
Enfermeiro	17	15,9	8	10,0	0	0	25	13,2
Técnico de enfermagem	13	12,1	11	13,7	1	33,3	25	13,2
Agentes comunitários	62	57,9	55	68,7	1	33,3	118	62,1
Dentista	4	3,8	1	1,2	1	33,3	6	3,2
Total	107	56,3	80	42,1	3	1,6	190	100,0

A insegurança no trajeto para o trabalho está relacionada com grandes problemas vividos pelos moradores das grandes e médias cidades brasileiras, como Uberlândia-MG devido à criminalidade. Os jornais diariamente noticiam a ocorrência dos mais diversos tipos de crimes, e apresenta os locais nos quais a sua incidência é mais elevada, o que causa um medo na população de se locomover em tais locais. Dessa forma, a violência que ocupa todos os espaços da cidade, delimita territórios e domina os lugares de convívio existentes (SANTOS; RAMIRES, 2009).

De forma geral, a taxa de crimes violentos por 100 mil habitantes apresentou diminuição no período de 2000 a 2008 em Uberlândia-MG. Nesse período, o ano de 2004 foi o que apresentou o maior número de ocorrências criminais na cidade (1610,93/100.000 hab.), quase chegou ao dobro do valor registrado em 2000 (897,42/100.000 hab.). A partir de 2005, porém, a taxa caiu, chegou em 2008 a 732,76 ocorrências por 100 mil habitantes (SANTOS; RAMIRES, 2009).

Ao corroborar com o estudo em Uberlândia-MG, o estudo realizado com trabalhadores de saúde de urgência e emergência na cidade de Londrina (PR), 78% dos trabalhadores de saúde se sentiam seguros no trajeto para o trabalho. Mas não foram encontradas diferenças significativas entre as variáveis (CEZAR, 2005).

Dos trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberlândia-MG, a maioria, 94 (51,1%) respondeu que não tinha testemunhado nenhum ato de violência nos últimos 12 meses e 30 (16,3%) tinha testemunhado apenas uma vez (Tabela 15).

Na Austrália, os médicos de emergência relataram que 43,1% presenciaram o abuso verbal e 34,9% a intimidação, durante os últimos 12 meses (BOYLE et al., 2007).

Tabela 15 - Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família segundo a categoria profissional e a quantidade de vezes que o profissional testemunhou um ato de violência. Uberlândia-MG, 2011.

Testemunho de ato de violência	Categoria profissional											
	Médico		Enfermeiro		Técnico de enfermagem		Agente comunitário		Dentista		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
-Nenhuma	4	25,0	6	24,0	10	43,6	71	61,7	3	60,0	94	51,1
-Uma vez	2	12,5	3	12,0	4	17,4	20	17,4	1	20,0	30	16,3
-2 a 4 vezes	5	31,2	7	28,0	3	13,0	13	11,3	1	20,0	29	15,8
-5 a 10 vezes	2	12,5	3	12,0	1	4,3	1	0,8	0	0	7	3,8
-Várias vezes por mês	3	18,8	6	24,0	4	17,4	7	6,1	0	0	20	10,8
-Uma vez por semana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
-Diariamente	0	0	0	0	1	4,3	3	2,6	0	0	4	2,2
Total	16	8,7	25	13,6	23	12,5	115	62,5	5	2,7	184	100,0

A maioria dos trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberlândia-MG que foram testemunhas de violência no último ano, 86,3% (82) respondeu que as pessoas da comunidade ou usuários foram as pessoas que mais agrediram.

A maioria, 95,8% (182) dos trabalhadores relatou ser importante o registro de qualquer tipo de violência e apenas quatro (2,1%) responderam não ter importância (Tabela 16).

Tabela 16 - Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família, segundo a categoria profissional e a importância do registro de violência no trabalho. Uberlândia-MG, 2011.

Categoria Profissional	Importância do Registro							
	Sim		Não		Não Respondeu		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Médico	16	8,8	0	0	0	0	16	8,4
Enfermeiro	25	13,7	0	0	0	0	25	13,2
Técnico de enfermagem	23	12,6	1	25,0	1	25,0	25	13,2
Agente comunitário	114	62,6	2	50,0	2	50,0	118	62,1
Dentista	4	2,3	1	25,0	1	25,0	6	3,1
Total	182	95,8	4	2,1	4	2,1	190	100

No estudo de Cezar e Marziale (2006) foi constatado que 43 (91,4%) dos trabalhadores consideraram importante o registro da violência relacionada ao trabalho, mas poucos registraram as ocorrências. Em Campinas-SP o registro das agressões pelos trabalhadores foi realizado apenas por 36,5% dos trabalhadores, e na sua maioria na forma de anotações de enfermagem (51,6%) (MORENO, 2004).

No setor saúde do Rio de Janeiro-RJ a violência trouxe como consequência mais comum o não relato e, mesmo quando houve relato, ou, se tentou registrar a

ocorrência, não houve consequência, pois na maioria das instituições de saúde, não há espaços para discussão da violência (XAVIER et al., 2008).

A maioria dos estudos indica que os trabalhadores tem dificuldade em registrar a ocorrência da violência, quer seja pela falta de espaço institucional, mecanismos de registro, e até por falta de interesse dos próprios trabalhadores, que acabam considerando os fatos como banais ou normais.

Muitos dos trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberlândia-MG, 165 (86,8%) informaram à chefia sobre os perigos da segurança no trabalho. Os agentes comunitários de saúde foi a categoria profissional que mais informou a chefia com 105 (63,6%) dos casos (Tabela 17).

Tabela 17 - Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família, segundo a categoria profissional e a informação à chefia sobre os perigos de segurança no trabalho. Uberlândia-MG, 2011.

Categoria Profissional	Informação à chefia							Total	
	Sim		Não		Não Respondeu				
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Médico	13	7,9	3	14,3	0	0	16	8,4	
Enfermeiro	22	13,3	3	14,3	0	0	25	13,2	
Técnico de enfermagem	21	12,7	3	14,3	1	25,0	25	13,2	
Agente comunitário	105	63,6	11	52,5	2	50,0	118	62,1	
Dentista	4	2,5	1	4,8	1	25,0	6	3,2	
Total	165	86,8	21	11,1	4	2,1	190	100	

O estudo realizado com enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem de um hospital geral do município de São Paulo-SP entre 2005 e 2006, 82 trabalhadores referiram-se que sofreram violência psicológica, 24 (29,3%) procuraram algum serviço/suporte: 11 (45,8%) buscaram pela própria instituição de trabalho, 5 (20,8%) serviço policial, 3 (12,5%) suporte psicológico, 2 (8,3%) Conselho Regional de Enfermagem, um (4,2%) apoio religioso e dois não revelaram serviço/suporte procurado. Nove das 58 mulheres que não procuraram por ajuda relataram que gostariam de tê-lo feito: 6 (66,7%) ajuda psicológica 2 (22,2%) gostariam de ter buscado apoio da instituição de trabalho e 1 (11,1%) queria ter acionado o serviço policial (OLIVEIRA; D'OLIVEIRA, 2008).

Em Londrina-PR, 91,5% dos médicos e equipe de enfermagem de um serviço de urgência informaram à chefia quanto aos perigos por falta de segurança e por ameaças no trabalho (CEZAR, 2005).

Quanto aos motivos que levam os trabalhadores a não informar a chefia-sobre a ocorrência de violência no trabalho, podem ser: falta de tempo, medo de represália por parte do agressor e instituição de trabalho e até por falta de interesse em comunicar a chefia.

Os trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberlândia-MG relataram em sua maioria, 127 (66,8%) que receberam orientações a respeito de quando e como lidar com conflitos entre pacientes e trabalhadores. A maioria, 12 (75,0%) dos médicos relatou que não receberam orientações a respeito de quando e como lidar com conflitos entre pacientes e trabalhadores, e 91 (77,1%) dos ACS responderam que receberam esse tipo de orientação (Tabela 18).

Tabela 18 - Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família segundo a categoria profissional e orientação de quando e como lidar com conflitos entre os pacientes e trabalhadores. Uberlândia-MG, 2011.

Categoria Profissional	Orientações a respeito de quando e como lidar com conflitos							
	Sim		Não		Não Respondeu		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Médico	4	3,2	12	20,7	0	0	16	8,4
Enfermeiro	12	9,4	13	22,4	0	0	25	13,2
Técnico de enfermagem	18	14,2	6	10,3	1	20,0	25	13,2
Agente comunitário	91	71,6	24	41,4	3	60,0	118	62,1
Dentista	2	1,6	3	5,2	1	20,0	6	3,2
Total	127	66,8	58	30,5	5	2,6	190	100

No município de Londrina-PR os gestores do serviço de enfermagem informaram que os trabalhadores não são treinados para reconhecer e lidar com comportamentos violentos. Apenas, um gestor informou que esse tipo de treinamento tem sido oferecido à equipe médica (CEZAR; MARZIALE, 2006).

Em estudo realizado em UBS no município de Volta Redonda-RJ com trabalhadores de enfermagem no ano de 2004, constatou-se que todos os trabalhadores não tinham recebido treinamento inicial ao serem contratadas, após a aprovação em concurso público (ABRANCHES, 2005).

É importante que os trabalhadores da saúde, em especial os das equipes de saúde da família, ao serem admitidos, sejam capacitados, na perspectiva de facilitar a adaptação aos locais de trabalho, uma vez que muitos deles vão atuar em áreas de vulnerabilidade social e com maior risco de ocorrência de violência relacionada ao trabalho.

A maioria dos médicos (75,0%), enfermeiros (68,0%) e técnicos de enfermagem (52,0%) equipe de saúde da família de Uberlândia-MG responderam que os trabalhadores agredidos não receberam assistência médica e psicológica. E a maioria dos agentes comunitários (42,4%) e dentistas (83,3%) relataram não saberem se foi oferecido ou não assistência aos trabalhadores agredidos (TABELA 19).

Tabela 19 - Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família, segundo a categoria profissional e a assistência médica e psicológica oferecida aos trabalhadores agredidos. Uberlândia-MG, 2011.

Categoria Profissional	Oferta de assistência médica e/ou psicológica							
	Sim		Não		Não sabe		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Médico	1	2,9	12	14,5	3	4,2	16	8,4
Enfermeiro	4	11,4	17	20,5	4	5,6	25	13,2
Técnico de enfermagem	2	5,7	13	15,7	10	13,9	25	13,2
Agente comunitário	28	80,0	40	48,2	50	69,4	118	62,1
Dentista	0	0	1	1,1	5	6,9	6	3,2
Total	35	18,4	83	43,7	72	37,9	190	100

O estudo realizado por Cezar (2005) verificou que as orientações para a redução da violência relacionada ao trabalho, normalmente ocorrem após a sua ocorrência. Nesse sentido é importante destacar que é preciso começar a discutir a questão da violência com os diferentes segmentos da comunidade e construir propostas de prevenção da violência, qualquer que seja a sua natureza.

A maioria dos trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberlândia-MG (64,7%) consideraram o local de trabalho inseguro. Os médicos foram os que consideraram o local mais inseguro (87,5%). Os ACS consideraram o ambiente de trabalho seguro (36,4%), entretanto, a maior parte considerou também o ambiente inseguro (61,9%) (Tabela 20).

Tabela 20 - Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família, segundo a categoria profissional e percepção de insegurança no trabalho. Uberlândia-MG, 2011.

Categoria profissional	Insegurança no trabalho							
	Sim		Não		Em branco		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Médico	14	11,4	2	3,2	0	0,0	16	8,4
Enfermeiro	17	13,8	8	12,7	0	0,0	25	13,2
Técnico de enfermagem	16	13,0	8	12,7	1	25,0	25	13,2
Agente comunitário	73	59,3	43	68,2	2	50,0	118	62,1
Dentista	3	2,5	2	3,2	1	25,0	6	3,2
Total	123	64,7	63	33,2	4	2,1	190	100

As razões mais citadas pelos trabalhadores das equipes de saúde da família de Uberlândia-MG que consideraram o local de trabalho inseguro foram “outros motivos”, seguido da falta de barreiras físicas ou sistema de segurança, os médicos foram os que mais citaram esse motivo, com 71,4% dos trabalhadores. A maioria, 61,1% das unidades não possui sistema de alarme que pode ser acionado em caso de violência e 87,9% não possui guarda de segurança (Tabela 21).

Tabela 21 - Distribuição dos trabalhadores das equipes de saúde da família, segundo a categoria profissional e as razões para considerar o local de trabalho inseguro. Uberlândia-MG, 2011.

Razões	Categoria profissional													
	Médico		Enfermeiro		Técnico de enfermagem		ACS		Dentista		Em branco		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
-Não ter travas na porta	4	25,0	7	28,0	3	12,0	14	11,9	0	0,0	0	0,0	28	14,4
-Janelas não são seguras	5	31,2	4	16,0	5	20,0	12	10,2	1	16,6	0	0,0	27	13,6
-Não há barreiras físicas ou sistema de segurança	10	62,5	10	40,0	7	28,0	36	30,5	1	16,6	2	25,0	66	33,3
-Outros	7	43,7	9	36,0	8	32,0	43	36,4	1	16,6	4	50,0	72	36,7

*Mais de uma resposta foi apresentada pelos trabalhadores.

Os gerentes dos serviços médicos e de enfermagem de um serviço de urgência hospitalar em Londrina-PR citaram como um dos problemas da violência relacionada ao trabalho, a segurança inadequada, como: as travas nas portas que

não funcionam, janelas inseguras e a falta de barreiras físicas ou sistemas de segurança (CEZAR, 2005).

Existem inúmeros fatores que favorecem a violência relacionada ao trabalho, portanto é necessário conscientizar gestores e trabalhadores quanto à importância da capacitação, que visa detectar, evitar situações de risco e a tomar decisões necessárias em diferentes momentos, podendo assim reduzir a possibilidade de consequências mais graves relacionadas à violência no trabalho.

6 CONCLUSÕES

A maioria dos trabalhadores das equipes de saúde da família do município de Uberlândia-MG era do sexo feminino (96,9%), de cor branca (53,6%) e casada (50,8%), 46,8% tinham de 1 a 11 anos de estudo.

Observou-se que 46,0% tinham menos de 3 anos no cargo em que foram entrevistados. E, 86,6% dos trabalhadores não possuíam outro vínculo de emprego. A idade dos trabalhadores variou entre 20 a 66 anos, e a média foi de 36,4 anos (DP=9,0).

Em relação à categoria profissional e vítima de violência, 86 (42,6%) dos trabalhadores já foram vítimas de violência relacionada ao trabalho, com 62,1% agentes comunitários de saúde, 13,2% enfermeiros, 8,4% médicos, 13,2% técnicos de enfermagem e 3,1% dentistas.

Os trabalhadores sofreram, principalmente, ameaça ou agressão verbal (80,2%), outros tipos de violência (33,7%) e discriminação (23,2%). Os enfermeiros e técnicos de enfermagem, ou seja, a equipe de enfermagem foi a mais atingida pelo assédio moral e sexual. A violência física foi o tipo de violência que os trabalhadores consideraram mais grave (46,5%) e o roubo durante o trajeto para o local de trabalho o menos grave (2,3%).

Os maiores agressores foram as pessoas da comunidade e/ou usuários (58,1%), do sexo feminino (69,8%) e adultos (83,7%). A maioria dos trabalhadores informou à chefia (64,2%) quando sofreram o ato de violência. Os sentimentos mais citados após a ocorrência da violência foram: tristeza, raiva e humilhação. E, como consequência foi a perda da satisfação no trabalho. A maioria (95,8%) dos trabalhadores relatou ser importante o registro de qualquer tipo de violência.

A unidade de trabalho foi a mais citada como o local de maior ocorrência de violência, 59,5% relataram que o ambiente físico das unidades de saúde contribui para a violência ocupacional, 57,8% referiram não se sentirem seguros no ambiente de trabalho e 56,3% dos trabalhadores responderam sentir segurança no trajeto para o trabalho. A maioria disse que não existe sistema de alarme (61,1%), e, (87,9%) disse não existir guardas de segurança no local de trabalho.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Discutir a questão da ocorrência de violência relacionada ao trabalho é um desafio, ora pelos impactos negativos que recaem sobre a sociedade de um modo geral, ou pela complexidade das ações exigidas no enfrentamento dessa temática.

Portanto, apesar da relevância dos resultados deste estudo cujos dados possibilitaram quantificar o número de vítimas e agressores, os tipos de violência, os sentimentos dos trabalhadores após terem vivenciado esta experiência, e se os trabalhadores se sentem seguros no ambiente de trabalho, entretanto estudos dessa natureza devem ser complementados por investigações que possam identificar as áreas, bem como os grupos de maior vulnerabilidade social, buscando a compreensão do problema inserido no seu contexto cultural.

É importante ainda adotar medidas de prevenção, com ações que visem a saúde do trabalhador através da educação permanente para todos os trabalhadores com vistas a orientá-los sobre como lidar com situações de violência, melhoria nas condições físicas do ambiente de trabalho com implantação de sistemas de alarme, câmeras de controle e guardas de segurança, e outras. Enfim, implementar um programa de prevenção da violência para toda a rede municipal de saúde do município.

REFERÊNCIAS

- ABRANCHES, S. S. **A situação ergonômica do trabalho de enfermagem em unidade básica de saúde.** 216f. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- ADIB, S. M. et al. Violence against nurses in healthcare facilities in Kuwait. **International Journal of nursing studies**, v. 39, n. 4, p. 469-478, may. 2002.
- AGUIAR, A. L. S. **Assédio moral nas organizações:** um estudo de caso dos empregados demitidos e em litígio judicial trabalhista no Estado da Bahia. Dissertação (Mestrado) – Universidade Salvador, Salvador, 2003. Disponível em: <<http://www.assediomoral.org/spip.php?rubrique31>>. Acesso em: 7 nov. 2011.
- ALMEIDA, P. F. **Estratégias de coordenação dos cuidados:** fortalecimento da atenção primária à saúde e integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. 2010. 211f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.
- 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.
- ARNETZ, J. J.; ARNETZ, B. B.; SODERMAN, E. Violence toward health care workers: prevalence and incidence at a large, regional hospital in Sweden. **Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses.** v. 46, n. 3. p. 107-114, mar. 1998.
- AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde:** conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-139.
- AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na estratégia de saúde da família. **Interface - Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 14, n. 35, p. 797-810, out./dez. 2010.
- 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. 233-241, 2007.
- BARBOSA, R. et al. Violência psicológica na prática profissional da enfermeira. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 26-32, mar. 2011.

BARRETO, M. Assédio moral: ato deliberado de humilhação ou uma "política da empresa" para livrar-se de trabalhadores indesejados. 2002. **Revista CREMESP**, São Paulo, v. 20, jul./set. 2002. Disponível em: <<http://ser1.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=40>>. Acesso em: 12 mar. 2003.

BARRETO, M. **Violência, saúde e trabalho**: uma jornada de humilhações. São Paulo: EDUC, 2006.

BECK, C. L. C. et al. Fatores que favorecem e dificultam o trabalho dos enfermeiros nos serviços de atenção a saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 490-495, jul./set. 2010.

BOYLE, M. et al. A pilot study of workplace violence towards paramedics. **Emergency Medicine Journal**, v. 24, n. 11, p. 760-763, nov. 2007.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Resolução nº 1.253, de 24 de novembro de 2004**. Aprova a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/72/mps-cnps/2004/1253.htm>>. Acesso em: 21 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Datasus**: informações de saúde: óbitos por causas externas: notas técnicas. 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/ext10descr.htm>>. Acesso em: 15 nov. 2011.

_____. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2011.

_____. **Portaria GM nº 737, de 16 de maio de 2001**. Dispõe sobre a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília: DOU, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, considerando a estratégia saúde da família e o programa de agentes comunitários de saúde. Brasília: DOU, 2011.

CLDF: CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL. **Violência no trabalho**: reflexões, conceitos e orientações. Brasília: CLDF, 2008.

CAMARGO JUNIOR, K. R. et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 58-68, 2008.

CAMPOS, A. Z. **Avaliação da atenção básica à saúde em Campo Grande, MS**. 93 f. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro. Campo Grande, 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.

CARTER, Y. H. et al. The development of training pack on the management of aggression and violence primary care. **Safety Science**, v. 25, n. 1-3, p. 223-230, feb./apr. 1997.

CARVALHO, D. V. et al. Enfermagem em setor fechado – estresse ocupacional. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 8, n. 2, p. 290-294, abr./jun. 2004.

CATÃO, Y. Pesquisas de Vitimização. In: FÓRUM de Debates Criminalidade, Violência e Segurança Pública no Brasil: uma discussão sobre as bases de dados e questões metodológicas. São Paulo: IPEA, 2000. Disponível em: <<http://www.cesec.ucam.edu.br>>. Acesso em: 15 nov. 2011.

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.

CIE: CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. **Servir a comunidade e garantir qualidade**: os enfermeiros na vanguarda da inovação nos cuidados. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2008.pdf> Acesso em: 31 nov. 2011.

COSTA, A. L. R. C. **As múltiplas formas de violência no trabalho de enfermagem**: o cotidiano de trabalho no setor de emergência e urgência clínica em um hospital público. 268f. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

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.

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.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, supl., p. 1163-1178, 2007.

DESLANDES, S. F. **Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar: representações, práticas, interações e desafios**. 2000. 236f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

ELIAS, P. E. et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por extrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-641, jul./set. 2006.

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

FERRINHO, P. et al. Patterns of perceptions of workplace violence in the Portuguese health care sector. **Human resources for health**, v.1, p. 1-11, nov. 2003.

GARBIN, A. C. **Representações na mídia impressa sobre o assédio moral no trabalho**. 169f. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; RODRIGUES, E. M. The burden of injury in Brazil, 2003. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 125, n. 4, p. 208-13, 2006.

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.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

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.

GUEDES, M. N. **Terror psicológico no trabalho**. São Paulo: LTr, 2003.

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. 183-19, maio./ago. 2006.

HIRIGOYEN, M. F. **Assédio moral: a violência perversa no cotidiano**. 7. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

HOEL, H.; COOPER, C.; FARAGHER, B. The experience of bullying in Great Britain: the impact of organizational status. **European Journal of Work and Organizational Psychology**, v. 10, n. 4, p. 443-465, dec. 2001.

IBGE: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2000**: População. IBGE: Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> . Acesso em: 10 set. 2010.

ILO: INTERNACIONAL LABOUR ORGANIZATION et al. **Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector**. Geneva: ILO, 2002.

Disponível em:<

http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVguidelinesEN.pdf>. Acesso em: 10 set. 2011.

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.

JORGE, M. A. S. **A Produção de Sintomas como Silenciamento da Violência**. 150f. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

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.

KINGMA, M. Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic proportion. **International Council of Nurses, International Nursing Review**, v. 48, p. 129-130, sep. 2001.

KRUG, E. G. et al. **The world report on violence and health**. Geneva: Elsevier, 2002.

LANCMA, 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.

LECLERC, C. Importa-se de repetir?...Intervir contra o assédio no trabalho: cuidar e reprimir não basta. **PLUR(E)AL**, Maracay (Venezuela), v. 1, n. 1, p. 65-78, 2005.

Disponível

em:<<http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=37t45nSU547112337187339391>>.

Acesso em: 7 nov. 2011.

LIBBUS, M. K.; BOWMAN, K. G. Sexual harassment of female nurses in hospitals. **The journal of nursing administration**, v. 24, n. 6, p. 26-31, jun. 1994.

MALTA, D. C. et al. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 16, n. 1, mar. 2007.

MARZIALE, M. H. P. A violência no setor saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 147-148, mar./abr. 2004.

MATOS, S. G.; PROIETTI, F. A.; BARATA, R. C. B. Confiabilidade da informação sobre mortalidade por violência em Belo Horizonte, MG. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 76-84, fev. 2007.

MAYHEW, C.; CHAPPELL, D. **Occupational violence**: types, reporting patterns, and variations between health sectors. 2001. Disponível em: <<http://ideas.repec.org/p/fth/nswair/139.html#author>> Acesso em: 20 ago. 2011.

MEDRONHO, R. A. Estudos Ecológicos. In: MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 265-274.

MELGAÇO, L. M. **A geografia do atrito**: dialética espacial e violência em Campinas - SP. 128f. 2005. Dissertação (Mestrado em Geografia Humana) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

MENDES, A. M.; FERREIRA, J. B. **Curso sobre prevenção às práticas discriminatórias no trabalho e à violência psicológica no trabalho**. Brasília: Câmara Legislativa do Distrito Federal, 2007. Mimeografado.

MINAS GERAIS. Secretaria Executiva. **Cadernos de Informações de Saúde**. 2009. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/mg.htm>>. Acesso em: 27 dez. 2011.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

_____. Violência como indicador de qualidade de vida. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. esp. parte 1, p. 159-166, 2000.

_____; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 513-531, nov. 1997.

_____; _____. **Violência sob o olhar da saúde**: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

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

NASCIMENTO, S. A. C. M. O assédio moral no ambiente de trabalho. **Jus Navigandi**, Teresina, n. 371, jul. 2004. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/5433/o-assedio-moral-no-ambiente-do-trabalho>>. Acesso em: 18 jan. 2012.

NIOSH: NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL HEALTH. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. **Violence in the workplace**. 2002. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/niosh/violcont.html>>. Acesso em: 20 ago. 2011.

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

OLIVEIRA, A. R.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência de gênero contra trabalhadoras de enfermagem em hospital geral de São Paulo (SP). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 868-876, out. 2008.

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

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. Resumo disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/cursos/met_epid.pdf> . Acesso em: 15 nov. 2011.

PINTO, E. S. G.; MENEZES, R. M.; VILA, 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.

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA. **Equipe de saúde da família**. 2011. Disponível em <<http://www.uberlandia.mg.gov.br/?pagina=secretariasOrgaos&s=65&pg=549>>. Acesso em: 31 out. 2011.

RESENDE, M. C. et al. Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia (MG, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.4, p. 2115-2122, abr. 2011.

RODRIGUES, M. J.; RAMIRES, J. C. L. O programa saúde da família em Uberlândia: a visão dos usuários e das coordenadoras de equipe do Núcleo Pampulha. **Hygeia**, Uberlândia, v. 3, n. 6, p. 126-141, jun. 2008.

ROSSO, S. D.; FREITAS, E. S. A violência na história brasileira do trabalho. In: SILVA, J. F.; LIMA, R. B.; DAL ROSSO, S. **Violência e trabalho no Brasil**. Brasília: MNDH, 2001. p. 31-48.

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. 2011.

SANTOS, M. A. F.; RAMIRES, J. C. L. **Percepção espacial da segurança pública em Uberlândia/MG/Brasil**. Uberlândia: [UFU], 2009.

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

SCHERER, M. D. A.; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface - Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, sept./feb. 2005.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. esp., p. 112-120, aug. 2006.

SILVA JUNIOR, J. N.; BESSET, V. L. Violência e sintoma: o que a psicanálise tem a dizer? **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v. 22, n. 2, p. 323-336, maio./ago. 2010.

SOUZA, E. R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 59-70, jan./mar. 2005.

_____; MINAYO, M. C. S. Análise temporal da mortalidade por causas externas no Brasil: décadas de 80 e 90. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Org.). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 83-107.

_____; LIMA, M. L. C. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, (supl), p. 1211-1222, 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.

TOWSEND, M. C. **Enfermagem psiquiátrica: cuidados e conceitos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TRINDADE, L. L. **O estresse laboral da equipe de saúde da família: implicações para saúde do trabalhador**. 2007. 105f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

UNIÃO EUROPEIA. **Doc. 1564/2/01 PT, parecer aprovado em 11 de novembro de 2001**. Disponível em: <<http://www.osha.europa.eu/pt>>. Acesso em: 10 dez. 2008.

UNITED STATES. Workplace Violence Checklist OSHA 3148 1996. Disponível em: <<http://WWW.osha.gov/SLTC/etools/hospital/hazards/workplaceviolence/checklist.html>> Acesso em: 20 nov.2011.

URSINE, B. L.; TRELHA, C. S.; NUNES, E. F. P. A. O agente comunitário de saúde na estratégia de saúde da família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 327-339, 2010.

VIEIRA, I. **Gastos de saúde com vítimas de violência chegam a R\$ 4 bilhões ao ano**. 2008. Disponível em:< <http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2008-02-28/gastos-de-saude-com-vitimas-de-violencia-chegam-r-4-bilhoes-ao-ano-afirma-conass>>. Acesso em: 05 set. 2011.

VIEIRA, M. G. A.; ANTUNES, A. V. Evolução da força de trabalho em enfermagem no município de Uberlândia no período de 1994 a 2002. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 8, n. 2, p. 301-306, abr./jun. 2004.

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.

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO- ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA E VIOLÊNCIA RELACIONADA AO TRABALHO

Data:/...../..... Nome da ESF:..... Código:

DADOS SÓCIOS DEMOGRÁFICOS

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

DADOS SOBRE VIOLÊNCIA NO TRABALHO

1. Você já sofreu algum tipo de violência no trabalho nos últimos 12 meses? (Se negativo, pule para a questão 17)
 Sim¹ Não² Não lembro³
2. Caso a resposta for afirmativa, assinale qual(is) a(s) forma(s) de violência(s) que você sofreu:
 Agressão física¹
 Agressão verbal²
 Assédio sexual³
 Roubo durante o trajeto para o local de trabalho⁴
 Roubo no local de trabalho⁵
 Ameaça no local de trabalho⁶
 Ameaça durante o trajeto para o local de trabalho⁷
 Acidente de trânsito durante o trajeto para o local de trabalho⁸
 Competição entre os colegas⁹
 Discriminação¹⁰
3. Dentre as que você assinalou na questão anterior, aponte qual a forma de violência que você considera mais grave?
 Agressão física¹
 Agressão verbal²
 Assédio sexual³
 Roubo durante o trajeto para o local de trabalho⁴
 Roubo no local de trabalho⁵
 Ameaça no local de trabalho⁶
 Ameaça durante o trajeto para o local de trabalho⁷
 Acidente de trânsito durante o trajeto para o local de trabalho⁸
 Competição entre os colegas⁹
 Discriminação¹⁰

4. A agressão sofrida mais grave foi por parte de quem:
- } Pessoa da comunidade no local de trabalho¹
 - } Colegas de trabalho²
 - } Chefia³
 - } Pessoa da comunidade fora do local de trabalho⁴
5. O que você sentiu após ter sofrido o ato de violência?
- } Medo do agressor ou de voltar a ser vítima¹
 - } Ansiedade²
 - } Tristeza³
 - } Incapacidade⁴
 - } Raiva⁵
 - } Depressão⁶
 - } Vergonha⁷
 - } Sentimento de culpa⁸
 - } Estresse⁹
 - } Sentimento de baixa autoestima¹⁰
 - } Irritação¹¹
 - } Humilhação¹²
 - } Não teve reação ou consequências¹³
6. 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
7. Você informou a sua chefia quando sofreu algum tipo de violência no trabalho?
- } Sim¹
 - } Não²

DADOS SOBRE A SEGURANÇA NO TRABALHO

8. Você se sente seguro no seu ambiente de trabalho?
- } Sim
 - } Não
9. 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}
10. O ambiente físico contribui para a violência no seu local de trabalho:
- } Sim¹
 - } Não²
11. Qual(is) o(s) fator(es) que você considera mais importante para a ocorrência da violência do trabalhador?
- } 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

12. Você sente-se seguro no trajeto para o trabalho?
 Sim¹ Não²
13. Você tem observado casos de violência no trajeto ou no local de seu trabalho?
 Sim¹ Não²
14. Você considera importante que qualquer tipo de violência o trabalho seja registrada?
 Sim¹ Não²
15. Você tem observado comportamentos violentos ou de agressão contra a equipe de trabalho, no seu ambiente de trabalho?
 Sim¹ Não²
16. Você informa a chefia sobre os perigos de segurança no trabalho ou sobre ameaças?
 Sim¹ Não²
17. Caso informe, você teme alguma represália?
 Sim¹ Não²
18. Os usuários/pacientes agredem, ameaçam, gritam, empurram, ou abusam verbalmente os trabalhadores ou fazem comentários sexuais e raciais.
 Sim¹ Não²
19. Os colegas de trabalho agredem, ameaçam, gritam, empurram, ou abusam verbalmente os trabalhadores ou fazem comentários sexuais e raciais.
 Sim¹ Não²
20. Vocês já foram treinados para reconhecer e lidar com comportamentos agressivos, violentos e ameaças.
 Sim¹ Não²
21. Você já foi orientado quando e como lidar com conflitos entre os pacientes e trabalhadores ?
 Sim¹ Não²
22. Os trabalhadores já foram agredidos, ameaçados, ou sofreram abusos sexuais por parte de usuários/pacientes
 Sim¹ Não²
23. Foi oferecida assistência médica e psicológica aos trabalhadores agredidos
 Sim¹ Não² Não sei³
24. Você considera o seu local de trabalho inseguro?
 Sim¹ Não²
25. 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
26. Existe no serviço sistema de alarme que possa ser acionado em caso de violência.
 Sim¹ Não² Não sei³
27. Há guardas de segurança contratados no local de trabalho
 Sim¹ Não² Não sei³

MUITO OBRIGADA PELA CONTRIBUIÇÃO

ANEXOS

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 em serviços de atenção primária do Triângulo Mineiro”**.

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo **“A violência ocupacional em serviços de atenção primária do Triângulo Mineiro”**. 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 ocupacional sofrida pelos profissionais de saúde do Triângulo Mineiro 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 atendimento. 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 ocupacional em serviços de atenção primária do Triângulo Mineiro”**

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 tratamento. 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

Telefone de contato: 91057075

Lorena Peres de Oliveira

Pesquisadora discente

Telefone de contato: 9148-8536

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.