

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ISABEL CRISTINA SABOIA STURBELLE

**VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E AS SUAS
INTERFACES COM AS CONDIÇÕES E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO**

Porto Alegre, 2018

ISABEL CRISTINA SABOIA STURBELLE

**VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E AS SUAS
INTERFACES COM AS CONDIÇÕES E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem *stricto sensu* da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde

Linha de Pesquisa: Gestão em Saúde e Enfermagem e Organização do Trabalho

Orientadora: Dra. Daiane Dal Pai

Porto Alegre, 2018

CIP - Catalogação na Publicação

Sturbelle, Isabel Cristina Saboia
VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM UNIDADES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA E AS SUAS INTERFACES COM AS CONDIÇÕES E A
ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO / Isabel Cristina Saboia
Sturbelle. -- 2018.
109 f.
Orientadora: Daiane Dal Pai.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Violência no Trabalho. 2. Enfermagem. 3.
Atenção Primária em Saúde. 4. Saúde da Família. 5.
Condições de Trabalho. I. Pai, Daiane Dal, orient.
II. Título.

ISABEL CRISTINA SABOIA STURBELLE

**VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E AS SUAS
INTERFACES COM AS CONDIÇÕES E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem *stricto sensu* da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 30 de Abril de 2018.

BANCA EXAMINADORA



Prof^ª Dr^ª Daiane Dal Pai
Presidente – PPGENF-UFRGS



Prof^ª Dr^ª Juliana Petri Tavares
Membro – PPGENF-UFRGS



Prof^ª Dr^ª Deise Lisboa Riquinho
Membro – PPGENF-UFRGS



Prof^ª Dr^ª Leticia de Lima Trindade
Membro – UDESC

Dedicatória:

Dedico esse trabalho àquelas que estiveram ao meu lado e me deram todo apoio para chegar até aqui.

*Mãe, és o meu exemplo de perseverança, Mana
uma amiga até a eternidade e além!*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que, com sua infinita bondade, não me permitiu desistir, mesmo confrontada com tantas dificuldades. Mesmo diante dos desesperos dessa caminhada, em todas as vezes, Ele se fez presente, tranquilizando minhas angústias e me fazendo lutar pela vitória. Obrigada a Deus e aos Guias Espirituais que me ampararam e cuidaram nessa caminhada!

Obrigada a ti, minha guerreira, meu exemplo de mulher, de ser humano e de mãe... Àquela a quem tenho o maior amor desse mundo, que esteve do meu lado e que por muitas vezes me carregou em pensamentos e orações. Ao amor incondicional e às diversas palavras de afeto dedicadas a mim durante essa jornada, agradeço-lhe muito, minha MÃE!

Ao companheirismo, lealdade e amor que dedicas a mim desde sempre. Obrigada por se fazer presente em todas as conquistas e aprendizados até aqui, por nunca desistir de mim e por partilhar de muitos momentos de desespero em prol de me tranquilizar e me fazer seguir em frente. MANA, sei que ao teu lado estou segura, sei que em tua mão sempre encontrarei consolo e em teu coração faço (uma) morada! Obrigada...

Ao companheiro de vida, amigo a quem cultivo imenso amor... Obrigada Tainã Bartel por ter sonhado esse sonho comigo e por ter me ajudado a conquistá-lo... Meu eterno amor e gratidão dedicados a ti!

Aos familiares e amigos queridos, que sempre se dispuseram a oferecer um colo ou uma palavra amiga. O que seria da minha vida sem vocês?! Em especial à amiga, irmã de coração, Ana Carolina Padua Lopes (Kauzitcha), obrigada pela parceria forte, pela irmandade e amor que nos une! Ao irmão André por se fazer presente mesmo na distância, por ter ajudado a constituir quem sou e pelo exemplo de hombridade e honestidade! Obrigada...

Aos amigos que o mestrado me presentou, aos parceiros dessa jornada... Em especial minha gratidão ao amigo Lucas Rosso e Fernanda Fengler, pessoas com quem tive o privilégio de compartilhar inúmeras experiências e com quem constituí uma amizade regada a muito carinho e admiração! Obrigada amigos por tornarem essa caminhada muito mais leve e alegre...

Às queridas assistentes de pesquisa, obrigada por me darem apoio e auxiliarem nesta árdua caminhada... Um agradecimento singular a Larissa Ampos, que não mediu esforços para trilhar junto comigo, principalmente durante as coletas de dados! Sem vocês seria muito mais difícil, meu eterno obrigada a vocês!

Aos participantes do estudo, que se dispuseram a dedicar um pouco do seu tempo a compartilhar experiências e relembrar de fatos tão delicados. A vocês dedico um espaço muito especial no meu “livro da vida” e me encho de gratidão pela oportunidade que vocês ajudaram a construir! Obrigada...

A CAPES pela oportunidade de dedicação exclusiva.

E por fim, mas com um valor singular... Agradeço a ti, cara orientadora! Muito obrigada, professora Daiane Dal Pai, por me proporcionar inúmeros e únicos aprendizados durante esses dois anos... Obrigada pela enorme disposição em me ajudar e pelas várias tentativas de motivação. Obrigada por não desistir de mim e por seguir comigo nesta batalha até o fim, ajudando-me a aprimorar o trabalho, para que ao fim tivéssemos o resultado aqui descrito, do qual me orgulho muito! Obrigada pelas lições acadêmicas e de vida... Saiba que dentro desta pequena palavra existem grandes sentimentos: OBRIGADA!!!

LISTA DE FIGURA E GRÁFICOS

Figura1	População inicial e amostra final de participantes conforme critérios de exclusão	36
Gráfico 1	Frequência de trabalhadores (n=106) expostos e não expostos à violência no trabalho nos últimos 12 meses	44
Gráfico 2	Distribuição das ocorrências de violência no trabalho (n=109) segundo os tipos	45
Gráfico 3	Distribuição do número de diferentes tipos de violência (n=74) segundo o percentual de trabalhadores expostos	46
Gráfico 4	Distribuição dos tipos de violência (n=109) no trabalho segundo perpetradores	47
Gráfico 5	Distribuição de problemas vivenciados, de moderado a extremamente, pelos trabalhadores expostos a violência no trabalho (n=74)	53
Gráfico 6	Medidas para lidar com a violência no trabalho segundo a frequência das respostas afirmativas sobre a sua existência	58
Gráfico 7	Distribuição de aspectos considerados “muito importantes” a serem implementados para melhoria do local de trabalho	61
Gráfico 8	Condutas específicas que promovem saúde e segurança dos profissionais e que previnem as violências físicas e psicológicas nas USF, segundo a frequência das respostas negativas sobre a sua existência	62

LISTA DE QUADRO E TABELAS

Quadro 1	Categorias originadas pela análise temática das entrevistas	40
Tabela 1	Caracterização da amostra de trabalhadores das USF segundo dados sociodemográficos e laborais	42
Tabela 2	Distribuição dos trabalhadores vítimas e não vítimas da violência no trabalho segundo as características sociodemográficas e laborais	48
Tabela 3	Distribuição das reações, providências, ajuda do supervisor e consequências para o agressor, segundo os tipos de violência	51
Tabela 4	Mediana e intervalos interquartílicos dos recursos humanos, condições, organização, satisfação e relacionamentos no trabalho entre vítimas e não vítimas da violência no trabalho	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
ESF	Estratégia de Saúde da Família
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

RESUMO

Os profissionais das Unidades de Saúde da Família (USF) podem ser considerados altamente vulneráveis à violência no trabalho, uma vez que atuam diretamente na comunidade, por vezes em regiões com altas taxas de criminalidade e com falta de segurança, tendo muitas vezes condições e organização do trabalho desfavoráveis. Objetivou-se analisar a exposição dos trabalhadores de saúde à violência laboral nas USF e as suas interfaces com as condições e a organização do trabalho. Tratou-se de pesquisa com abordagem mista, que utilizou a estratégia aninhada concomitante, realizada em USF de uma capital da região sul do Brasil, com os profissionais que compunham a equipe mínima de saúde da família (n=190). Uma amostra probabilística de 106 profissionais respondeu ao *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector*, dentre os quais 18 profissionais, vítimas de violência, responderam à entrevista semiestruturada. Os dados quantitativos foram submetidos à estatística descritiva e analítica, sendo considerado significativo $p < 0,05$. Os dados qualitativos foram transcritos e submetidos à análise do tipo temática. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição proponente e coparticipante e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Na amostra (n=106), 80,2% tratou-se de mulheres, com mediana de idade de 42,5 anos, brancas (61,9%), casadas ou com companheiros (53,8%). Os ACS representaram 52,8% da amostra, seguidos de técnicos/auxiliares de enfermagem (23,6%), enfermeiros (15,1%) e médicos (8,5%). A maioria dos profissionais (69,8%) sofreu algum tipo de violência nos últimos 12 meses, sendo prevalentes as agressões verbais (65,1%), ocorridas por meio de xingamentos, ofensas, humilhações e ameaças. Dos participantes, 33,8% referiram terem sofrido dois ou mais tipos de violência no trabalho, sendo os maiores perpetradores os pacientes para violência física (100%), agressão verbal (79,4%), discriminação racial (81,8%) e assédio sexual (60%). As chefias foram mencionadas como principais agressores nos casos de assédio moral (46,7%). Encontraram-se diferenças estatisticamente significantes entre vítimas e não vítimas no que se refere à categoria profissional e idade ($p < 0,05$). Nas entrevistas foi destacada atuação na recepção como agravante para a exposição às situações de violência. As principais reações das vítimas foram: contar para o colega (entre 33,3% e 80% das situações) e relatar para o chefe (entre 20% e 56,5%). Permanecer superalerta, vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso foi o problema mais referido pelas vítimas, exceto nas situações de assédio moral, que desencadearam principalmente sentimentos de pesar para realizar as atividades. Abalos à saúde dos trabalhadores foram mencionados pelos participantes como consequências dos episódios de violência, bem como relatos de absenteísmo e a vontade de abandonar a profissão. Entretanto, os profissionais tendiam à naturalização e banalização desses episódios. As vítimas de violência apresentaram piores avaliações sobre as condições e a organização do trabalho, sendo significativamente piores as avaliações quanto aos relacionamentos com colegas e chefias ($p < 0,05$). Melhorias no ambiente (61,3%) e investimento em desenvolvimento de recursos humanos (75,5%) foram destacados como necessidades no que tange à problemática. Os participantes referiram inexistência de condutas que promovem a segurança no local de trabalho (entre 37,7% e 67%), uma vez que a vulnerabilidade dos profissionais à violência urbana do território foi mencionada como fator agravante dessas situações nas USF. Conclui-se que os profissionais das USF estão muito expostos à violência, especialmente do tipo verbal e vinda dos pacientes. A organização e as condições de trabalho estão implicadas na origem desta problemática e carecem de investimentos a fim de garantir a preservação da integridade física e psicológica dos trabalhadores e o cumprimento das atividades previstas de atenção à comunidade.

Descritores: Violência no Trabalho; Saúde do Trabalhador; Atenção Primária em Saúde; Saúde da Família; Condições de Trabalho; Enfermagem.

ABSTRACT

Professionals working at Unidades de Saúde da Família (USF – Family Health Units) may be considered highly vulnerable to violence in the workplace, since they work directly with the community, often in areas which present high rates of criminality and little security; and often in unfavorable work conditions and organization. The objective was an analysis of the exposition of such health workers to violence in the workplace in the USFs and their relationship with the conditions and the organization of where they work. This research presents a mixed approach which used concomitant strategy, performed at a USF located in a capital city in the south region of Brazil; having as main object the professionals forming the basic staff for family health (n=190). A probabilistic sample of 106 practitioners answered the *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector*; among them 18 workers, who have been victims of violence, answered a semi-structured interview. Quantitative data were subjected to descriptive and analytical statistics, being deemed significant the value $p < 0.05$. Qualitative data were transcribed and subjected to an analysis of the thematic kind. This study was approved by the Ethics and Research Committee of the proposing and coparticipant institution, and all subjects signed the Informed Consent form. In the sample (n=106), 82.2% were women, with an average age of 42.5, White (61.9%), married or living with a partner (53.8%). The Community Health Agents (Agentes Comunitários de Saúde – ACS) constituted 52.8% of the sample, followed by nursing auxiliaries and technicians (23.6%), nurses (15.1%) and doctors (8.5%). The majority of the professionals (69.8%) have suffered some form of violence in the last 12 months, such violence being verbal in most of the cases (65.1%), such as swearing, offences, humiliations and threats. Among the participants, 33.8% reported having suffered two types or more of violence in the workplace, being the patients the perpetrators of physical violence (100%), verbal aggression (79.4%), racial prejudice (81.8%) and sexual harassment (60%). Those in leadership positions were reported as the main aggressors in case of psychological harassment (46.7%). Significant statistical differences were found in relation to the victims and non-victims when it comes to professional category and age ($p < 0.05$). In the interviews there was great emphasis to the reception as an aggravating element to the exposition to situations involving violence. The victims' main reactions were: talking to a colleague (between 33.3%-80% of the cases) and reporting to the head (between 20%-56.5%). The most common problems referred by the victims were having to be extra alert, watchful, wary, or constantly tense, except in situations of psychological harassment, which unleashed feelings of grief and sadness to perform their duties. Damage to the workers' health were also described by the participants as a consequence of the episodes of violence, as well as accounts of absenteeism and wishes to abandon career. However, the professionals to see these episodes naturally and in a trivial way. These victims of violence presented the worst evaluation in relation to workplace conditions and organization, being significantly worse the evaluation of the relationship with colleagues and heads ($p < 0.05$). Improvement in the work environment (61.3%) and investments in the development of human resources (75.5%) were emphasized as the main needs in relation to this problem. The participants made reference to the non existence of conduct which might promote security at work (between 37.7%-67%), since the vulnerability of these professionals to urban violence in the area was mentioned as an aggravating factor in these situations in USF. It can be concluded that the professionals working at USF are extremely subjected to violence, in particular of the verbal type and performed by patients. The conditions and organization of the workplace are also implied in the origins of this problem and are poorly investigated in order to guarantee the preservation of the physical and psychological integrity of the workers, as well as the activities intended to the community.

Descriptors: Workplace Violence; Occupational Health; Primary Health Care; Family Health; Working Conditions; Nursing.

RESUMEN

Los profesionales de las Unidades de Salud de la Familia (USF) pueden ser considerados altamente vulnerables a la violencia en el trabajo, una vez que actúan directamente en la comunidad, por veces en regiones con altas tasas de criminalidad y con falta de seguridad, teniendo muchas veces condiciones y organización de trabajo desfavorables. Se objetivó analizar la exposición de los trabajadores de salud a la violencia laboral en las USF y sus interfaces con las condiciones y la organización de trabajo. Se trató de pesquisa con abordaje mixta que utilizó la estrategia anñada concomitante, realizada en USF de una capital de la región Sur de Brasil, con los profesionales que componen la equipe mínima de salud de la familia (n=190). Una muestra probabilística de 106 profesionales contestó al Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector, entre los cuales, 18 profesionales, víctimas de violencia, contestaron a la encuesta semiestructurada. Los datos cuantitativos fueron sometidos a la estadística descriptiva y analítica, siendo considerado significativo $p < 0,05$. Los datos cualitativos fueron transcritos y sometidos a la revisión de tipo temática. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética y Pesquisa de la institución proponente y coparticipante, y todos los participantes firmaron el Termo de Consentimiento Libre y Esclarecido. En la muestra (n=106), 80,2% se trató de mujeres, con mediana de edad de 42,5 años, blancas (61,9%), casadas o con compañeros (53,8%). Los ACS representaron 52,8% de la muestra, seguidos de técnicos/auxiliares de enfermería (23,6%), enfermeros (15,1%) y médicos (8,5%). La mayoría de los profesionales (69,8%) sufrió algún tipo de violencia en los últimos 12 meses, siendo predominante las agresiones verbales (65,1%). Ocurridos por medio de insultos, ofensas, humillaciones y amenazas. De los participantes, 33,8% refirieron haber sufrido dos o más tipos de violencia en el trabajo, siendo los mayores perpetradores los pacientes a la violencia física (100%), agresión verbal (79,4%), discriminación racial (81,8%) y asedio sexual (60%). Las cabezas fueron mencionadas como principales agresores en los casos de asedio moral (46,7%). Se encontraron diferencias estadísticamente significantes entre víctimas y no víctimas en lo que se refiere a la categoría profesional y edad ($p < 0,05$). En las encuestas fue destacada actuación en la recepción como agravante para la exposición a las situaciones de violencia. Las principales reacciones de las víctimas fueron: contar para el colega (entre 33,3% e 80% de las situaciones) y relatar para el jefe (entre 20% y 56,5%). Permanecer muy atento, vigilante, estar sobre aviso o constantemente tenso fue el problema más referido por las víctimas, excepto en las situaciones de asedio moral, que desencadenó principalmente sentimientos de pesar para realizar las actividades. Conmociones a la salud de los trabajadores fueron mencionados por los participantes como consecuencias a los episodios de violencia, bien como relatos de absentismo y la voluntad de abandonar la profesión, entretanto, los profesiones tendían a la naturalización y banalización de esos episodios. Las víctimas de violencia presentaron peores evaluativas cuanto a los relacionamientos con colegas y cabezas ($p < 0,05$). Mejorías en el ambiente (61,3%) e inversiones en desarrollo de recursos humanos (75,5%) fueron destacados como necesidades en lo que dice respeto a la problemática. Los participantes refirieron a la inexistencia de conductas que promueven la seguridad en el local de trabajo (entre 37,7% y 75,5%), una vez que la vulnerabilidad de los profesionales a la violencia urbana de territorio fue mencionada como factor agravante de esas situaciones en las USF. Se concluye que los profesionales de las USF están muy expuestos a la violencia, especialmente del tipo verbal y venida de los pacientes. La organización y condiciones de trabajo están implicadas en el origen de esta problemática y carecen de inversiones a fin de garantizar la preservación de la integridad física y psicológica de los trabajadores y el cumplimiento de las actividades previstas de atención a la comunidad.

Descriptor: Violencia Laboral; Salud Laboral; Atención Primaria de Salud; Salud de la Familia; Condiciones de Trabajo; Enfermería.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	21
2.1 Objetivo Geral	21
2.2 Objetivos Específicos	21
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	22
3.1 Atenção Básica em Saúde	22
3.2 Condições e Organização do Trabalho na Atenção Básica em Saúde	26
3.3 Violência no Trabalho em Saúde	30
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	34
4.1 Caracterização da Pesquisa.....	34
4.2 Local de Realização do Estudo.....	34
4.3 Participantes do Estudo	34
4.4 Procedimento e Coleta de Dados Quantitativos	36
4.5 Procedimento e Coleta de Dados Qualitativos	37
4.6 Análise dos Dados	38
4.7 Aspectos Éticos	40
6 RESULTADOS.....	41
6.1 Caracterização sociodemográfica e laboral dos participantes do estudo.....	41
6.2 Violência no Trabalho em Unidades de Saúde da Família: relatos, vítimas e perpetradores	43
6.3 Reações e Problemas Vivenciados pelas Vítimas da Violência no Trabalho em USF	49
6.4 Condições e organização do trabalho: interfaces com a violência no trabalho em Unidades de Saúde da Família	55
6.5 (Im)possibilidades para prevenir/controlar a violência no trabalho em USF.....	59
7 DISCUSSÃO	63
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICES	88
APÊNDICE A – Roteiro para entrevista semiestruturada.....	89

APÊNDICE B – Carta ao Comitê de Ética.....	90
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	91
ANEXOS	92
ANEXO A – Carta de anuência da SMS/POA.....	93
ANEXO B – Aprovação CEP Prefeitura de Porto Alegre.....	94
ANEXO C – Aprovação CEP/UFRGS.....	98
ANEXO D – Instrumento de pesquisa	102

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica em Saúde (ABS)¹ foi um modelo proposto para consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de um conjunto de ações voltadas ao âmbito tanto individual como coletivo. Compreende ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e também manutenção da saúde, tendo como objetivo o atendimento integral da população (BRASIL, 2012a).

Trata-se de uma modalidade de atenção à saúde que deve estar inserida no ambiente em que os usuários se encontram, permitindo a integração do contexto histórico e social das pessoas à oferta de serviços, bem como a construção do vínculo entre os profissionais de saúde, os usuários e a comunidade. Além disso, deve ser preferencialmente a porta de entrada dos indivíduos ao sistema de saúde (STARFIELD, 2002; PAIM, 2011; BRASIL, 2012a).

A Política Nacional de Atenção Básica aprovou e estabeleceu a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como uma abordagem prioritária para a organização da ABS no Brasil (BRASIL, 2006). A ESF conta com a atuação mínima de um médico generalista, um enfermeiro, um técnico e/ou auxiliar de enfermagem que atendem uma população adscrita definida e que possuem vínculo com o serviço. Além destes profissionais, a equipe multiprofissional deve ser composta, ainda, por no mínimo quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e isso é mencionado na literatura como um fator que representa a abordagem comunitária do sistema. Sendo assim, no modelo brasileiro trabalha-se sob a perspectiva de território, que significa que um número definido de pessoas fica sob a responsabilidade de uma equipe, sendo recomendado o número máximo de 4000 pessoas ou 600 famílias (FARIA et. al., 2009; BRASIL, 2012; BRASIL, 2017).

No entanto, em 2017 o Ministério da Saúde lançou uma nova Política, onde o cargo de ACS não se torna mais uma exigência da ESF, e a gestão municipal poderá compor as equipes de ESF de acordo com as características e necessidades da comunidade. Além da redução de profissionais, a população adscrita reduz de 4000 para 2000 a 3500 que devem ser assistidas minimamente por um médico, um enfermeiro e um técnico ou auxiliar de enfermagem, o território a partir da nova PNAB torna-se único (PNAB, 2017).

Pesquisas apontam que a relação da equipe de saúde para desenvolver o trabalho conjuntamente torna-se ferramenta importante para se conquistar os objetivos da ABS. A

¹O termo Atenção Básica em Saúde é utilizado somente no Brasil, e neste projeto também será utilizado como sinônimo de Atenção Primária ou serviços extra hospitalares, de caráter preventivo e de promoção à saúde individual e coletiva. A Atenção Primária em Saúde no Brasil está agregada aos princípios da Reforma Sanitária, sendo designada pelo SUS como ABS (PAIM, et al. 2011).

ausência de um trabalho em equipe que supere as desigualdades, mediada pelo diálogo e pela interdependência entre as profissões, pode proporcionar tensões e dificuldades nos processos de trabalho (SAMPAIO, VILELA E SIMÕES, 2012; SOUZA, MANDU E ELIAS, 2013).

A falta de reconhecimento e valorização do trabalho realizado por parte de colegas e pela gestão pode ser representada por um trabalho em equipe deficitário, e destacado por Kessler e Krug (2012) como um fator que pode estar relacionado à insatisfação no ambiente de trabalho na ABS. As relações entre a equipe de trabalho podem representar aspectos satisfatórios e eficientes nos processos de trabalho na ABS, bem como objeto de insatisfação profissional e funcionamento inadequado do serviço, quando a comunicação e a cooperação entre os envolvidos não prevalecer.

Trabalhar em equipe é considerado por outros autores como um processo difícil na ABS, o qual carece de apoio mútuo, e pode estabelecer uma limitação à prática profissional (SAMPAIO, VILELA e SIMÕES, 2012). O trabalho em equipe na ABS, e especialmente na ESF, é fundamental para estabelecer a efetividade deste modelo assistencial, sendo que, quando ele inexistente, os atendimentos podem refletir em fragmentação da assistência, fragilizando o cuidado integral preconizado.

Além dos aspectos que permeiam o relacionamento entre os profissionais, ainda cabe mencionar as tensões nas relações com usuários e com a comunidade. Estudos anteriores apontam a importância do vínculo entre profissionais e usuários à medida que favorece a escuta sensível, a autonomia dos indivíduos e a longitudinalidade do cuidado. Em contrapartida, quando a constituição deste vínculo é fragilizada a busca pelos serviços de ABS se torna menos frequente, a corresponsabilização dos usuários é falha e não se constitui uma relação de confiança (ALBUQUERQUE, et. al., 2014; MOURA, SANTOS e ROCHA, 2015; MASSON, et. al., 2015; RODRIGUES, et. al., 2015).

Masson et. al. (2015) sinalizam que o engajamento em busca do vínculo usuário-profissional deve ser de toda a equipe, para que assim se rompa a ideia de fragmentação do cuidado. Uma pesquisa realizada em sete municípios do Paraná apontou fatores que podem fragilizar a consolidação do vínculo, tais como a frequente atitude dos profissionais de tentarem “educar” os usuários sobre quando devem buscar o serviço, a má organização e qualidade da assistência e o fato da prestação do serviço das unidades nem sempre corresponder às reais necessidades da comunidade (BARATIERI, MANDÚ e MARCON, 2012).

Silva et. al. (2015) referem que, o fato dos profissionais atuarem diretamente como a comunidade, pode acarretar em maior exposição à violência no trabalho, diferentemente dos

profissionais de saúde que trabalham exclusivamente nos centros de saúde. Situação que pode ser agravada nas grandes áreas urbanas de países periféricos, pois a rápida urbanização associada ao aumento da violência urbana pode expor de maneira significativa os profissionais à violência.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a violência no trabalho como resultado da soma de diversos fatores, em que se destacam as condições, organização do trabalho e a interação trabalhador/agressor (KRUG et.al., 2002). A violência no trabalho é considerada como um problema de saúde pública que traz danos para a saúde do profissional e muitas vezes reprimindo este de expor e reconhecer este fenômeno (BRASIL, 2005; CORDENUZZI, 2011).

Estudos internacionais que abordaram o fenômeno da violência no trabalho em serviços de saúde demonstram preocupação com esses episódios (SPECTOR, ZHOU, CHE, 2014; EDWARD et. al., 2014; HAHN et. al. 2012), o que também é visto em investigações brasileiras (BATISTA et. al., 2011; VASCONCELOS, ABREU E MAIA, 2012; VASCONCELOS et. al., 2012; DAL PAI, et. al., 2015), embora ainda incipientes. Apesar do estudo da violência no cenário da ABS, autores nacionais e internacionais apontam a baixa produção científica sobre o tema (FISEKOVIC et. al, 2015; SILVA et.al., 2015).

Um estudo realizado no sul do Brasil identificou problemas no relacionamento interpessoal entre os profissionais, bem como entre profissionais e usuários/comunidade na ABS. Os relatos mencionaram que insultos verbais podem estar presentes neste binômio profissional-usuário (TRINDADE e PIRES, 2013). Em contrapartida, as relações socioprofissionais e o trabalho em equipe foram citados em outros estudos como um fator importante na satisfação no trabalho na ABS (TRINDADE e PIRES, 2013; LIMA, et.al. 2014; MAISSIAT, et. al., 2015).

Compreende-se que interações permeadas pela violência trazem prejuízos à dinâmica prescrita para o serviço a ser prestado na ABS, na medida em que os usuários não se vinculam aos profissionais. A satisfação profissional também pode ser prejudicada por muitas vezes os profissionais se decepcionarem em não conseguirem atingir os objetivos esperados pelo serviço.

Fatores ambientais e organizacionais podem predispor os ambientes a situações de violência. Trata-se de fatores como trabalhar com usuários implicados a histórico de violência, trabalhar sozinho, ambientes mal iluminados, alta circulação de pessoas não identificadas, déficit de trabalhadores, ausência de treinamentos para identificar possíveis

agressores, falta de segurança e regiões com altas taxas de criminalidade (OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH ADMINISTRATION, 2015).

Em se tratando da ABS, os aspectos referentes a regiões com altas taxas de criminalidade e ambientes mal iluminados podem ser os fatores que merecem maior atenção, tendo em vista que as Unidades de ESF têm como princípio básico a aproximação com a comunidade e o domicílio das pessoas. Dessa forma, entende-se que trabalhar nas comunidades em que a criminalidade é constante pode aumentar a chance de exposição dos profissionais da ABS à violência e, no caso dos ACS, que residem na comunidade, este risco pode ser aumentado pela tarefa por vezes solitária e por frequentarem os domicílios dos usuários do sistema.

Um estudo realizado com 24 ACS de um município do Rio Grande do Sul identificou o sofrimento dos participantes em serem obrigados a executar as suas atividades laborais na mesma comunidade que residem, considerando que isso aumenta a possibilidade destes profissionais perderem a sua privacidade, de trabalharem em horários de folga, pela busca desmedida dos usuários e por estarem mais expostos a boatos e fofocas. Da mesma forma, estes profissionais encontram-se mais expostos à violência por vivenciarem constantemente o dilema de residirem em comunidades perigosas e terem que optar entre a integridade dos usuários que assistem ou de si própria. Relatos evidenciaram situações de violência contra ACS que tentaram acionar órgãos competentes e posteriormente serem ameaçados pelos delinquentes e/ou infratores (LOPES, et. al., 2012).

Embora este fenômeno seja pouco estudado no ambiente da ABS, alguns estudos neste cenário demonstram que existe um predomínio das agressões psicológicas (43,5% a 92,1%) em relação às físicas (7,9% a 18,3%) (MORENO-JIMÉNEZ et. al., 2005; EL-GILANY, EL-WEHADY, AMR, 2010; GASCÓN et. al., 2013; FISEKOVIC, et.al., 2015).

Uma pesquisa realizada na Servia, com profissionais da ABS, constatou que dos 1526 participantes do estudo, 52,6% (803) haviam experimentado violência no local de trabalho. Destes, 18,3% (147) teriam sofrido agressões físicas e as agressões verbais foram as mais prevalentes (349; 43,5%). Dos participantes, 36,6% (294) sofreram dois tipo de violência, 10,6% (85) três tipos e 1,1% (9) de quatro a cinco combinações de violência (FISEKOVIC, et. al., 2015).

Um estudo realizado na Argentina, com 183 profissionais do Departamento de Cuidados Primários em Saúde identificou que 41,2% da amostra relataram a presença ocasional de violência no local de trabalho. Além disso, os dados demonstraram que os maiores agressores eram os acompanhantes, responsáveis por 45,1% dos atos percebidos, seguidos de

34,6% dos episódios que envolviam os pacientes, sendo estas ocorrências vivenciadas muito frequentemente. Dos participantes, 42,5% e 35% mencionaram atos violentos ocasionalmente, tendo como perpetradores os pacientes e acompanhantes, respectivamente. Quando questionados sobre as agressões sofridas por parte dos colegas de trabalho, aqueles que possuíam maior hierarquia foram mencionados como os principais agressores, responsáveis por 46,4% das ocorrências de violência no ambiente laboral, sendo estas classificadas como muito frequentes em 22,2% dos casos. Os trabalhadores com menor hierarquia foram citados em 7,2% dos casos classificados como muito frequente (FARIAS, SANCHES e ACEVEDO, 2012). O mesmo estudo ainda demonstrou que as formas de agressão contra os profissionais da ABS foram gritos (65,1%), insultos (55,1%), desqualificação (54,2%), repreensão pública (50,2%), ameaças (45,5%), desprezo (40,8%), agressões físicas (8,7%) e assédio sexual (7,5%).

Atos de violência no ambiente de trabalho podem gerar sentimentos que afetam a saúde física e emocional das vítimas (GATES, GILLESPIE, SUCCOP, 2011; FONSECA, 2012; EDWARD, et.al., 2014; DAL PAI, 2015) e repercutir diretamente sobre a qualidade do serviço prestado, principalmente levando em consideração os pressupostos de acolhimento, vínculo e trabalho em equipe, tidos como fundamentais para o trabalho na ABS. Este aspecto demonstra a importância de investigações acerca da violência no trabalho em ABS, principalmente considerando que somente um estudo (SILVA, et. al., 2015) mensurou o fenômeno no âmbito da ABS brasileira.

Além do interesse em identificar a ocorrência de violência na ABS, o presente estudo pressupõe que as situações de violência que ocorrem neste ambiente de trabalho possuem íntima relação com as condições e organização do trabalho. Este pressuposto está amparado no fato de que estudos (TRAD e ROCHA, 2011; SCHRADER, et. al., 2012; OLIVEIRA JR., et. al., 2013; MACIEL, SANTOS E RODRIGUES, 2015; MEDEIROS, et. al., 2016) demonstram que existe uma inadequação dos espaços físicos das unidades básicas de saúde, alto déficit ou sucateamento de equipamentos e materiais, o que reflete más condições de trabalho e, conseqüentemente, a insatisfação com o mesmo. Além disso, aspectos como os relacionamentos socioprofissionais e interpessoais na equipe, a hierarquia e a fragmentação do trabalho afetam a organização do trabalho na ABS. O desgaste advindo destas más condições e organização de trabalho pode influenciar no aparecimento de atitudes violentas tanto entre membros da equipe, como por parte dos usuários dos serviços.

A OMS (2010) menciona que existem fatores que propiciam ambientes de trabalho saudáveis, os quais estão relacionados ao ambiente físico (condições), ao ambiente

psicossocial (organização), aos recursos para a saúde pessoal e ao envolvimento da empresa na comunidade. O ambiente físico do trabalho envolve aspectos relacionados com a estrutura, qualidade do ar, maquinário, móveis, produtos, substâncias químicas, materiais e processos de produção no local de trabalho. Os problemas relacionados à estrutura geralmente são perigos químicos, como exposição a solventes, pesticidas, amianto, sílica, fumaça de cigarro; os perigos físicos envolvem a exposição a ruídos, radiações, vibrações, calor excessivo e nanopartículas (OMS, 2010).

O ambiente psicossocial do trabalho representa ações da organização deste, tais como as atitudes, os valores, as crenças e as práticas cotidianas da empresa que afetam o bem-estar mental e físico dos trabalhadores. Dentre alguns fatores que podem interferir na organização do trabalho estão: organização deficiente deste, que envolve problemas com a demanda de trabalho, pressão com relação ao cumprimento de prazos, flexibilidade nas decisões, recompensa e reconhecimento, apoio dos supervisores, clareza do trabalho, concepção do trabalho e comunicação deficiente; cultura organizacional envolvendo a falta de políticas, normas e procedimentos relacionados à dignidade e respeito para com todos os trabalhadores, assédio e intimidação, discriminação de qualquer natureza, a falta de apoio a estilos de vida saudáveis; estilo de gestão de comando e controle que engloba a ausência de consultas, negociações, comunicação recíproca, *feedback* construtivo, gestão do desempenho de forma respeitosa; falta de apoio para um equilíbrio entre vida profissional e familiar; medo da perda de emprego relacionado a fusões, aquisições, reorganizações ou devido ao mercado de trabalho/economia (OMS, 2010).

Devido à afinidade da pesquisadora com o campo da ABS experienciado durante a sua graduação em enfermagem, e por acreditar que este serviço pode ser capaz de prestar uma assistência resolutiva e qualificada voltada para a longitudinalidade e integralidade do cuidado aos usuários, e pelo seu caráter coletivo das ações em saúde, optou-se por estudar este campo de atuação profissional em saúde. Além disso, a aproximação com o Grupo Interdisciplinar de Saúde Ocupacional despertou o interesse de investigar a temática da violência no trabalho, dada a sua interferência negativa sobre a assistência prestada e a vida dos trabalhadores, muitas vezes influenciando na saúde física e psíquica.

Frente ao exposto, elaboraram-se as seguintes questões para serem respondidas pela presente investigação: trabalhadores de saúde das USF estão expostos à violência no trabalho? Quais as implicações das condições e da organização do trabalho nas experiências de violência laboral?

2 OBJETIVOS

A seguir apresentam-se os objetivos de pesquisa.

2.1 Objetivo Geral

Analisar a exposição dos trabalhadores de saúde à violência laboral nas USF e as suas interfaces com as condições e organização do trabalho.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar a prevalência de violência no trabalho nas USF.

Caracterizar os tipos de violência, as vítimas e os perpetradores deste ato no trabalho nas USF.

Descrever os problemas vivenciados pelas vítimas da violência no trabalho nas USF.

Conhecer as implicações das condições e da organização do trabalho nas USF nas experiências de violência laboral.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para fundamentar o objeto de investigação, foram consultadas na literatura as seguintes temáticas: Atenção Básica em Saúde, Condições e a Organização do Trabalho na Atenção Básica em Saúde e Violência no Trabalho em Saúde.

3.1 Atenção Básica em Saúde

A Lei 8.080 de 1990 implantou o Sistema Único de Saúde (SUS) com a intenção de garantir a promoção, proteção e recuperação da saúde da população. A partir de então, o estado teria o dever de organizar os serviços de saúde brasileiros e garantir o direito a saúde aos indivíduos (BRASIL, 2009).

Além do mais, determinou-se que a universalidade, integralidade, equidade, participação social e descentralização seriam os princípios do SUS. Dessa forma, o sistema deve atender a toda a população, oferecendo os recursos necessários para garantir a promoção da saúde dos indivíduos, atender por prioridades assistenciais, partindo da urgência de atendimento, garantir a participação social na gestão pública e descentralizar a administração, responsabilizando os municípios a atender as demandas específicas da população (BRASIL, 2009).

A Assembleia Mundial da Saúde, de 1977, foi precursora nas discussões sobre Atenção Primária em Saúde. Os princípios da Atenção Primária em Saúde foram enunciados em 1978, em Alma Ata, localizada no Cazaquistão, durante a conferência internacional sobre cuidados primários em saúde, tendo sua confirmação em 1979, na Assembleia Mundial da Saúde (STARFIELD, 2002). A OMS, (1978, sp.) definiu a Atenção Primária em Saúde como:

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação.

A ABS compreende um conjunto de atividades de sua exclusividade, compartilhando com os demais níveis de atenção à saúde algumas características como: responsabilidade no acesso, qualidade e custos; prevenção, tratamento e reabilitação; e trabalho em equipe. A ABS deve ser o serviço primário na atenção em saúde, sendo prioritariamente o ponto inicial de contato do usuário com o sistema de saúde, devendo atender as necessidades dos usuários e, não somente, assistindo também a comunidade, fornecendo atenção integral não considerando

somente sua patologia; sendo assim, percebendo todas as condições que permeiam o indivíduo. Além disso, a Atenção Primária em Saúde deve ser a coordenadora das redes de saúde, integrando as atividades desenvolvidas em outros níveis de atenção (OMS, 1978; STARFIELD, 2002; PAIM, et. al., 2011).

Segundo Starfield (2002), a ABS extrapola os limites de tarefas ou atividades clínicas, como diagnóstico, prevenção, exames e várias estratégias para o monitoramento clínico, pois estas atividades são exercidas em todas as instituições de saúde. Todavia, a ABS deve estar atenta aos problemas comuns da comunidade e deve estabelecer os fluxos dentro da rede de serviços. Atividades preventivas, de cura e de reabilitação devem ser oferecidas com o propósito de melhorar a saúde e bem estar dos indivíduos. A ABS é integral a partir do momento em que existem vários problemas de saúde e os assiste considerando o contexto no qual a doença existe e corresponsabilizando os usuários com a sua condição. Porém a ABS deve organizar e racionalizar os recursos, almejando a promoção, manutenção e melhora das condições de saúde.

A Atenção Primária em Saúde - ou ABS como é chamado no Brasil - é caracterizada como ações em saúde que permeiam o indivíduo e a coletividade, favorecendo ações de promoção e proteção em saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção em saúde. Com o intuito de alcançar a integralidade da atenção em saúde, o que por sua vez proporciona a autonomia das pessoas e corresponsabilização do cuidado e, nos determinantes e condicionantes de saúde da comunidade (BRASIL, 2012a).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)², foi implantado oficialmente pelo Ministério da Saúde em 1991, na região nordeste do País, pretendendo a constituição de conceitos e práticas bem definidos. Além disso, objetivava a melhoria dos índices de saúde da região norte e nordeste do Brasil, e entendia-se que os ACS aproximariam a população do serviço de saúde e perceberia os fatores relevantes que influenciavam na saúde da comunidade e assim deveriam exercer ações de promoção da saúde (BRASIL, 2012a).

Posterior ao PACS, em 1994, surge o Programa de Saúde da Família na ABS, para reorientar o modelo assistencial, priorizando ações de promoção e proteção da saúde do indivíduo, família e comunidade, sendo tratado em 2006 como uma estratégia prioritária para organização da ABS, surgindo o termo ESF. O atendimento na UBS e na comunidade é

² Cada equipe era composta por pelo menos um enfermeiro e 30 ACS. Sendo esta atualmente composta minimamente por um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e quatro ACS (BRASIL, 2012a).

realizado pela equipe local de saúde, permitindo uma corresponsabilização entre os serviços de saúde e a comunidade, não sendo mais exclusivo dos muros das UBS, considerando todos os espaços para prestar assistência, refletindo um maior vínculo com a comunidade e benefícios a saúde da população. O programa permite o atendimento integral da família e intervém sobre os fatores mais relevantes e de risco existentes em determinada comunidade (RODRIGUES, 2011).

O Programa de Saúde da Família pretendia qualificar a ABS por meio do fortalecimento do conceito de aproximação dos profissionais de saúde com a população, sendo principalmente os ACS os intermediadores desta relação e a partir de então o atendimento não seria mais exclusivo dos muros da UBS (RODRIGUES, 2011).

A forma de trabalho proposta pelo Programa de Saúde da Família possibilitaria que os profissionais reconheçam o território em que a população estava inserida e levantariam informações sobre os riscos existentes, o que facilitaria o desenvolvimento de estratégias que recuperassem este meio, minimizando os danos à comunidade.

A ABS, por meio de práticas e de gestão comunitárias e democráticas, deve garantir a participação social, levando em conta o trabalho interdisciplinar, com territórios estabelecidos, com responsabilidade sanitária, observando a dinamicidade dos fatores e da comunidade. Estes serviços devem estar próximos das comunidades, para facilitar o acesso e o estabelecimento de uma porta de entrada no SUS, bem como a comunicação da Rede de Atenção à Saúde, isso tudo se dá pela descentralização e capilaridade (PAIM, et. al., 2011; BRASIL, 2012a).

O Ministério da Saúde indica que (BRASIL, 1997) o Programa de Saúde da Família, por suas especificidades, diferencia-se dos seus programas existentes, considerando que não visa uma intervenção vertical e paralela às atividades desenvolvidas em outros níveis de atenção. Por outro lado, caracteriza-se por realizar suas atividades de promoção e organização em um território definido, prevendo o melhor enfrentamento e resolução dos problemas elencados.

A ESF favorece a expansão, qualificação e consolidação da ABS, por meio da reorientação do processo de trabalho, aprofundando os princípios, diretrizes e fundamentos do SUS, sendo capaz de ampliar a resolutividade e impactando positivamente nos custos em saúde (BRASIL, 2012a).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica vigente no momento da coleta de dados, as equipes de Saúde da Família deveriam minimamente compreender um médico generalista, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e quatro ACS para assistir

uma população de no máximo 4.000 pessoas ou 600 a 1000 famílias. De acordo com a nova PNAB (2017), o quadro de profissionais se altera à medida que o cargo de ACS não é mais requisito obrigatório para as ESF, sendo os gestores que decidirão a composição das equipes de acordo com as necessidades locais, tendo a obrigatoriedade mínima de um médico, um enfermeiro e um auxiliar ou técnico de enfermagem. A proporção de pessoas e/ou famílias por territórios e microáreas devia considerar os índices de vulnerabilidade das pessoas cadastradas, sendo que áreas mais vulneráveis a riscos de saúde deveriam possuir menos indivíduos e/ou famílias por equipe. A partir da nova publicação (PNAB, 2017) o território passa a ser único, para aumentar a cobertura e a discussão das ações a serem desenvolvidas. A carga horária preconizada para todos os profissionais é de 40 horas semanais, exceto profissionais médicos que podem ter uma carga horária diferenciada, estabelecida na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Profissionais como cirurgiões dentistas e auxiliares ou técnicos de saúde bucal também podem complementar as equipes de saúde da família (RODRIGUES, 2011; PAIM et. al., 2011; BRASIL, 2012^a; BRASIL, 2017).

Pelo descrito até o momento, é possível concluir que as equipes de Saúde da Família devem responsabilizar-se pelo acompanhamento das famílias inseridas em sua área de abrangência, e ações de promoção, prevenção e recuperação de saúde, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e ainda a manutenção da saúde devem ser estratégias adotadas para assistência dessa população.

De acordo com Paim et. al. (2011), é por meio das equipes de saúde da família que os usuários têm o primeiro acesso ao sistema local de saúde e, além disso, é a equipe que promove a integração com a rede de atenção à saúde. O autor ainda reforça que as atividades são desenvolvidas em todos os espaços da comunidade, podendo ser na UBS, na casa dos usuários ou em qualquer espaço comum aos moradores.

Por meio da ESF, os usuários contam com uma assistência em saúde que preconiza o atendimento interdisciplinar, próxima aos usuários, considerando suas escolhas, colocando o paciente como centro da atenção, considerando todos os aspectos que o permeiam. A assistência prestada em uma perspectiva de equipe permite, entre outras coisas, a discussão de casos e construção de forma interdisciplinar de ações de cuidado ao paciente, favorecendo o cuidado integral, a qualidade de vida e o estado de saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. Além disso, pode minimizar a sobrecarga de trabalho, beneficiando o processo de trabalho e a satisfação dos usuários.

3.2 Condições e a Organização do Trabalho na Atenção Básica em Saúde

A organização do trabalho é caracterizada por aspectos que envolvem a forma como o trabalho é dividido, a produtividade que se espera pelo trabalho executado, as regras que o ditam, o tempo e os ritmos estabelecidos para a sua execução, como ele é controlado e as características das atividades desenvolvidas. No que diz respeito às condições de trabalho, estas são representadas pelo ambiente físico, instrumentos, equipamentos, suporte da organização e a remuneração advinda do trabalho executado. Nas relações sociais de trabalho estão inseridas as interações com as chefias e subordinados, as interações coletivas com a equipe e com outros grupos de trabalho e as interações externas, representadas pelos usuários, consumidores, representantes, entre outros (ANJOS, 2013).

Para a OMS (2010), o ambiente físico do trabalho concebe a estrutura, a qualidade do ar, o maquinário, os móveis, os produtos, as substâncias químicas, os materiais e os processos de produção no local de trabalho. Por fim, a organização do trabalho envolve as atitudes, valores, crenças e práticas cotidianas da empresa que afetem o bem-estar mental e físico dos trabalhadores.

A organização do trabalho entende que os trabalhadores não estão a sua mercê, devendo ser constantemente avaliada para a manutenção do valor das regras, e isto se dá por meio das relações interpessoais, do reconhecimento, do dimensionamento de pessoal e pelo trabalho em equipe (ANJOS, 2013). Por este motivo, neste estudo as relações sociais de trabalho estão sendo tratadas como organização do trabalho.

Na organização do trabalho na ABS, preconiza-se a assistência por uma equipe multidisciplinar, principalmente na ESF, tendo em vista que os profissionais que a compõem têm demandas exclusivas e, o mais importante, atividades comuns a todos, o que favorece o trabalho em equipe e vai de encontro ao modelo hegemônico, descentralizando o cuidado à saúde do profissional médico, aproximando as relações e beneficiando o trabalho multiprofissional e interdisciplinar (ANDRADE, et. al., 2012).

Nesse sentido, a PNAB (BRASIL, 2012a, p. 22) menciona que:

A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica.

Trad e Rocha (2011) observam em seu estudo, que os profissionais da ESF referiram ter um bom convívio e relação entre os membros da equipe, tendo eles as classificado como boas, cordiais e amigáveis. Os profissionais enfatizaram a importância do diálogo para solução dos conflitos e de dificuldades nas relações e, que a proximidade, intimidade e confiança entre os mesmos estão relacionadas com o tempo de consolidação das equipes, a estabilidade e a articulação e dependência entre as atividades executadas nas unidades. Porém, o mesmo estudo evidenciou algumas dificuldades relacionadas ao entrosamento das equipes e nas divisões das tarefas entre profissionais com diferentes níveis de escolaridade, o que foi traduzido como uma divisão de poder na equipe sendo que as decisões são centradas nos profissionais que possuem nível superior.

Um estudo realizado no interior de São Paulo evidenciou que, quando a figura do médico exerce uma posição hierárquica central, o funcionamento da unidade acaba dependendo dos atendimentos prestados por esse profissional e, dessa forma, a postura do médico influencia na rotina da unidade e pode acabar sobrecarregando outros profissionais (SILVA, 2011).

Trad e Rocha (2011) relataram em uma pesquisa realizada com profissionais de seis UBS que as principais causas da sobrecarga de trabalho são o número excessivo de famílias/indivíduos cadastrados por área de abrangência, a alta demanda reprimida, o déficit de profissionais administrativos, a estrutura inadequada das unidades, e o trabalho baseado em produtividade, refletido muitas vezes pelo estabelecimento de número de consultas que o médico deve realizar diariamente. A sobrecarga observada faz com que atividades educativas, que visam à promoção da saúde, e aquelas implantadas recentemente não ocorram.

Ainda sobre a sobrecarga de trabalho, outros estudos também descreveram que profissionais da ABS sentem-se assoberbados (SCHRADER, et. al, 2012; SILVA, et. al., 2013; OLIVEIRA, et. al., 2013;). Tal aspecto foi relacionado por Oliveira, et. al. (2013) ao elevado número de famílias/pessoas assistidas pelas equipes, o que não segue o preconizado pela PNAB. Além disso, os autores destacaram no estudo que a estrutura das unidades, onde estão inclusos equipamentos, materiais e medicamentos é o principal problema enfrentado, representando 43% das respostas dos profissionais estudados, enquanto o déficit de recursos humanos foi trazido em 28% dos casos. Dos respondentes, 27% referiram não oferecer uma assistência integral aos usuários por não conseguirem atender a demanda adequadamente, 55% consideram que o atendimento é parcialmente integral.

Schrader et. al. (2012) sintetizam em seu estudo realizado com enfermeiros de UBS de Pelotas/RS que, de forma geral, os participantes acreditam que realizam um trabalho de pior

qualidade devido às condições inadequadas de trabalho. Foram citados pelos profissionais que os materiais sucateados e o déficit de medicamentos e equipamentos afetam a qualidade de vida no trabalho, pois estes aspectos influenciam negativamente na assistência e na percepção do profissional quanto à qualidade do serviço prestado, frustrando-os por não atingir o almejado. O trabalho pautado na quantidade de atendimentos e não na qualidade destes pode refletir em sobrecarga nos profissionais que demonstram sentimentos de “trabalho automático” e sem significado, não respeitando os princípios do SUS de atendimento humanizado e integral, bem como o foco na cura e na fragmentação das atividades.

Trad e Rocha (2011) reforçaram que, devido à sobrecarga de trabalho nas UBS, o atendimento humanizado fica bastante superficial, influenciando o vínculo que deve ser estabelecido entre os serviços de saúde e usuários. O excesso de demanda afeta a qualidade dos atendimentos e pode estressar os profissionais de saúde, assim como a precariedade da estrutura física e o déficit e/ou sucateamento de equipamentos e materiais e de recursos humanos. A falta de reconhecimento, ausência de treinamentos e cursos, ou estes ministrados de maneira equivocada também são fatores que influenciam o processo de trabalho na ABS (MACIEL, SANTOS E RODRIGUES, 2015).

Um estudo realizado na Bahia, no Sergipe e no Ceará, abrangendo profissionais de seis UBS em seis municípios, descreveu que a precariedade das instalações, onde eles consideraram a manutenção e a infraestrutura inapropriadas, pode repercutir não só no processo de trabalho dos profissionais, mas na saúde dos usuários, que acabam sofrendo com as longas esperas em ambientes sem condições. Os autores do referido estudo identificaram que, para o alcance da humanização no atendimento em saúde, aspectos que envolvem o ambiente, tais como a tranquilidade, ventilação e a proximidade com a natureza devem ser levados em conta (TRAD e ROCHA, 2011).

Para Trad e Rocha (2011) a integração falha entre as UBS e os demais serviços da rede reflete negativamente na assistência prestada, principalmente no que diz respeito ao usuário, que por não ser orientado corretamente sobre aonde ir acaba percorrendo longos trajetos, por grandes períodos, sem necessidade.

Além dos desafios já conhecidos como o déficit de recursos humanos e materiais, dando maior ênfase aos insumos, ambientes físicos mal planejados e estruturados (TRAD e ROCHA, 2011; SCHRADER, et. al., 2012; OLIVEIRA, et. al., 2013; MACIEL, SANTOS e RODRIGUES, 2015; MEDEIROS, et. al., 2016), pesquisas também descrevem aspectos que envolvem as relações socioprofissionais e interpessoais, como a falta de apoio de colegas, cobrança das chefias, pouca vontade política, ausência de um trabalho baseado na política de

redes de atenção em saúde, dificuldades em superar o atendimento fragmentado em nome da assistência interdisciplinar, ausência de atividades de educação permanente e/ou continuada e remuneração insuficiente para suprir necessidades básicas. Todos estes aspectos também foram alvos de críticas em nome de uma maior qualidade para assistir as comunidades (TRAD e ROCHA, 2011; SCHRADER, et. al., 2012; MEDEIROS, et. al., 2016;).

No que diz respeito à remuneração, Schrader, et. al. (2012) perceberam que, devido ao fato de muitas vezes ser insuficiente, os profissionais acabam por ter que manter mais de um vínculo empregatício, fato este que repercute na saúde física e mental dos profissionais.

Em uma pesquisa realizada com 31 profissionais de saúde atuantes na ABS do interior de São Paulo, que objetivou estudar os fatores que afetam a carga de trabalho na atuação profissional, destacou-se que dentre os fatores que influenciam a carga psíquica estão: a responsabilidade de ser um profissional que lida com a vida humana, os conflitos com usuários, e as relações interpessoais e os riscos existentes de contaminação, decorrente da falta de insumos e equipamentos em mal estado de conservação. Dentre os determinantes na carga de trabalho, o autor descreveu o fluxo ineficiente das informações, novamente os relacionamentos, o dimensionamento dos recursos humanos, o gerenciamento da unidade, recursos materiais, espaço físico e capacitações e treinamentos aos profissionais. O diálogo teve grande destaque neste estudo (SILVA, 2011) e em outro, no que se refere à melhora nas condições e organização do trabalho, pois favorece a solução de conflitos (TRAD e ROCHA, 2011).

Por outro lado, alguns estudos exemplificaram fatores tidos como positivos na execução do trabalho em UBS. A receptividade das famílias, quando há boas relações profissionais, o reconhecimento da comunidade, a estabilidade profissional no caso de estatutários, o desafio do trabalho não rotineiro, o estímulo por mudar a forma de se fazer saúde (SILVA, 2011), a identidade e significação no trabalho foi citado no estudo de Maciel, Santos e Rodrigues (2015).

Os aspectos relatados até este momento são elencados em diversos estudos como situações de vulnerabilidade ao adoecimento (SCHRADER, et. al., 2012; SILVA, et. al., 2013; MACIEL, SANTOS E RODRIGUES, 2015). Um estudo realizado no interior de São Paulo identificou nos profissionais estudados que 26% já precisou se afastar do trabalho, 55% se considera estressado, 33% não se sentiu motivado ao desempenhar suas funções e 72% dos entrevistados acreditam que o trabalho influencia na sua qualidade de vida e alguns trabalhadores acreditam que o trabalho afeta a sua saúde e, por conseguinte, a saúde debilitada influencia na assistência aos usuários (SILVA, 2011).

3.3 Violência no Trabalho em Saúde

A violência no ambiente de trabalho é representada por todo o ato ou conduta de uma pessoa contra outra que ocasione agressão, ofensa, afronta, dano ou rebaixamento do indivíduo em seu trabalho ou como seguimento deste (OIT, 2003).

A violência no trabalho pode se manifestar de forma física e psicológica. A primeira caracteriza-se pelo uso de força física contra outra pessoa ou grupo, podendo causar danos físicos, sexuais ou psicológicos, incluindo empurrões, tapas, socos, punhaladas, tiros e outros. A segunda é definida pelo uso intencional de poder, ameaças de agressão física, podendo prejudicar o desenvolvimento moral, físico, mental, espiritual ou social. Dentre os tipos de violência psicológica, encontram-se a agressão verbal, identificada por comportamento humilhante e desrespeitoso à dignidade; a intimidação/assédio moral, definida pela humilhação constante e persistente; o assédio sexual, caracterizado por ofensas ou constrangimento de natureza sexual; e por fim, a discriminação racial, sendo a diferenciação por causa de cor e/ou etnia, nacionalidade e religião (OIT, 2002; PALACIOS, 2002).

Os trabalhadores de saúde são os mais atingidos pela violência relacionada ao trabalho, representando um quarto de todos os casos, sendo que o grupo mais atingido é o da enfermagem (CEZAR e MARZIALE, 2006; CAMPOS e PIERANTONI, 2010; DAL PAI, 2011; SILVA, AQUINO e PINTO, 2014; DAL PAI et.al., 2015). Estudo realizado em uma instituição de saúde de Porto Alegre identificou que o grupo dos técnicos e auxiliares de enfermagem é o mais acometido pela violência no trabalho, sendo que na distribuição das categorias profissionais, foi atribuída à equipe de enfermagem a maior exposição à violência ($p=0,014$) (DAL PAI, 2011). Este fato pode ser explicado por estes profissionais manterem contato direto com o público/pacientes durante o seu trabalho e ainda por trabalharem em locais que favorecem a violência (CAMPOS e PIERANTONI, 2010; SANTOS, et. al., 2011; HAHN, et. al., 2012; EDWARD, et. al., 2014).

Fatores como precarização do trabalho, acúmulo de empregos pelos profissionais, déficit de recursos materiais e pessoais e situações de estresse podem refletir em uma assistência ineficaz (SANTOS et. al., 2011), pois podem ser fontes de desgaste físico e mental dos profissionais, sendo também geradoras de insatisfação dos usuários. Tendo em vista que os profissionais de enfermagem estão mais próximos ao usuário, serão estes os mais atingidos pelo extravasamento das tensões dos pacientes e acompanhantes, que geralmente apresentam-se violentamente (FONSECA, 2012).

Estudos realizados em diversos países identificaram os pacientes e acompanhantes como os principais agressores da equipe de saúde. Um estudo realizado no Irã com 5874 profissionais de saúde de 135 hospitais, sendo que 78,5% da amostra representavam profissionais da enfermagem, identificou que 64,5% da violência foi praticada por familiares e 27,5% por pacientes, sendo os enfermeiros as principais vítimas (80,7%). Dentre os motivos das agressões, destacam-se questões jurídicas do paciente e concentração de pacientes de alto risco para violência em um mesmo ambiente (KHOSHKNAB, et.al., 2015).

Os pacientes que foram vítimas de violência foram mencionados como um fator que pode agravar a situação de violência vivida pelos profissionais de saúde (VASCONCELLOS; ABREU e MAIA, 2012), considerando que estes podem já ter históricos violentos ou ainda podem estar tensos pela situação da internação. Pacientes e familiares que estão inseridos na criminalidade podem não diferenciar o hospital dos demais locais a que estão habituados, e assim sendo acabam por refletir as suas práticas violentas junto aos profissionais.

Como fatores de risco para a ocorrência de atos de agressão contra equipe de saúde, foi evidenciada a presença de acompanhantes violentos, falta de treinamento para lidar com a situação de violência, falta de seguranças ou policiais (SOUZA, COSTA e GURGEL, 2014), pacientes sob o efeito de álcool ou drogas ilícitas e longos tempos de espera (POMPEII, et. al., 2013). Situações como estas podem gerar sentimentos de medo e ansiedade na equipe, o que pode comprometer a saúde dos trabalhadores e refletir em uma assistência inadequada aos usuários dos serviços.

Para Fonseca (2012), existem fatores que atenuam ou inibem situações violentas, sendo elas a presença do segurança, a postura do profissional que não deve estimular a violência, mas sim explicar todas as situações ao paciente buscando tranquilizá-lo. Pelo contrário, revidar e responder de maneira irônica e debochada a uma violência praticada pelo usuário podem agravar estas situações.

Segundo estudos, a violência pode ser vivenciada de diversas formas, sendo elas insultos, empurrões, chutes, arranhões, beliscões, tapas, mordidas ou até o uso de armas ou objetos para ferir ou matar (SANTOS et. al., 2011; PICH, HAZELTON e KABLE, 2012; ATAN, et. al., 2013; GILLESPIE, GATES e BERRY, 2013; OGUNDIPE et. al., 2013; FARRELL, SHAFIEI e CHAN, 2014; MUÑOZ, ESTEBAN e HERNÁNDEZ, 2014; SPERONI et. al., 2014; WOLF, DELAO e PERHATS, 2014; KHOSHKNAB et. al., 2015),

Fonseca (2012) identificou como consequências negativas aos episódios violentos a mudança de rotina e no trajeto do profissional que foi violentado no ambiente de trabalho, pois este tem medo que o agressor concretize as ameaças feitas. Além disso, o medo e

insegurança por não saber do que o perpetrador é capaz de fazer, aliado à sensação de desproteção por parte da instituição, geram sentimentos negativos que podem favorecer o aparecimento de patologias ao profissional.

Em São Paulo, um estudo com 2940 profissionais de saúde identificou que nos últimos 12 meses 32,8% (965) dos profissionais vivenciaram um episódio de violência no trabalho, 18,3% (537) dois episódios e 10,1% (296) três ou mais episódios, dessa forma, 1798 profissionais foram vítimas de violência no ambiente laboral. As formas de agressão foram insultos (44,9%), testemunhar episódios violentos (29,5%), ameaças (24,8%) e agressão física (2,3%). O estudo demonstrou forte associação das vivências de violência com sintomas depressivos (SILVA, et.al., 2015).

Ruiz-Hernandez, et.al. (2016) realizaram um estudo em Múrcia, Espanha, com 574 profissionais de 39 centros de Atenção Primária em Saúde e identificaram a prevalência anual de 90,2% de atos de violência psicológica contra os trabalhadores, e de 17,3% de violência física no mesmo período. Em se tratando da violência psicológica, no período de um mês observou-se que as atitudes mais frequentes foram duvidar das decisões dos profissionais (34,9%) e raiva pela demora no atendimento (32,1%), os atos físicos foram representados por empurrões ou apertões (5,3%) e danos ao ambiente físico (8,1%). Além disso, encontrou-se correlação entre os atos de violência e a satisfação do trabalho, Burnout, empatia e bem estar psicológico.

Dal Pai, et.al. (2015) constatou, em estudo realizado com 269 trabalhadores de um hospital público, referência no atendimento ao trauma, que os trabalhadores de saúde são submetidos a situações de violência em seu ambiente de trabalho, e os sintomas de Burnout e Transtornos Psíquicos Menores foram evidenciados nas vítimas desses episódios. As mulheres foram mais acometidas, assim como trabalhadores mais jovens, que trabalham mais e possuem nível de escolaridade menor, assim como os auxiliares/técnicos de enfermagem. Como consequências à violência também foram observadas intercorrências típicas do trabalho, como acidentes e o absenteísmo, o que foi interpretado pela complexidade de elementos implicados no sofrimento e no adoecimento dos trabalhadores. A satisfação e o reconhecimento do trabalhador também foram afetados pela vivência de violência no local de trabalho.

A violência praticada, principalmente pelos usuários, vem sendo percebida pelos profissionais de saúde como um fator que impacta em sua própria saúde, estando associada à Síndrome de Burnout, diminuição do bem estar no trabalho e Transtornos Psíquicos Menores (DAL PAI, 2011; BERNALDO-DE-QUIRÓS, et. al., 2014; SILVA, et. al., 2015).

Sintomas como depressão, medo, tristeza, raiva, choque, confusão, vergonha estresse e diminuição da autoestima e desmotivação já foram relacionados em estudos anteriores com atos de violência no trabalho e, como consequências negativas, vêm afetando a saúde dos trabalhadores, a assistência prestada e fazem com que os profissionais tenham muitas vezes a vontade de trocar de setor ou até mesmo de trabalho (BATISTA, et. al., 2011; SANTOS et. al., 2011).

É possível constatar que atos de violência no ambiente de trabalho repercutem negativamente nos processos de trabalho dos serviços de saúde e que, além disso, a saúde dos profissionais pode ficar comprometida devido a este fenômeno. Dessa forma, identificar este fenômeno como um problema grave é de extrema importância para que se estabeleçam medidas de prevenção e promoção de um ambiente seguro para o trabalhador e para a prestação de assistência qualificada.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

A seguir serão apresentados os percursos metodológicos que foram desenvolvidos neste estudo.

4.1 Caracterização da Pesquisa

Tratou-se de uma pesquisa com abordagem mista alicerçada, portanto, em diversas abordagens, propiciando assim um maior entendimento do problema estudado. Foi utilizada a estratégia aninhada concomitante (CRESWELL, 2010), na qual se associou a abordagem quantitativa à qualitativa, tendo os dados coletados no mesmo encontro com o participante do estudo, bem como a análise conjunta dos dados. Este método é utilizado para proporcionar ao pesquisador uma possibilidade mais ampla como resultado.

4.2 Local de Realização do Estudo

O estudo realizou-se nas USF de um distrito que compõe a rede de atenção básica administrada pela prefeitura municipal de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. A região foi escolhida por se tratar de serviços primários onde ocorrem as atividades acadêmicas dos cursos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O município estudado, em 2016, possuía uma população estimada de 1.481.019 habitantes. (IBGE, 2017). A rede de serviços da ABS está distribuída em territórios de 17 Distritos Sanitários, que formam as Gerências Distritais, e oito regiões de saúde. O sistema municipal conta com 45 UBS que, juntamente com 73 USF, são as principais portas de acesso na atenção primária em saúde (PREFEITURA DE PORTO ALEGRE, 2017).

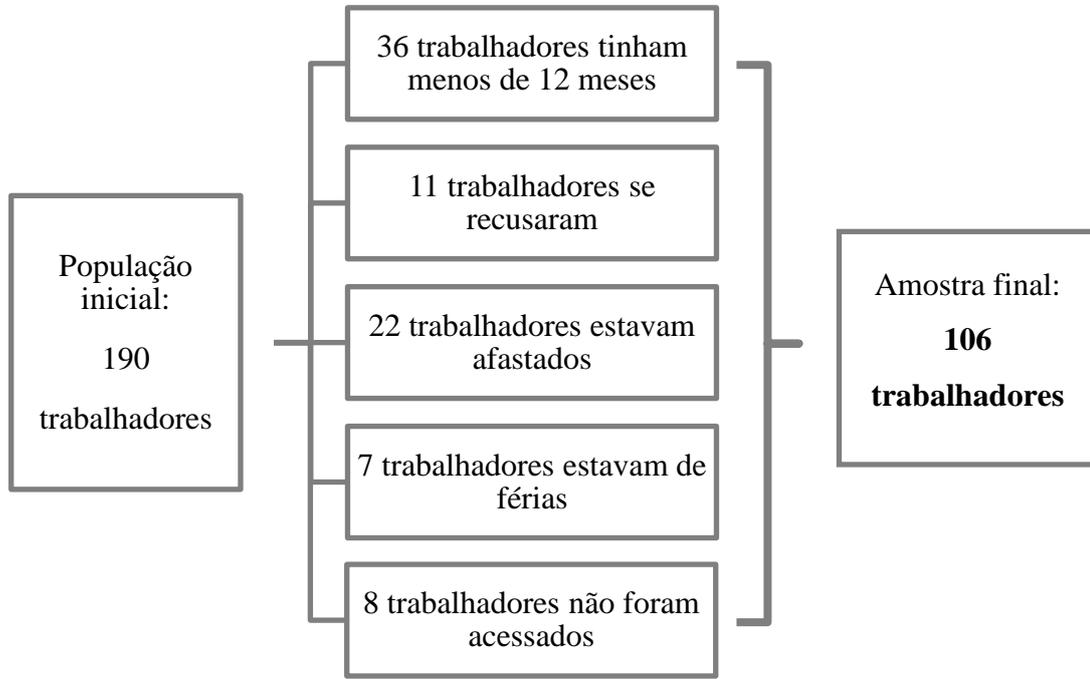
Quanto às equipes que compuseram as USF do distrito estudado, essas corresponderam nos meses da coleta a 27 equipes.

4.3 Participantes do Estudo

Foram convidados a participar do estudo todos os trabalhadores que compõem a equipe mínima de saúde da família: médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem e ACS (n=190). Foi abordada a população total de trabalhadores das USF do distrito estudado. Foram inseridos na pesquisa aqueles que atuavam na USF há pelo menos 12 meses, e excluídos aqueles que no momento da coleta dos dados estavam afastados, de licença ou de

férias. A seguir, a figura 1 apresenta como se chegou ao número final de amostra deste estudo:

Figura 1 – População inicial e amostra final de trabalhadores conforme critérios de exclusão. Porto Alegre, 2018.



Os oito trabalhadores não acessados resultam do fato de atuarem em USF que se localizava em zona de ataques entre traficantes no período da coleta de dados, o que impossibilitou a entrada da pesquisadora no território. Pelo mesmo motivo, os trabalhadores que eventualmente tiveram afastamentos de períodos curtos não puderam ser acessados em nova tentativa de ida a campo.

Cabe destacar que a amostra final de 106 trabalhadores é estatisticamente significativa, considerando 95% de confiança e erro de 5%, prevalência de 50%, calculada com auxílio do WINPEPI versão 11.32.

A coleta dos dados foi realizada em duas etapas, desenvolvidas no mesmo encontro com o profissional, sendo que a primeira etapa constou da aplicação de um questionário com toda a população do estudo e, após, foram selecionados intencionalmente 18 profissionais que afirmaram ter sofrido violência nos últimos 12 meses para responder uma entrevista semiestruturada. As duas etapas são mais detalhadas a seguir.

4.4 Procedimento e Coleta de Dados Quantitativos

A primeira etapa do estudo caracterizou-se por ter um delineamento quantitativo transversal, do tipo analítico. A variável principal foi a violência no trabalho (presença ou ausência), bem como sua caracterização quanto à frequência, tipo e perfil dos agressores e vítimas. Também foram analisadas variáveis sócio-demográficas e laborais.

A pesquisa quantitativa é tida como um método que visa testar teorias objetivas. A coleta dos dados se dá por instrumentos que geram dados numéricos passíveis de análises estatísticas (CRESWELL, 2008). Estudos exploratórios aproximam o pesquisador do problema estudado, uma vez que pretende tornar o tema investigado mais explícito ou elaborar hipóteses. O planejamento deste tipo de estudo é bastante flexível, pois é de interesse que os diversos aspectos que envolvem o fator em estudo sejam considerados (GIL, 2010). Ainda cabe conceituar que pesquisas transversais são caracterizadas pela coleta de dados, que se dá em um período específico. (POLIT e BECK, 2011).

Os dados quantitativos foram coletados por meio do *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector* (ANEXO D), proposto pela Organização Mundial da Saúde, Organização Internacional do Trabalho e de Serviços Públicos e Conselho Internacional de Enfermagem (DI MARTINO, 2003), traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Palacios et.al. (2002). Tal questionário caracteriza-se por possuir 19 perguntas³ relacionadas a características demográficas e laborais, 18 abordando a ocorrência da violência física e 12 para cada tipo de violência psicológica (agressão verbal, intimidação/assédio moral, assédio sexual e discriminação racial). Ao final, três questões abordam medidas institucionais de controle da violência no trabalho.

O tempo utilizado para aplicação do *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector* não ultrapassou 30 minutos⁴ e a coleta dos dados ocorreu no local e horário de trabalho dos participantes conforme a sua disponibilidade. O questionário foi aplicado pela

³ O modelo traduzido e adaptado para a língua portuguesa contempla 19 questões relacionadas a dados demográficos e laborais. Considerando as características singulares do local estudado, foram realizadas algumas adaptações, excluindo-se questões sobre migração territorial e especificidades do ambiente hospitalar. Foram incluídas questões acerca da escolaridade, tabagismo, uso de álcool, horas diárias de sono, data de admissão na instituição, satisfação, reconhecimento, relacionamentos interpessoais, avaliação das condições e da organização do trabalho e acidentes de trabalho. Nenhuma alteração foi feita nas questões sobre os questionamentos acerca da violência no trabalho.

⁴ O *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector* possui 7 páginas, no entanto, em resposta negativa a qualquer uma das violências averiguadas, o participante foi instruído a deixar em branco (não se aplica) o grupo de questões referentes àquele tipo de violência, o que tornou o questionário mais sucinto quanto ao seu tempo de aplicação.

autora da pesquisa e por assistentes de pesquisas treinados anteriormente ao início das coletas de dados.

4.5 Procedimento e Coleta de Dados Qualitativos

Imediatamente após a aplicação do questionário, alguns profissionais que haviam sido vítimas de violência no último ano foram convidados a participar da segunda etapa da pesquisa, tendo sido para tanto, selecionados intencionalmente os melhores informantes (POLIT e BECK, 2011; CRESWELL, 2010), ou seja, aqueles identificados como mais dispostos a falar sobre a violência no trabalho e suas interfaces com as condições e a organização do trabalho. A escolha destes foi feita por meio das impressões obtidas na aplicação da primeira etapa do estudo.

Esta etapa compreendeu, portanto, uma abordagem qualitativa, do tipo descritiva e exploratória. Estudos qualitativos caracterizam-se por responder questões particulares e por se ocupar de um nível de realidade que não pode ser quantificado. Este método de pesquisa trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2011).

Pesquisas descritivas têm como objetivo descrever características de uma população, fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. As pesquisas exploratórias pretendem oportunizar maior familiaridade com o problema de pesquisa, com intuito de torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses (GIL, 2010).

A coleta dos dados foi realizada por meio da aplicação de entrevista semiestruturada, seguindo um roteiro pré-estabelecido (APÊNDICE A) que pretendeu investigar questões relacionadas às condições e à organização do trabalho nas USF e suas relações com os episódios de violência no trabalho.

O número de profissionais que compuseram esta etapa do estudo foi definido pelo critério de saturação de dados que, segundo Fontanella, et. al, (2011), objetiva estabelecer o tamanho final de uma amostra em estudo, ocorrendo a suspensão da inclusão de novos participantes quando, na avaliação do pesquisador, os dados apresentarem repetições. Para atingir os objetivos, foram realizadas 18 entrevistas gravadas em áudio, sob consentimento do participante.

Para melhor distribuição e respeitando a participação na etapa quantitativa, tentou-se distribuir proporcionalmente os participantes nesta fase, dessa forma, compuseram a amostra qualitativa seis ACS, seis técnicos/auxiliares de enfermagem, cinco enfermeiros e um médico.

O tempo máximo utilizado nas entrevistas foi de 40 minutos e foram realizadas imediatamente após a aplicação do questionário quantitativo, ou conforme preferência e disponibilidade do participante, sem haver prejuízos para a dinâmica do seu trabalho.

4.6 Análise dos Dados

Os dados quantitativos coletados foram codificados e transpostos para o software *Microsoft Windows Excel*. A análise dos dados quantitativos se deu com apoio do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 18.0. As variáveis categóricas (qualitativas) foram descritas por meio de frequências absolutas e relativas, ao passo que as variáveis de natureza quantitativa (contínuas e escalares), descritas por meio de medidas de tendência central e dispersão: média, desvio padrão, mediana e intervalos interquartílicos. Realizou-se teste de normalidade de Shapiro-Wilk. Utilizou-se teste Qui-quadrado para associação e Mann-Witney para verificar diferenças entre medianas nos grupos. Foram considerados significativos valores de $p < 0,05$.

Os dados oriundos das entrevistas semiestruturadas foram transcritos e submetidos à análise do tipo temática, segundo Minayo. Este tipo de análise pretende identificar os núcleos de sentido das falas dos participantes, observando os temas significativos (MINAYO, 2011). A análise seguiu os passos descritos pela autora escolhida, realizando primeiramente a pré-análise, utilizando-se da leitura flutuante do material, realizando-as intensamente, permitindo a impregnação do conteúdo dos diálogos. Nesta fase da análise garantiu-se a validade qualitativa das falas por meio dos critérios da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência (MINAYO, 2011). A seguir iniciou-se a fase de exploração do material, em que as unidades temáticas foram descritas, atingindo os núcleos de compreensão dos achados. E, por fim realizou-se o tratamento e interpretações dos resultados (MINAYO, 2011).

O quadro abaixo sumariza as categorias e subcategorias que emergiram dessa análise.

Quadro 1: Categorias originadas pela análise temática das entrevistas. Porto Alegre, 2018.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
Violência no trabalho em USF	Situações vivenciadas	- Episódios frequentes - Ameaças de agressão física
	Perpetradores da violência	- Agressão dos usuários - Violência entre colegas
	Vítimas da violência	- Exposição da recepção - Cargo de chefia
Reações e problemas vivenciados	Reações frente às situações de violência	- Dificuldade para enfrentar - Replicação da agressão
	Problemas vivenciados após episódio(s) de violência	- Sofrimento/adoecimento - Mudança de comportamento - Absenteísmo e desejo de abandonar o emprego
	Consequências da violência no trabalho	- Relato - Ocorrência
	Banalização das situações	- Situação típica - Minimização dos sentimentos
Condições e a organização do trabalho	Estrutura e recursos	- Falta de medicamentos e materiais - Área física e localização - Falta de pessoal - Ausência de médico
	Relacionamentos interpessoais	- Trabalho em equipe - Papel dos superiores
(Im)possibilidades para prevenir/controlar a violência	Medidas para evitar a violência no trabalho	- Segurança - Reuniões/capacitações - Investimentos diversos
	Violência urbana	- Vulnerabilidade nas ruas - Atendimento aos agredidos/agressores

Após a análise estatística dos dados numéricos e categorização das entrevistas, os achados foram confrontados e articulados a fim de possibilitar uma análise de método misto sobre os achados. Por meio da análise conjunta dos dados, foi possível perceber a complementaridade entre o questionário e as entrevistas, o que reforça a presença de violência no local de trabalho e que esta possui relação com as condições e a organização do trabalho.

4.7 Aspectos Éticos

Para tanto, inicialmente foi enviada à coordenação da Atenção Primária em Saúde uma carta de anuência e o projeto em questão, solicitando a autorização para a realização do estudo nos serviços de saúde (ANEXO A). Posteriormente o projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da instituição proponente, sob o número 2.081.737 (ANEXO C) e instituição coparticipante, sob parecer de aprovação de número 2.128.825 (ANEXO B). Após todas as aprovações, esta foi encaminhada para a coordenação dos serviços, refletindo assim a garantia de respeito aos aspectos éticos e para comunicar o início das coletas de dados.

Posterior à aprovação do projeto pelo CEP e aprovação e liberação pela coordenação dos serviços a pesquisadora e os assistentes de pesquisa foram às USF e convidaram os profissionais, explicando os objetivos da pesquisa, apresentando o Consentimento Livre e Esclarecido, solicitando sua compreensão e concordância com a participação no estudo e assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) em duas vias, o qual garantiu o anonimato e o direito de desistência a qualquer momento.

O estudo não apresentou riscos físicos aos participantes, porém riscos mínimos foram considerados, pois durante o preenchimento do questionário poderiam surgir sentimentos desconfortáveis pela lembrança de situação negativa; contudo, havia o benefício do espaço para escuta e acolhimento, a fim de que os resultados da pesquisa pudessem identificar e mensurar a violência no trabalho, possibilitando avanços quanto à sua prevenção e à promoção da saúde no ambiente de trabalho. Possíveis constrangimentos foram minimizados pela explicitação dos objetivos e benefícios do estudo e pela garantia de anonimato.

Para garantir o anonimato dos participantes, as falas foram identificadas pela sigla “ENT” de entrevistado, seguindo da ordem de realização das entrevistas. O material resultante das coletas de dados ficará sob custódia da pesquisadora por período de cinco anos e após este período serão incinerados.

6 RESULTADOS

A seguir estão apresentados os resultados obtidos por meio da análise conjunta dos dados quanti e qualitativos, os quais se dividiram em: Caracterização sociodemográfica e laboral dos participantes do estudo; Violência no trabalho em Unidades de Saúde da Família: relatos, vítimas e perpetradores; Reações e Problemas Vivenciados pelas Vítimas da Violência no Trabalho em USF; Condições e Organização do trabalho: interfaces com a violência no trabalho em Unidades de Saúde da Família; e (Im)possibilidades para prevenir/controlar a violência no trabalho em USF.

6.1 Caracterização sociodemográfica e laboral dos participantes do estudo

A tabela a seguir apresenta o perfil sociodemográfico e laboral dos trabalhadores das USF participantes do estudo.

Tabela 1 – Caracterização da amostra de trabalhadores das USF segundo dados sociodemográficos e laborais. Porto Alegre, RS. 2017

Variáveis sociodemográficas e laborais	N= 106(%)
Sexo*	
Feminino	85 (80,2)
Masculino	21 (19,8)
Idade”	42,5 (34,7 – 51)
Cor da Pele*	
Negra	23 (21,9)
Parda	17 (16,2)
Branca	65 (61,9)
Anos de Estudo”	13 (11 – 17,2)
Situação Conjugal*	
Solteiro, Viúvo ou Sem companheiro	49 (46,2)
Casado ou com Companheiro	57 (53,8)
Filhos”	1 (0 – 2)

Continuação...

Uso de Tabaco*	
Sim	15 (14,2)
Não	91 (85,8)
Uso de medicação*	
Sim	72 (67,9)
Não	34 (32,1)
Doença Crônica*	
Sim	58 (54,7)
Não	48 (45,3)
Categoria Profissional*	
ACS	56 (52,8)
Téc./Aux. de Enfermagem	25 (23,6)
Enfermeiro	16 (15,1)
Médico	9 (8,5)
Anos de Experiência na Área da Saúde**	11 (6 - 16)
Anos de Experiência na USF**	4 (3 - 12,2)
Quantos profissionais trabalham**	13 (9 - 18)

* n (%); ** mediana (intervalos interquartílicos)

Além das características já descritas na tabela 1, dentre os participantes do estudo (n=106), 72 (67,9%) profissionais referiram utilizar medicações sendo que a maioria utiliza mais de uma classe medicamentosa (43,1%, n=31) e os psicotrópicos tiveram destaque com 19,4% (n=14). A utilização de contraceptivo e anti-hipertensivos também foi mencionada, representando 16,7% (n=12) e 12,5% (n=9) respectivamente. Ainda, seis (8,3%) profissionais utilizavam outros tipos de medicações.

Sobre as características laborais, viu-se que 14 (13,2%) profissionais relataram serem chefes/coordenadores. Quase a totalidade dos entrevistados possuía vínculo empregatício do tipo CLT (n=102; 96,2%) e os demais compõem a equipe do Programa Mais Médicos; 13 (12,3%) profissionais possuíam outro emprego e se dedicavam a este, em média 19,3 horas ($\pm 20,5$).

Ao serem questionados sobre acidentes de trabalho, 46 (43,4%) participantes responderam que sofreram pelo menos um acidente de trabalho no desenvolvimento das suas atividades e a média de acidentes por participante foi de 0,66 ($\pm 1,1$). Sendo que aqueles do tipo ergonômico foram os mais citados (n=16; 40%), seguidos dos acidentes de trajeto (n=13;

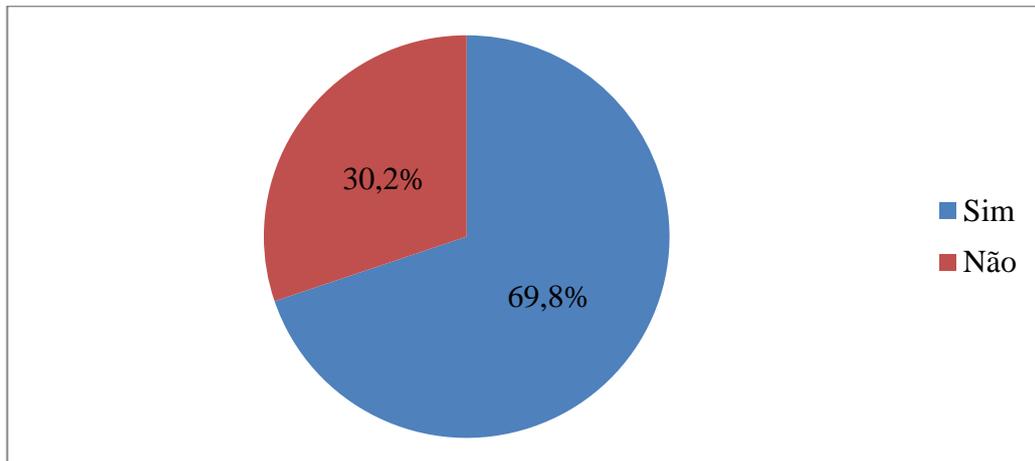
31,7%), oito profissionais sofreram acidentes biológicos (19,5%), sete referiram acidentes do tipo físico (17,5%) e somente dois profissionais relataram acidentes químicos (5%).

Os profissionais referiram dormir uma média de 6,5 ($\pm 1,1$) horas por dia e ingerem bebida alcoólica em média 0,4 ($\pm 0,6$) vezes na semana.

6.2 Violência no Trabalho em Unidades de Saúde da Família: relatos, vítimas e perpetradores

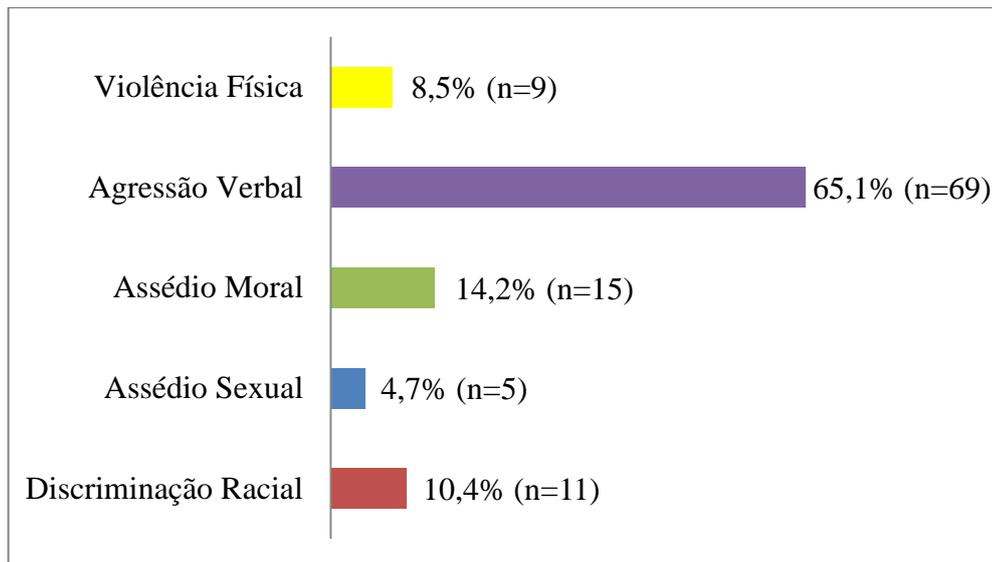
A prevalência de violência no trabalho nas USF nos últimos 12 meses encontra-se representada no gráfico 1.

Gráfico 1 – Frequência de trabalhadores (n=106) expostos e não expostos à violência no trabalho nos últimos 12 meses. Porto Alegre, RS. 2018



Ainda sobre a violência sofrida pelos trabalhadores das USF, o gráfico 2 dispõe os percentuais encontrados neste estudo para os diferentes tipos de violência investigados.

Gráfico 2 – Distribuição das ocorrências de violência no trabalho (n=109) segundo os tipos. Porto Alegre, RS. 2018



Diante dos achados quantitativos apresentados nos gráficos 1 e 2, é possível articular a subcategoria “**situações relatadas**” a fim de ampliar a compreensão dos achados. Assim como na aplicação do questionário, nas entrevistas ficaram evidentes que os casos mais frequentes de violência laboral nas USF se tratam de agressões verbais, conforme ilustrado pelas falas a seguir:

“[...]a agressão verbal a gente recebe diariamente [...] Quase que diariamente porque nós estamos trabalhando com número de usuários muito grande [...]” ENT 7

“[...] Eu sofri muito violência verbal, esse tipo de violência a gente sofre toda hora, é cobrança que eles acham que a gente que tem que dar os remédios, os medicamentos e acham que a gente tem a obrigação de fazer o serviço pro idoso, então a família sempre joga a responsabilidade pra cima da gente...” ENT 2

“[...] muitas vezes verbal [...] um xingamento meio disfarçado.” ENT 5

“Então isso [agressões] é muito comum pra nós.” ENT 11

Alguns participantes relataram episódios de agressão verbal com fortes ameaças de agressões físicas, ou até mesmo discriminação racial.

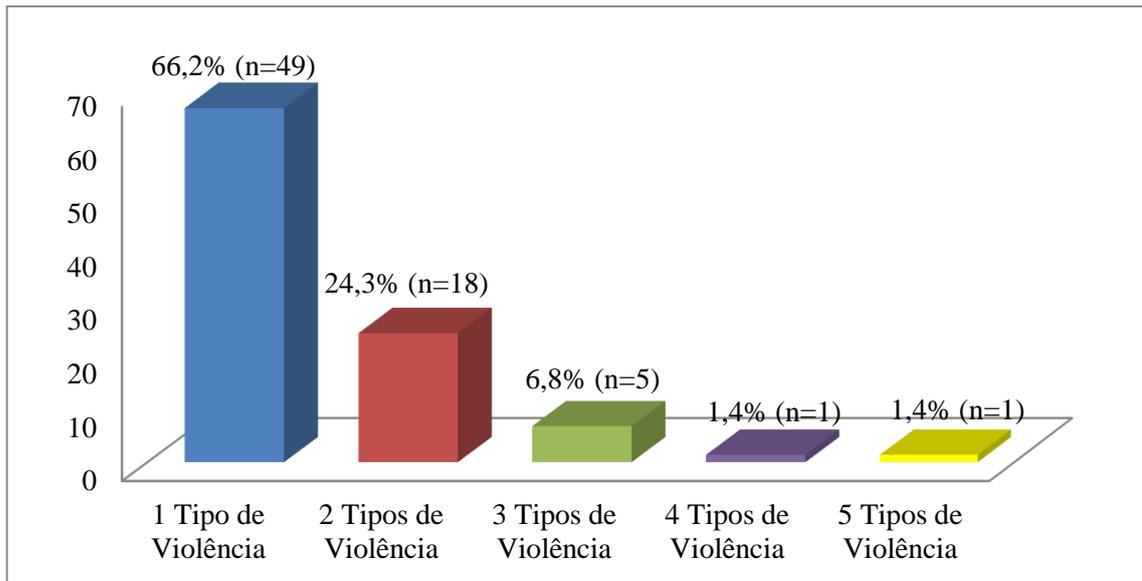
“[...] eu tive que chamar a guarda, nesse dia ele quase me bateu. Ele não bateu porque tava todo mundo ali e eu falei “tu vai me bater cara?” e aí ele ficou lá fora assim muito brabo...” ENT 18

“... eu fui ameaçada fisicamente, a mulher veio assim eu tava atrás da mesa e ela disse “se tu não atender, se tu não atender eu vou te bater”, me ameaçou fisicamente.” ENT 17

“... e aí ela não gostou e começou a ofender, começou a me chamar de nego, principalmente a minha outra colega que “nega era assim mesmo quando não cagava na entrada cagava na saída” que a gente tinha que procurar outro lugar pra trabalhar e falou um monte de coisa...” ENT 1

Foi possível evidenciar que os participantes sofreram vários tipos de violência e vale destacar que muitas vezes o mesmo profissional pode ser vítima de mais de um tipo de violência no trabalho. O gráfico 3 também reforça os achados expressos nas falas no que tange à exposição a diferentes formas de violência.

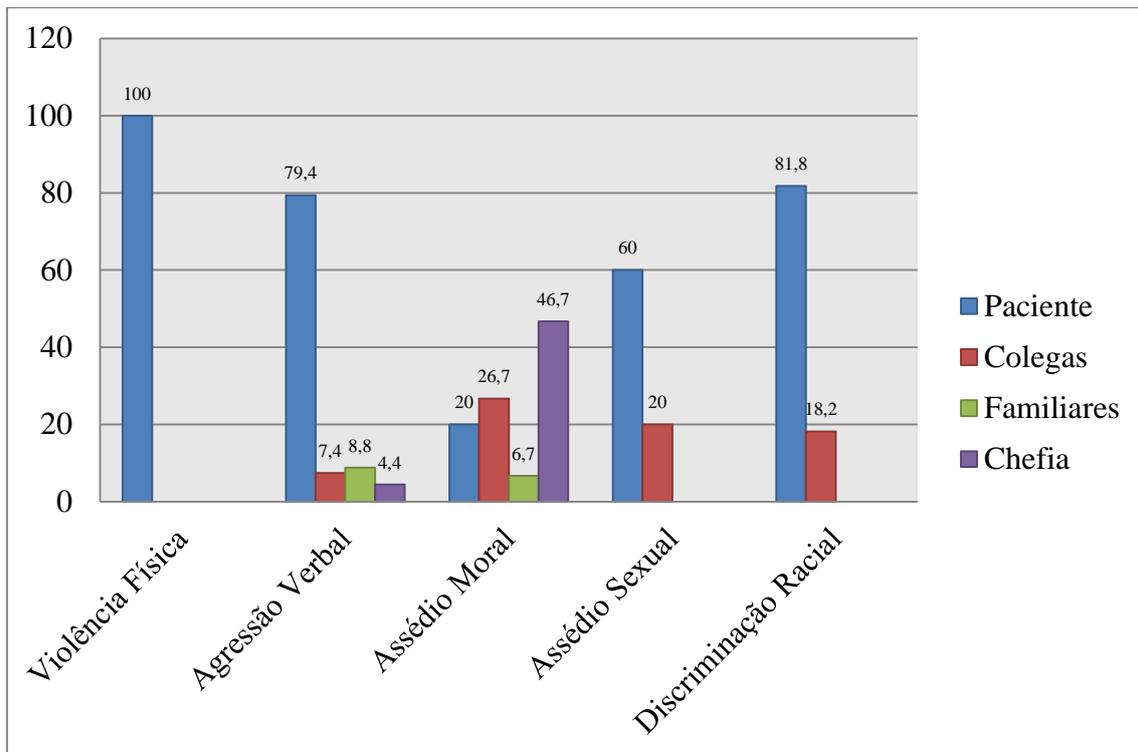
Gráfico 3 - Distribuição do número de diferentes tipos de violência (n=74) segundo o percentual de trabalhadores expostos. Porto Alegre, RS. 2018



Além da prevalência elevada de trabalhadores expostos à violência nos últimos 12 meses, cabe destacar que 33,9% (n=25) dos participantes sofreram mais de um tipo de violência no trabalho.

O gráfico 4 mostra a distribuição dos episódios (considerando o total de situações) segundo os perpetradores.

Gráfico 4 – Distribuição dos tipos de violência (n=109) no trabalho segundo perpetradores. Porto Alegre, RS. 2018



Observa-se pelo gráfico 4 que em todos os tipos de violência os perpetradores foram os pacientes, exceto nos casos de assédio moral onde esse papel foi assumido em sua maioria pelas chefias. Identifica-se que em três dos tipos de violência apresentados, os colegas de trabalho também se apresentam em destaque.

Em se tratando das agressões perpetradas por colegas, no caso das AV (n=5), 20% foram por profissional médico, 60% por ACS e 20% por profissional de outra categoria. Já a intimidação (n=4) foi praticada 25% das vezes por médico e por ACS e, 50% por profissionais da equipe de enfermagem. Dos profissionais que relataram serem assediados sexualmente (n=1) ou discriminados racialmente (n=1), quando mencionaram essa prática por colegas foi por ACS (100%).

A maior parte das violências referidas neste estudo se tratava de eventos nos quais os usuários foram os perpetradores, porém alguns participantes também foram vítimas de ações advindas de colegas de trabalho e chefias. Isso apareceu na etapa qualitativa do estudo, na subcategoria “**perpetradores da violência**” e é ilustrado nas falas descritas a seguir:

“E essa forma que eles encontram de ser atendidos é gritando, ofendendo [...]” ENT 7

“[...] ela me agrediu assim de bater na minha porta, eu abri a porta e ela falou horrores na frente de toda comunidade [...] que a gente ia ver, ameaçou que ela tinha irmãos [...]” ENT 17

“[...] já sofri ameaça que iam me dar facada, que iam me dar tiro [...] ai ela ameaçou dizendo que ia me pegar na rua, que ia me dar facada, sabia qual era o meu carro, que era pra tomar cuidado na rua [...]” ENT 18

Além da violência perpetrada pelos pacientes, as entrevistas caracterizaram situações que envolvem a chefia e colegas de trabalho, conforme os trechos que seguem:

“[...] eu passando o número de pacientes pra ele no sistema e atendendo os que estão retornando, fazendo mil coisas, problemas... E o médico achou que ele tava recebendo paciente demais quando não estava. E veio e colocou uma folha entre um prontuário, entre eu e o paciente enquanto eu ainda estava falando, isso assim me desrespeitando, me ofendendo [...]” ENT 12

“Eles (chefias) faziam tudo que pudessem pra botar a gente contra os colegas [...] ela (coordenadora) pegava muito no pé da gente, era muito estúpida [...]” ENT 5

“[...] chegou um momento que eu fui constrangida numa reunião de equipe pela atual gerente distrital junto com a apoiadora [...] ninguém mais, ninguém menos que o gerente distrital na frente de todo mundo [...] foi uma situação que poderia ter sido resolvida de portas fechadas [...]” ENT 6

Até aqui foi possível identificar as diversas formas de violência no trabalho a que os profissionais estão expostos nas USF, bem como as vítimas e os perpetradores. A seguir serão apresentados os dados segundo as vítimas e não vítimas da violência no trabalho, associados às características sociodemográficas.

Tabela 2 - Distribuição dos trabalhadores vítimas e não vítimas da violência no trabalho segundo as características sociodemográficas e laborais. Porto Alegre, RS. 2018

Variáveis	Violência no Trabalho		p
	Sim (n=74)	Não (n=32)	
Sexo*			
Feminino	61 (71,8)	24 (28,2)	0,430§
Masculino	13 (61,9)	8 (38,1)	
Idade”	40,5 (33 -50)	44,5 (40 – 53,7)	0,047 [†]
Cor da Pele*			
Negra	31 (77,5)	9 (22,5)	0,194§
Branca	42 (64,6)	23 (35,4)	
Anos de Estudo”	13 (11 – 18)	13 (11 – 17)	0,577 ⁺

Continuação...

Situação Conjugal*			
Solteiro, Viúvo ou Sem companheiro	33 (67,3)	16 (32,7)	0,674§
Casado ou com Companheiro	41 (71,9)	16 (28,1)	
Filhos**	1 (0-2)	1 (0 – 2)	0,776 ⁺
Uso de Tabaco*			
Sim	9 (60)	6 (40)	0,377§
Não	65 (71,4)	26 (28,6)	
Uso de medicação*			
Sim	51 (70,8)	21 (29,2)	0,822§
Não	23 (67,6)	11 (32,4)	
Doença Crônica*			
Sim	43 (74,1)	15 (25,9)	0,298§
Não	31 (64,6)	17 (35,4)	
Categoria Profissional*			
ACS	33 (58,9)	23 (41,1)	0,047§
Téc./Aux. de Enfermagem	21 (84)	4 (16)	
Enfermeiro	14 (87,5)	2 (12,5)	
Médico	6 (66,7)	3 (33,3)	
Anos de experiência**	11 (6,7 – 15,2)	13,5 (5 – 16)	0,981 ¹
Anos de experiência da USF**	4 (3 – 7,7)	5 (3 – 16)	0,075 ¹
Cargo de Chefia*			
Sim	12 (85,7)	2 (14,3)	0,220§
Não	62 (67,4)	30 (32,6)	
Dias ausentes**	7 (2 – 20)	6 (1,2 – 16,5)	0,803 ⁺
Trabalha em outra instituição*			
Sim	10 (76,9)	3 (23,1)	0,750§
Não	64 (68,8)	29 (31,2)	

* n (%); ** mediana (intervalos interquartílicos) // § Qui quadrado; ⁺ Mann Whitney; ¹t de Student

Nesse estudo o cargo de enfermeiro e técnico/auxiliar de enfermagem se mostraram com maiores percentuais de exposição à violência no trabalho, o que nas entrevistas foi conferido ao contato que ocorre com frequência na recepção dos usuários. As falas atribuíram à recepção o ambiente que mais expõe os trabalhadores a situações de violência no trabalho, segundo as falas atribuídas a subcategoria “vítimas da violência”.

“[...] acontece muito de eles chegarem lá na frente e estourarem com a gente, falam o que acham que devem falar, num tom bem alterado e depois quando eles entram pro atendimento eles ficam calminho, tranquilo, não falam nada [...]” ENT 3

“[...] o pessoal que tá na recepção ali em frente sofre muito mais [...]” ENT 18

“[...] eu sei que não é minha função, só que eu tenho que fazer como todos os outros colegas têm que fazer [...] a recepção é uma coisa que te deixa muito estressado, muito estressado [...]” ENT 10

“Todos sabemos que faltam muitos recursos... e isso então acaba acarretando numa tendência maior a pessoa ultrapassar os limites, tentar te agredir às vezes de forma física, verbal. Acho que com a maioria dos profissionais, principalmente quem tá em linha de frente, em recepção [...]” ENT 11

Embora não haja diferença estatística sobre a exposição das chefias à violência, possuir cargo de chefia foi mencionado como um fator facilitador para situações de violências no local de trabalho.

“[...] não tem medicamento, não tem materiais, não tem consulta, não tem como agendar, as pessoas simplesmente dizem “ah, vai lá e fala com a coordenadora”, então em última análise sou eu que vou sofrer essa agressão. Então isso me deixa tensa e nervosa, isso tem me deixado ansiosa e às vezes muito estressada.” ENT 17

Nas análises de associação, identificou-se que trabalhadores mais jovens foram mais expostos à violência, resultado este que não pode ser explicado/confrontado pelas falas das entrevistas uma vez que não foram mencionadas questões ligadas à idade.

As reações e problemas vivenciados pelas vítimas se encontram mais detalhados no item que segue.

6.3 Reações e Problemas Vivenciados pelas Vítimas da Violência no Trabalho em USF

As diversas situações de violência no trabalho acabam por ocasionar reações diversas, que podem ser durante o episódio ou muitas vezes acabam por repercutir na vida da vítima mesmo após o incidente. Os dados a seguir apresentam questões que envolvem as reações, providências tomadas acerca do ocorrido, se alguém ofereceu ajuda à vítima e se houve consequências para o agressor.

Tabela 3 - Distribuição das reações, providências, ajuda do supervisor e consequências para o agressor, segundo os tipos de violência. Porto Alegre/RS. 2018

Variáveis	Violência Física	Agressão Verbal	Assédio Moral	Assédio Sexual	Discriminação Racial
Reações					
Não teve reação	1 (11,1)	10 (14,5)	1 (6,7)	1 (20)	1 (9,1)
Tentou fingir que nada aconteceu	-	16 (23,2)	3 (20)	3 (60)	4 (36,4)
Pediu à pessoa para parar	3 (33,3)	20 (29)	4 (26,7)	1 (20)	1 (9,1)
Tentou defender-se fisicamente	3 (33,3)	1 (1,4)	-	-	-
Contou para amigos / familiares	1 (11,1)	15 (21,7)	5 (33,3)	1 (20)	6 (54,5)
Buscou aconselhamento	2 (22,2)	9 (13)	4 (26,7)	-	1 (9,1)
Contou para um colega	3 (33,3)	37 (53,6)	9 (60)	4 (80)	6 (54,5)
Relatou para um chefe	5 (55,6)	39 (56,5)	8 (53,3)	1 (20)	5 (45,5)
Pediu transferência	1 (11,1)	1 (1,4)	-	-	-
Registrou o evento	6 (66,7)	12 (17,4)	2 (13,3)	-	3 (27,3)
Outro	1 (11,1)	15 (21,7)	5 (33,3)	-	2 (18,2)
Providências					
Sim	4 (44,4)	19 (27,5)	6 (40)	1 (20)	4 (36,4)
Não	5 (55,6)	50 (72,5)	9 (60)	4 (80)	7 (63,6)
Quem tomou a providência					
Chefia	3 (75)	13 (65)	4 (66,7)	-	3 (75)
Colega	1 (25)	5 (25)	1 (16,7)	-	-
Outro	-	2 (10)	1 (16,7)	1 (100)	1 (25)
Supervisor ofereceu ajuda					
Não ofereceu	4 (44,4)	22 (31,9)	7 (50)	3 (60)	7 (70)
Ofereceu aconselhamento	1 (11,1)	7 (10,1)	2 (14,3)	1 (20)	1 (10)

Continuação...

Ofereceu oportunidade de relatar ocorrido	4 (44,4)	36 (52,2)	5 (35,7)	-	2 (20)
Outro suporte	1 (11,1)	5 (7,2)	-	1 (20)	1 (10)
Consequências para o agressor					
Nenhuma	4 (44,4)	48 (69,6)	12 (80)	4 (80)	8 (72,7)
Advertência verbal	1 (11,1)	12 (17,6)	2 (13,3)	1 (20)	-
Interrompeu o tratamento/ transferido de setor	2 (22,2)	2 (2,9)	1 (6,7)	-	1 (9,1)
Registro na polícia	3 (33,3)	5 (7,4)	-	-	2 (18,2)
Outro	1 (11,1)	2 (2,9)	-	-	1 (9,1)

É possível evidenciar que dentre as reações no caso da violência física, tentar defender-se fisicamente e registrar o evento encontram-se em maior evidência. Contar para o colega e relatar para o chefe é a reação mais relatada pelos profissionais que sofreram violência no trabalho. As reações advindas em decorrência dos episódios de violência sofridos foram mencionadas nos relatos dos participantes e compuseram o eixo temático “reações”, na qual foram reunidos trechos a seguir relacionados:

“Em função dessas situações, tipo de tu se arrumarmas não conseguir vir [trabalhar], era difícil pra mim compreender que eu tava passando por um processo de adoecimento [...] foi muito difícil assim, no início pra mim foi muito complicado... na ocasião eu decidi me calar.” ENT 6

Além disso, nota-se que replicar a violência ao agressor também pode ser uma resposta da vítima, sendo, portanto, uma implicação sobre a qualidade da assistência.

“[...] se eu tiver ali no guichê e ela chegar e eu tiver que atender ela, mas sinceramente eu atendo ela como se ela não existisse. E não dou nem bom dia, nem boa tarde pra ela se eu tô no guichê ela vai pegar uma medicação eu pergunto o que ela quer e deu. Pra mim ela não existe.” ENT 1

Das providências tomadas, observa-se que são mais presentes nos casos de agressões físicas, e que as agressões psicológicas acabam em sua maioria sem nenhuma providência. Observa-se ainda que em todos os tipos de violência, os agressores não sofrem nenhuma consequência em uma grande parte dos casos.

Somente apareceu a reação “buscou ajuda do sindicato/associação/conselho” para episódios de assédio moral, bem como somente uma pessoa referiu não saber qual foi a consequência para o agressor. Nenhum participante registrou pedido de indenização/ abriu processo ou mencionou esse fato como consequência ao agressor.

Corroborando com os achados do questionário, durante as entrevistas os profissionais não relataram muitos aspectos que identificassem consequências aos agressores. Dois entrevistados referiram algum tipo de consequência, conforme é possível observar nas falas extraídas da subcategoria “**consequências**”:

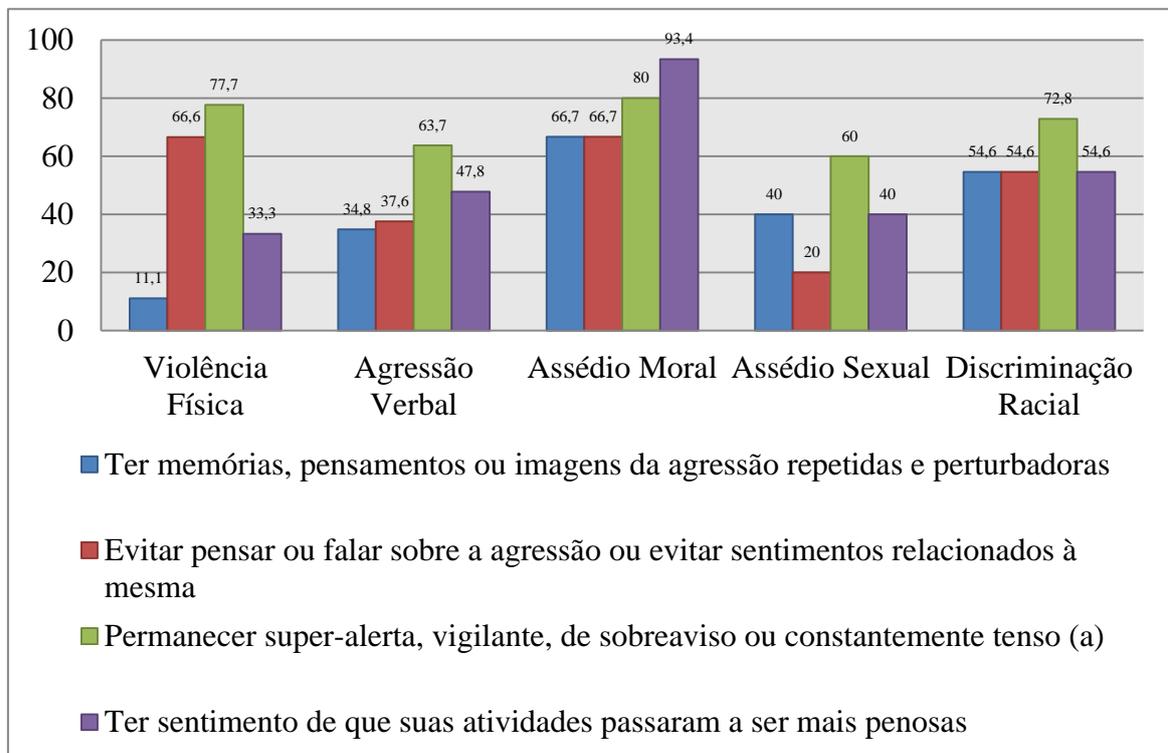
“[...] fui dar parte porque a coordenação mandou, ela não achou justo isso da gente deixar assim, pra ela não fazer das próximas vezes, não ter mais outras vezes, acabar por ali mesmo. E aí ela fez nós irmos fazer um boletim contra ela, agora a gente ta esperando o que vai acontecer...” ENT 1

“[...] eu sempre relato, porque aí o que que acontece? Eles são advertidos verbalmente pelo profissional que vai atender eles, geralmente o médico ou enfermeira...” ENT 3

Seguindo a lógica do que já foi exposto acima, as vítimas acabam sofrendo muito além do período em que os episódios ocorrem, podendo apresentar problemas de curto em longo prazo após a situação de violência acontecer.

O gráfico 5 ilustra os problemas vivenciados pelas vítimas e na sequencia será possível observar que as falas dos participantes reforçam o que os dados quantitativos apresentaram.

Gráfico 5–Distribuição de problemas vivenciados, de moderado a extremamente, pelos trabalhadores expostos a violência no trabalho (n=74). Porto Alegre, RS. 2018



Permanecer superalerta, vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso foi o problema mais referido pelas vítimas (variando de 60% a 80%), exceto nas situações de assédio moral, que desencadeou sentimentos de pesar para realizar as atividades.

Ainda sobre os problemas vivenciados, os relatos evidenciaram que essas situações podem gerar consequências após evento, o que em certo grau também pode desgastar a saúde do trabalhador, conforme observa-se nas falas obtidas da subcategoria “**problemas vivenciados após episódio(s)**”.

A seguir apresentam-se trechos que descrevem o abalo à saúde dos trabalhadores:

“Cheguei em casa abalado, eu cheguei na unidade abalado, tô até hoje abalado porque às vezes tu faz, faz, faz, faz, e não que eu faça e espero reconhecimento das pessoas, mas pelo menos respeite, que as pessoas respeitem meu serviço. [...] não diga “ah nunca fez nada” isso te humilha, isso te agride muito [...]eu passei a noite sem dormir, eu não conseguia comer aquele dia de noite[...]eu fiquei abalado [...]” ENT 2

“[...]tive uma gastrite, eu não dormia mais direito [...]tomava uma fluoxetina por dia, passei a tomar três fluoxetinas, porque abalou demais, abalou minha relação com a família, abalou minha relação aqui [...] [...]” ENT 5

“[...]isolamento, tanto de cumprimentar as pessoas e as pessoas não te cumprimentarem, não entenderem o que realmente tava acontecendo, ficou muito chato, imagina ser chamada atenção (na frente de todos os colegas) [...]eu fiz um acompanhamento mesmo pedi pro doutor me encaminhar pro CEREST que é o centro de referência do trabalhador, da saúde do trabalhador, conversei com a psicóloga e tudo.” ENT 6

“[...] Muita dor de cabeça, muito tenso, bruxismo também, volta e meia isso aqui tudo mordido por dentro assim e é durante o dia, não é só à noite [...]” ENT 3

Também foi possível constatar que o desempenho no trabalho passou a ter repercussões relacionadas à mudança de comportamento após episódio(s) de violência, o que pode ser visto nos trechos a seguir:

“[...]é aquela coisa assim, fiquei vigil, sabe?[...]crise de ansiedade e eu tenho assim ainda quando eu saio eu olho pros lados tem aquela coisa assim quando venho trabalhar [...]” ENT 10

“[...]tu tá sempre te policiando achando que vai acontecer de novo uma coisa onde tu vai ser desrespeitada, tu vai ser assediada, é muito desgastante [...] E um dos meus medos de ter retornado desse período foi que isso se repetisse, aí até eu não sabia e nem sei a minha reação.” ENT 12

“Eu fiquei um pouco mais agitada, fiquei com medo de sair para VD, a gente sempre fica meio alerta. [...] é uma situação tão intensa que tu não para de pensar naquilo o tempo inteiro, então, emocionalmente a gente fica muito abalado.” ENT 13

Doenças crônicas, uso de medicamentos e dias ausentes não foram variáveis associadas estatisticamente à violência no trabalho em USF. Contudo, as entrevistas trouxeram à tona, na subcategoria já citada, as implicações da violência para o **absenteísmo**

e a vontade de abandonar o trabalho.

“[...] tenho pensado em sair do serviço também por causa disso [...]” ENT 2

“Eu tive que pedir ajuda para uma profissional porque eu entrei de férias e não tinha mais vontade de voltar [...] dá vontade de ir no teu armário, pegar tuas coisas e não olhar mais pra trás [...]” ENT 9

“O último ano agora eu tirei dezessete dias de férias, eu tirei dezessete dias de férias porque na verdade os meus trezentos e sessenta e cinco dias que eu teria que trabalhar no ano eu faltei uma boa parte. Eu tive faltas e faltas [...] eu passei por situações assim de não querer vir trabalhar mesmo[...] mais de uma vez eu pensei em me demitir [...]” ENT 6

[...] não tinha mais vontade de vir trabalhar. Entrava aqui dentro parecia que tinha o mundo carregando nas costas [...]” ENT 5

“[...] as pessoas, por exemplo, ficam deprimidas (pela violência). Faltam ao trabalho, faltam muito [...] daí a pessoa não consegue se concentrar direito [...] a situação de violência que o meu colega sofreu e está sofrendo ainda, que fez ele se afastar do trabalho [...]” ENT 16

Os discursos também evidenciaram uma forte naturalização ou “**banalização das situações**” no local de trabalho, uma vez que vivenciar agressões verbais é tão rotineiro que o trabalhador naturaliza, minimiza ou até menospreza a sua experiência.

“[...] as questões da violência não é que elas passem despercebida, mas elas vão sendo amenizadas porque é o tempo inteiro, tu acaba tendo que fazer assistência, [...], mas mudar o pensamento delas é claro a gente não vai mudar, por mais coisa que a gente faça vai existir as cobranças.” ENT 6

“Aí eu fui lá pra cozinha, na boa, como eu sei que aqui é complicado eu levo na flauta. Meu colega perguntou “ah tu quer ir lá eles querem saber se tu quer fazer uma ocorrência” eu disse “não, não quero fazer ocorrência, não precisa, eles já não deram um pito nos familiares? Então pra mim é o suficiente [...] eu encaro [a violência] como algo normal.” ENT 8

“[...] tem situações que tu acaba se acostumando [...] porque é rotineiro, um xingamento, uma agressão verbal, é rotina, tu vai continuar a trabalhar e faz que não aconteceu e bola pra frente [...] naturalizando uma situação que não é pra naturalizar, mas tu vivencia tanto aquilo ali, tanto tempo que tu acaba naturalizando [...] não são coisas referentes ao meu atendimento, são coisas referentes ao funcionamento da unidade, isso me incomoda muito, porque não é comigo, não é a relação, não é o meu trabalho que a pessoa tá falando, é referente ao funcionamento da unidade.” ENT 10

As diversas situações descritas neste trabalho se mostraram relacionadas a aspectos laborais. O próximo tópico apresenta resultados que abarcam as características que, associadas aos dados qualitativos, descrevem as interfaces da violência com as condições e a organização do trabalho.

6.4 Condições e organização do trabalho: interfaces com a violência no trabalho em Unidades de Saúde da Família

A tabela 4, apresentada a seguir discorre sobre aspectos relacionados às condições e à organização do trabalho que podem interferir nas ocorrências de situações de violência no trabalho. Dentre elas é possível citar as condições, a organização, a satisfação com o trabalho, o reconhecimento pelo trabalho, os relacionamentos com os colegas e com a chefia.

Tabela 4 - Mediana e intervalos interquartílicos dos recursos humanos, condições, organização, satisfação e relacionamentos no trabalho entre, vítimas e não vítimas da violência no trabalho. Porto Alegre, RS. 2018

Variáveis	Violência no Trabalho				p
	Sim (n=74)		Não (n=32)		
	Média	Mediana	Média	Mediana	
Condições de trabalho	2,97(±0,68)	3(3 - 3)	3,19(±0,86)	3(3 - 4)	0,153
Organização do trabalho	3,58 (±0,84)	4(3 - 4)	3,91 (±0,69)	4(3 - 4)	0,068
Satisfação com o trabalho	3,29 (±1,16)	3 (3 - 4)	3,47(±1,27)	4 (3 - 4)	0,314
Reconhecimento pelo trabalho	3,14(±1,23)	3 (2 - 4)	3,41(±1,16)	3,5 (3 - 4)	0,367
Relacionamentos com os colegas	3,95(±0,68)	4 (4 - 4)	4,34(±0,65)	4 (4 - 5)	0,003
Relacionamento com a chefia	4,18(±0,78)	4 (4 - 5)	4,59(±0,56)	5 (4 - 5)	0,008

⁺ Mann Whitney

Todas as variáveis relacionadas à avaliação do trabalhador sobre seu trabalho tiveram médias menores no grupo que sofreu violência, ou seja, os trabalhadores vítimas de violência possuem piores perspectivas sobre as condições e organização do trabalho, bem como sobre satisfação, reconhecimento e relacionamentos. Destaca-se, contudo, que a diferença de medidas entre os grupos foi confirmada estatisticamente ($p < 0,05$) para os relacionamentos com colegas e com chefia.

Na mesma direção, alguns discursos exemplificam que a dificuldade de relacionamento com os colegas pode proporcionar restrições ao enfrentamento da violência no local de trabalho, o que foi reunido na subcategoria “**relacionamentos interpessoais**”.

“tu não tem essa abertura com o teu colega às vezes pra colaborar, às vezes falta um pouco o trabalho em equipe mesmo, das pessoas se conscientizarem disso. Então isso acaba gerando um stress e tu vai levando, tu vai levando, chega uma hora que tu estoura.” ENT 15

“[...] acaba gerando uma tensão na equipe, porque muitas pessoas pensam nelas e com razão até porque elas querem se proteger. Mas alguém vai ter que abrir o posto, alguém vai ter que fazer esse posto funcionar e quem chegar aqui, quem fizer esse posto funcionar, ele vai ser agredido [...] existe é muito individualismo, as pessoas não pensam na equipe, elas são muito individualistas [...]” ENT 17

“[...] É, a falta de comunicação. É o que muito falta aqui entre nós. Claro que nós somos uma equipe bastante pequena, e isso não se refere a toda a equipe mas tem algumas pessoas que têm uma questão de relacionamento... de comunicação difícil sabe?” ENT 12

As questões arroladas ao relacionamento com as chefias também foram explicitadas nas falas de alguns participantes conforme se observa a seguir:

“Mas depois a gente conversou, a gerência veio conversar junto com a família pra sentir como estava o clima se realmente existia risco pro profissional retornar [...]” ENT 15

[...] não temos como repor, não temos médico pra repor, não temos enfermeiro pra repor, não temos técnico pra repor. Essa é a resposta que normalmente eu tenho que ouvir e do outro lado da parte dos funcionários eles não têm a preocupação [...]” ENT 17

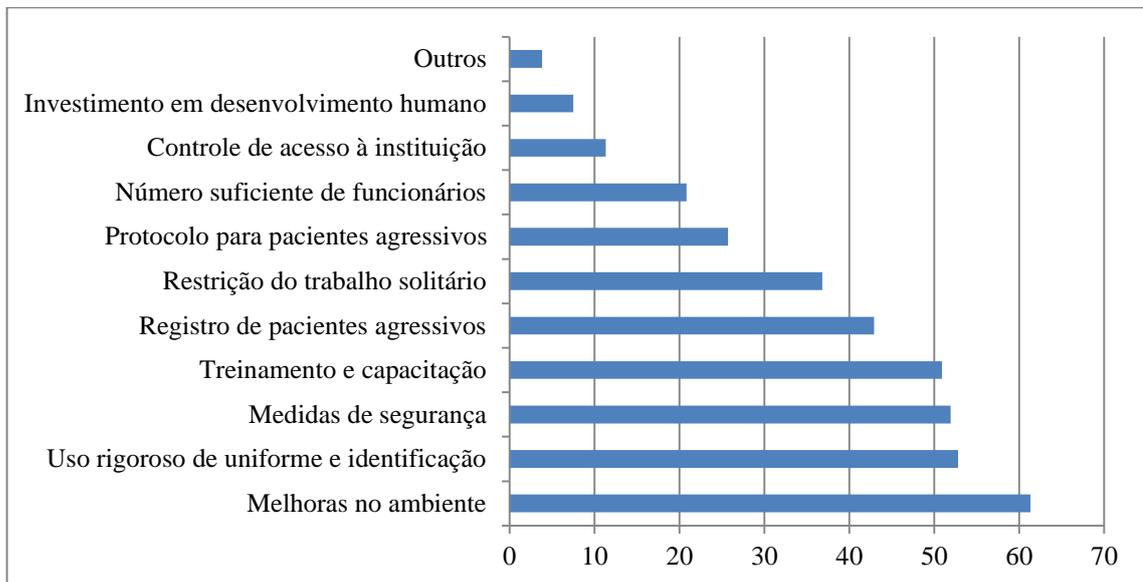
Por meio de algumas condutas que podem ser adotadas nos locais de trabalho, situações de violência podem ser minimizadas e algumas falas reforçam a importância do trabalho em equipe para evitar situações de violência no trabalho.

“Aqui a gente consegue a parte de equipe, um querendo ajudar o outro [...] então às vezes eles [pacientes] são agressivos com a gente [...] Mas entre equipe a gente tá sempre fazendo alguma coisa pra não acontecer isso [...] com os colegas até não tá tendo muito... mas poderia ser mais transparentes [...]” ENT 5

“[...]Às vezes a gente tem um paciente de saúde mental [...] tá descompensado, às vezes vem muito agressivo então o pessoal da equipe a gente já tenta mais ou menos discutir isso em equipe pra evitar o embate direto.” ENT 18

O gráfico 6 tenta ilustrar algumas das medidas existentes nas USF que podem interferir na incidência desses episódios.

Gráfico 6 - Medidas para lidar com a violência no trabalho segundo a frequência das respostas afirmativas sobre a sua existência. Porto Alegre, 2018



No que tange às condições e à organização do trabalho e às suas relações com as situações de violência, os participantes discursaram sobre vários aspectos. A subcategoria **“estrutura e recursos”** reúne questões sobre o ambiente físico, materiais e falta de pessoal:

“[...]eu acho que aqui nós estamos no lugar errado, acho que o posto tinha que estar na calçada pra ter acessibilidade a todos e pra ter segurança pra nós também [...]” ENT 9

“[...] a gente não tem estrutura nenhuma, é mal localizado o posto [...] são coisas referentes ao funcionamento da unidade, isso me incomoda muito, porque não é comigo, não é a relação, não é o meu trabalho que tá sendo, que a pessoa tá falando, é referente ao funcionamento da unidade.” ENT 10

“A nossa sala de espera fica na entrada [...] é pequena as pessoas ficam aglomeradas [...] Então eu acho que essas questões de muita aglomeração, de muita gente, deixa as pessoas tensas e essa tensão do meu ponto de vista ela pode ser um dos fatores que predis põem a uma violência, de agredir ali verbalmente o recepcionista, de não querer esperar [...] a gente não tem sala suficiente pra atender [...] daí chega alguém que precisa daquela sala, tu tem que sair pra emprestar, ou tu atrasa porque tu tá esperando.” ENT 14

“A única coisa de condição física que é uma coisa que a maioria das unidades não tem é a entrada separada pros funcionários dos pacientes [...] tu acaba podendo ficar exposto a situações de violência [...]” ENT 18

As falas acima tratam sobre aspectos que envolvem a estrutura física da USF, ainda sobre melhorias do ambiente estão relacionadas às condições de trabalho, que incluem medicamentos, insumos e todos os materiais necessários para o desenvolvimento do exercício desses profissionais. Sobre esses, os participantes reforçaram muito sobre a falta de medicamentos e o quanto isso impacta nas situações de violência.

“[...] medicamento porque isso acaba contribuindo com a violência [...]” ENT 4

“Mas fica difícil quando não tem medicação, às vezes a gente não tem nem material pra trabalho. Ficou um tempo sem gaze, sem esparadrapo porque eles não mandavam pra nós e não era por falta [...]” ENT 5

“[...]a falta de material gera bastante problema pra gente [...]o paciente vem buscar material pra curativo, não tem, às vezes eles ficam brabos, isso é muito comum [...]” ENT 15

“A gente tem tido muita falta de medicamento, a gente tem falta de insumos básicos.” ENT 16

“[...] a gente é agredido, o “não ter” é um motivo pra nos agredir [...] a gente ter condições melhores de trabalho, materiais adequados, materiais, medicamentos pra gente oferecer, isso é uma das coisas que vai diminuir [as agressões]” ENT 17

O número suficiente de funcionários foi mencionado por diversas vezes em diferentes cenários, como nas seguintes falas:

“[...] são em torno de seis mil e quinhentos usuários pra um posto de saúde, nós deveríamos ter mais equipes, deveríamos ter três equipes, nós trabalhamos só com duas, com um quadro reduzido de funcionários [...]” ENT 7

“[...] claro que a gente não tem pernas pra tudo, nós em algumas áreas principalmente a questão dos agentes ficam desassistidas, isso gera transtorno, as pessoas reclamam que a gente não vai visitar. Mas não tem como duas darem conta da área que é pra quatro [...]” ENT 15

“[...] teria que ter um profissional capacitado assim com relação a atendimento ao público, a gente não tem profissional administrativo aqui na unidade, então a gente acaba se dividindo entre nós o atendimento de recepção [...]” ENT 18

A ausência de médicos foi mencionada com destaque no medida em que se tratavam das causas que originavam as agressões dos usuários.

“[...] uma das questões essas agressões verbais que nós temos aqui que é sobre a falta de médico e material e coisas assim, se tivesse médico e esse mesmo também não demorasse pra atender [...] É a falta do médico. Até porque dependendo do material eles conseguem retirar em outro local. É mais a questão da falta de médico [...]” ENT 3

“o que leva a maior parte da violência dos pacientes é que é uma população muito grande, a gente trabalha com a média de dois médicos por mês e a agenda não comporta o número de pacientes [...]” ENT 7

“[...] todo mundo quer consulta, eles querem consultar com o médico, não adianta passar por mim, não adianta passar pela enfermeira, eles querem o médico.” ENT 8

“Tipo, não tem atendimento médico, a pessoa vem ela não quer saber, ela tem que arrumar um culpado e o culpado é o técnico de enfermagem ou alguém que tá atendendo na ponta [...] eu acho que as pessoas acham que o posto gira em torno do médico que não tem outros serviços [...] dia sem médico é um pouco, é bem estressante [...] ter o quadro de profissionais completo, seria o mais importante!” ENT 10

Por meio das falas descritas, também foi possível evidenciar que os serviços de saúde ainda funcionam em uma lógica médico-centrada, em que o profissional médico é visto pela

população como o único detentor do saber e que somente ele é capaz de assistir as necessidades da população.

6.5 (Im)possibilidades para prevenir/controlar a violência no trabalho em USF

Os achados quantitativos e qualitativos do estudo permitem afirmar que os trabalhadores reconhecem medidas que poderiam modificar a realidade da violência vivenciada no trabalho em USF. Na subcategoria “**medidas para evitar a violência**” foram reunidas ações nesta direção, incluindo a necessidade de se ter a presença de alguém que representasse uma figura de segurança, que controlasse o fluxo de pessoas que entram e saem da unidade:

Ter um segurança, uma pessoa que não fosse o porteiro, fosse a segurança do posto, que pudesse intervir no meio da briga, não nós aqui separar briga [...] ENT 5

Poderiam se tivesse um segurança, um guarda, se tivesse uma organização que eles pudessem ficar lá na rua, distribuísse as fichas [...] ENT 7

Essa questão da segurança [...] a gente não temninguém pra recepcionar, controlar o acesso, às vezes tá cada um atendendo na sua sala, a gente não tem como ver quem entra, quem sai da unidade [...] ENT 15

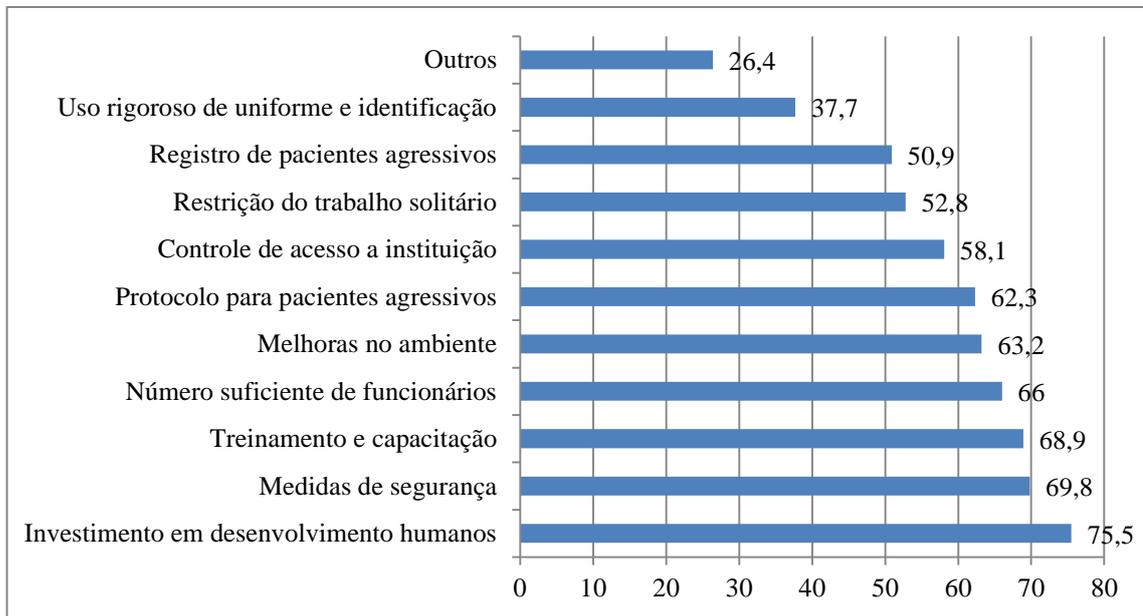
O investimento em treinamentos destinados a situações de violência também foram citados como uma ferramenta a evitar ou minimizar os danos nessas circunstâncias.

“Mas eu insisto na questão que essa abordagem ela tem que ser trabalhada, a questão da violência com os trabalhadores em reuniões de equipe, em capacitações, em treinamentos, sabe?” ENT 14

“Eu acho que uma capacitação da equipe para o tema da violência [...]” ENT 18

Uso de uniforme e identificação, registro de pacientes com comportamento agressivo anterior, restrição do trabalho solitário, protocolo para pacientes agressivos e investimento em desenvolvimento de recursos humanos não foram destacados pelos participantes do estudo durante as entrevistas. Quando questionados sobre ferramentas que poderiam ser adotadas nas USF a fim de diminuir os episódios de violência no trabalho, os participantes puderam discursar sobre alguns pontos, como segue:

Gráfico 7 – Distribuição de aspectos considerados “muito importantes” a serem implementados para melhoria do local de trabalho. Porto Alegre, 2018



Além das respostas dadas no questionário, esses aspectos também foram evidenciados nas entrevistas, trazendo à tona a diversidade de frentes que envolvem a prevenção da violência:

“[...] falta de serviços, falta de educação também da população [...] eles mesmos acabam dificultando o acesso dos outros, um dos outros, porque muitos faltam em consulta, então acho que é uma falta de educação em saúde pra população [...] eu acredito que tendo uma pessoa pra coordenar o posto que seja somente coordenador, talvez, posso estar errada, mas hoje eu penso isso. Talvez facilitasse o próprio trabalho.” ENT 12

“Em primeiro lugar a organização do trabalho poderia ser melhorada, se evitaria situações de atrito e de violência verbal [...] orientações do nível central para ponta eseria o mais adequado, e conseguir melhor condições de trabalho para a gente porque de uma certa forma o paciente não fica à vontade com isso.” ENT 13

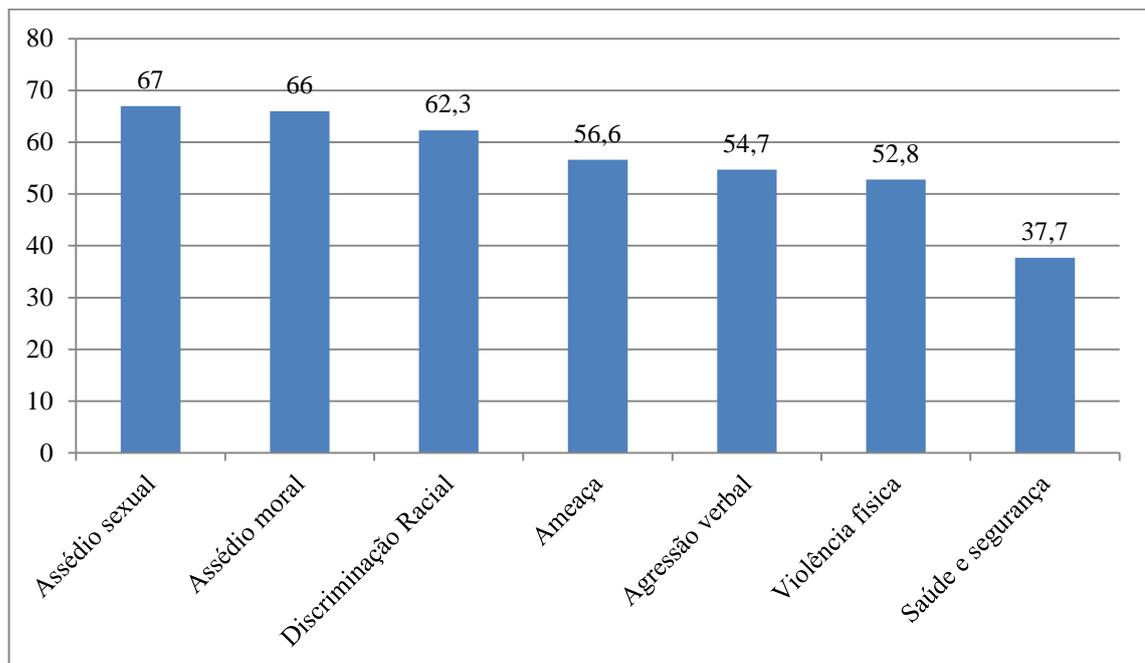
“Sim, se nós tivéssemos recursos humanos, sim se a gente tivesse materiais, se a gente tivesse medicamento o suficiente, se a gente tivesse consultas pra oferecer, se nós trabalhássemos num lugar onde a gente tivesse segurança, sei lá, guarda, seguranças [...] Se talvez o local de trabalho ele não tivesse aqui no meio da comunidade também poderiam ser evitadas. Mas no sistema que hoje funciona é bem complicado de evitar.” ENT 17

“[...] se a gente tivesse o nosso estoque de medicação, tivesse [...] um profissional quando eu tivesse de férias pra me substituir no período que eu não estivesse aqui evitaria de acumular demanda e de gerar stress pra nós e pra comunidade [...] Eu acho que uma capacitação da equipe para o tema da violência [...] ENT 18

Os participantes também tiveram a oportunidade de falar sobre as condutas existentes no local de trabalho que promovem e previnem situações atreladas à violência laboral. O

gráfico 8, reforçado pelas entrevistas, evidenciou que a ausência desses fatores pode acabar favorecendo a ocorrência dessas situações.

Gráfico 8 – Conduas específicas que promovem saúde e segurança dos profissionais e que previnem as violências físicas e psicológicas nas USF, segundo a frequência das respostas negativas sobre a sua existência. Porto Alegre, 2018.



Além de todos os aspectos tratados anteriormente, durante as entrevistas afloraram muito fortes as questões que envolvem a “**violência urbana**”. O fato dos serviços estarem inseridos dentro de comunidades que hoje vivem brigas de tráfico de drogas muito intensas, dos comandantes do tráfico de drogas não respeitarem mais os espaços de assistência à comunidade e dos constantes conflitos de facções criminosas podem gerar situações que favorecem a violência no trabalho em USF.

“Acaba propiciando [situações de violência] pela violência fora da unidade também, violência pra nós que somos agentes de saúde ou até mesmo pros técnicos que também têm que sair muito pra fazer as visitas aos pacientes, dependendo do lugar é bem complicado [...] e também tem a questão do tráfico, a violência que se acontece alguma coisa com eles lá fora eles vêm aqui dentro procurar atendimento, nem sempre eles vão só pra emergência.” ENT 3

“[...] alguns dias a gente não saiu pra trabalhar porque tinha alguns conflitos no território. Daí a gente ficou mais aqui dentro [...] das violências do dia a dia, do território em si, é a falta de infraestrutura no território [...]” ENT 6

“[...] veio vários indivíduos fazerem o curativo aqui e assim, os capanga cuidando [...] eles ficavam lá fora armado [...] era uma situação assim bem ruim pra nós [...] fazendo uma visita... vi toda gurizada sentada na calçada, nos cumprimentaram, e meio dia veio um cara de moto e matou um deles naquele meio ali. Deu vários tiros na cabeça. Então, recém nós tínhamos visto os guris ali, e daí se perde um menino pela função do tráfico [...]” ENT 9

“[...] só deu tempo de nós entrarmos na casa da paciente e começou um tiroteio e pra nós sairmos de lá tivemos que esperar [...] antigamente eu me lembro, a gente fazia visita na comunidade, o chefe do tráfico botava respeito, tu entrava e saía e ele mostrava pros que trabalhavam pra ele que nós éramos do posto, que tínhamos livre arbítrio de entrar e sair da comunidade e que eles não podiam nem nos olhar. Hoje em dia tu entra na comunidade tu só vê uma gurizada armada, tudo adolescente, e eles se sentem, parece que que eles estão com um troféu com aquela arma [...]” ENT 8

“a gente trabalha numa zona que tem guerra de tráfico, então tu vivencia, tu acaba ficando, tu fica no morro e tu acaba vivenciando todo o conflito, toda a situação de violência [...]” ENT 10

“tivemos que fechar a unidade e sair pois teve tiroteios próximos.” ENT 13

“daí a gente vive aquele dilema [...]se tu deixar ele [paciente envolvido com brigas] aqui dentro eles podem vir terminar o serviço aqui dentro. Aí eu acho que eu não posso deixar de acolher uma pessoa, mesmo que tenha outras consequências [...] mas enquanto ele não sair daqui fecha a porta, ninguém entra, ninguém sai[...]a gente já teve situações aqui de uma pessoa que morreu aqui a nove passos aqui do posto, no meio da tarde um dia, eu tava na rua fazendo uma visita domiciliar aí me ligaram que não era pra vir pro posto porque tinha uma pessoa que tinha sido baleada na frente do posto [...]” ENT 16

“[...] fora essas formas de agressão a gente tem o risco do próprio local, a gente está numa guerra de tráfico, de que a qualquer momento [...] tu começa a ouvir um tiroteio [...] um rapaz que estava aqui dentro e o outro que veio e brigou com ele fisicamente [...] eu também não sabia se ele estava armado ou não [...]” ENT 17

Mediante o exposto, é possível observar que as diversas situações que envolvem o processo de trabalho nas USF se referem a fatores internos e externos ao local de trabalho. As condições e a organização do trabalho implicam no desenvolvimento das atividades preconizadas pelo SUS, sobrecarregando os profissionais que necessitam dispor de mais habilidades físicas e mentais para atender as demandas trazidas pela população.

7 DISCUSSÃO

A violência no trabalho vem sendo temática estudada, muito embora as USF não sejam os maiores alvos destas investigações. Pesquisas anteriores revelam que as violências psicológicas são mais recorrentes nos serviços de saúde, sendo que os profissionais na maioria dos casos revelam terem sido vítimas de mais de um episódio de violência no último ano (EL-GILANY e EL-WEHADY e AMR, 2010; FISEKOVIC, 2015; SILVA, et al., 2015; LINDNER et al., 2015; DAL PAI et al., 2018).

Estudo realizado na Sérvia evidenciou que 52,6% dos participantes foram expostos a violência no trabalho e, desses, 18,3% se trataram de agressões físicas (FISEKOVIC, et al., 2015), o que demonstra um número de ocorrências de violência física maior do que o encontrado neste estudo (8,5%) porém menor no que tange todas as violências sofridas, que representou 69,8%.

Uma pesquisa realizada por Silva et al. (2015) evidenciou que, dos participantes, 44,9% relataram agressões verbais em forma de insultos e 24,8% foram ameaças. As agressões físicas abarcaram 2,3% e 29,5% dos participantes relataram terem testemunhado episódios de violência no trabalho. Além disso, quase 30% relataram terem sofrido dois ou mais tipos de violência. Assim como neste estudo, é bastante representativo o número de participantes que relataram ter sofrido mais de um tipo de violência.

Na Arábia Saudida, estudo realizado com 270 profissionais de saúde evidenciou que 45,6% da amostra sofreram algum tipo de violência no trabalho nos 12 meses anteriores a pesquisa, desses 6,5% representaram violência física e 99,2% violências psicológicas. A maioria (79,7%) daqueles que sofreram violência experimentou um único tipo de violência, enquanto 20,3% experimentaram mais de um tipo. No presente estudo a prevalência de expostos a mais de um tipo é ainda maior (EL-GILANY e EL-WEHADY e AMR, 2010).

Em estudo realizado em São Paulo (SILVA, et al., 2015), 32,8% dos participantes referiram à vivência de um episódio de violência no ano anterior. Assim como nesta pesquisa, a maior parte dos casos foi de violência psicológica. No entanto, vale destacar que 28,4% dos profissionais sofreram dois ou mais episódios, o que no presente estudo foi visto com percentuais ainda maiores.

Investigação realizada na mesma cidade do presente estudo, mas com profissionais de saúde de um serviço público hospitalar, verificou que, dentre as vítimas, 15,2% sofreram

violência física e sobre a violência psicológica, 48,7% das agressões foram verbais, 24,9% dos trabalhadores sofreram assédio moral, 8,7% das ocorrências trataram-se de discriminação racial e 2,5% de assédio sexual (DAL PAI et al., 2018). Levando em consideração os dados encontrados no presente estudo, as agressões verbais também foram as mais prevalentes, seguido de assédio moral, discriminação racial, violência física, e por fim assédio sexual, demonstrando uma semelhança entre resultados.

Em se tratando dos agressores, os pacientes já foram citados em estudos anteriores como os principais perpetradores dos atos (JACKSON E ASHLEY, 2005; FARIAS, SANCHEZ, ACEVEDO, 2012; DAL PAI et al., 2015; RUIZ-HERNÁNDEZ; et al., 2016; DAL PAI et al., 2018). Porém, ao contrário do que se observa em outras investigações, nesta os familiares não se encontram em posição de maior destaque, ficando aqui o segundo lugar aos colegas de trabalho.

Observando particularmente os casos de assédio moral, neste estudo as chefias foram as maiores perpetradoras. Dados semelhantes foram encontrados em um trabalho realizado na Jamaica, que percebeu que os colegas e chefias foram os maiores representantes desses casos (JACKSON E ASHLEY, 2005). Na Argentina, as chefias foram mencionadas como os principais agressores (46,4%) quando os atos vinham de colegas de trabalho, sendo que os colegas com mesmo nível hierárquico representaram 7,2% dos casos, sendo esses classificados como muito frequente (FARIAS, SANCHEZ e ACEVEDO, 2012).

Quando analisada a presença ou não de situações de violência no trabalho e a sua associação com as características sociodemográficas e laborais, um estudo realizado em Porto Alegre identificou diferença estatisticamente significativa no que se refere ao sexo, idade, escolaridade, categoria profissional, carga horária semanal, acidentes de trabalho, dias ausentes no trabalho, satisfação com o trabalho, reconhecimento e preocupação com a violência (DAL PAI et al., 2015). Nesta pesquisa, essa diferença foi encontrada quanto à idade e categoria profissional, mostrando que trabalhadores mais jovens e técnicos de enfermagem necessitam de ainda mais investimentos quanto à prevenção e controle da violência no trabalho, bem como promoção da saúde.

Outro estudo não identificou diferença significativa na exposição à violência no local de trabalho de acordo com o sexo, idade, estado civil, nível de educação ou anos de experiência profissional, corroborando com os achados desta pesquisa (FISEKOVIC, et al., 2015). Entretanto, enfermeiros e médicos já apareceram como os mais acometidos por esses incidentes (SILVA, et al., 2015)

Em artigo de revisão, os autores encontraram que em todos os estudos, pelo menos metade dos participantes consideram episódios de violência no trabalho normais ou sem importância, alegando que isso já é parte do trabalho. Além disso, alguns dos artigos demonstraram subnotificação desses atos. O medo de ser julgado negativamente pelos gestores, considerando o relatório inútil, e o medo de vingança foram causas mais importantes de subnotificação (POURSHAIKHIAN, et al., 2016). Na presente pesquisa a naturalização e subnotificação também apareceram nos resultados, ainda que esse último seja incipiente, demonstrando que alguns profissionais possuem criticidade e vislumbram a importância desses episódios e da notificação dos casos.

A pesquisa evidenciou que 46% dos profissionais de saúde, foram agredidos fisicamente em seu local de trabalho e 64% testemunharam agressões, sendo que estas situações desencadearam *flashbacks* (40%), 25% (n = 14) desenvolveram estratégias para evitar as agressões, 83% ficaram extremamente vigilantes e 26% começaram a sentir que suas atividades passaram a ser mais penosas (GIGNON, et al., 2014). Na presente pesquisa, nestas situações os profissionais referiram principalmente evitar oensar ou falar sobre as agressões bem como, permaneceram mais vigilantes após a situação.

Além disso, dos profissionais que referiram violências psicológicas (79%), 32% tiveram *flashbacks*, 24% desenvolveram estratégias de prevenção, 64% passaram a ficar mais vigilantes e 22% consideraram que todas as suas atividades ficaram onerosas (GIGNON, et al., 2014). Nestas circunstâncias, os participantes da presente investigação mencionaram que permaneceram mais vigilantes e tiveram memórias, pensamentos ou imagens das agressões de forma perturbadora.

A investigação realizada na ABS no noroeste do estado do Rio Grande do Sul encontrou que, durante as agressões, as vítimas reagiram solicitando que os agressores parassem, pedindo auxílio dos colegas de trabalho, argumentaram em sua defesa, aconselharam-se junto aos colegas e coordenação, não manifestaram reações, solicitaram transferência e por fim abriram processo contra o agressor (OLIVEIRA e FONTANA, 2012). Neste estudo, igualmente à pesquisa citada, relatar para colegas e chefias também estiveram em evidência, porém registrar o evento não apareceu em nenhum dos tipos de violência sofrida, o que pode ser justificado pela naturalização ou pelo fato dos profissionais muitas vezes não considerarem esses eventos importantes e prejudiciais.

Como reações aos episódios de violência física e psicológica encontrados em uma investigação realizada na Itália, estão a raiva, a decepção, a ansiedade, a angústia e a vontade de mudar ou abandonar de emprego (MAGNAVITA e HEPONIEMI, 2012). No momento da

agressão, sentimentos como constrangimento, tristeza, injustiça e insegurança foram relatados no estudo desenvolvido por Oliveira e Fontana (2012). No presente estudo, no caso das violências físicas ficou evidente um aumento nas reações de defender-se fisicamente e registrar o evento, sendo que contar para colegas e relatar para os chefes são as reações mais comuns. Ressalva-se que a vontade de mudar de emprego também esteve presente nas falas dos participantes.

Além disso, as subnotificações também foram identificadas (MAGNAVITA e HEPONIEMI, 2012). Em uma pesquisa realizada no Sul do Brasil, 73,8% dos participantes relataram as violências sofridas somente ao supervisor, sendo que, como resultado aos relatos, mencionaram que não foram tomadas atitudes frente aos eventos em 57,3% dos episódios, 7,1% das vítimas solicitaram transferência, o mesmo percentual foi atribuído às advertências verbais ao agressor, ao pedido de desculpas pelo mesmo e aos casos de depressão e uso de medicamentos pós-ocorrência (OLIVEIRA e FONTANA, 2012).

Os trabalhadores expostos à violência no trabalho desenvolvem mais sofrimento psicológico do que aqueles que não foram expostos. Bem como profissionais que sofrem mais com assédio moral referem ter menos satisfação com o trabalho (JARADAT, et al., 2016). O mesmo pode ser observado na presente pesquisa, em que os profissionais que sofreram violência no trabalho demonstraram ligeira diminuição nos escores que avaliaram a satisfação com o trabalho.

Investigações anteriores constataram que atos violentos nos locais de trabalho podem influenciar na satisfação do trabalho bem como na saúde dos trabalhadores. Os atos de violência nos locais de trabalho foram associados à Síndrome de Burnout, bem-estar psicológico, transtornos psíquicos menores e sintomas depressivos (BERNALDO-DE-QUIRÓS, et al., 2014; DAL PAI, et al, 2015; SILVA, et al., 2015; RUIZ-HERNANDEZ, et al., 2016; RINCÓN-DEL TORO et al., 2016).

Dal Pai, et.al. (2015) ponderaram que intercorrências típicas do trabalho, como acidentes e o absenteísmo podem ser consequências à violência sofrida. Aspectos como satisfação e o reconhecimento também foram comprometidos após as situações de violência. Outros sintomas, como depressão, medo, tristeza, raiva, choque, confusão, vergonha estresse e diminuição da autoestima e desmotivação também foram associados aos traumas advindos desses episódios violentos, sendo que muitas vezes os profissionais acabam se ausentando muito frequentemente do serviço, ou até mesmo pensando em abandonar a profissão (BATISTA, et. al., 2011; SANTOS et. al., 2011). A necessidade de afastamento do trabalho foi evidenciada no estudo realizado por Silva (2011), no qual 26% dos trabalhadores

necessitaram se afastar do trabalho e 72% mencionaram que o trabalho influencia na sua saúde.

Uma pesquisa realizada por Silva, et al. (2015) encontrou uma correlação entre o número de episódios de violência sofridas e sintomas de depressão, ou seja, quanto mais violências o trabalhador sofre, mas propensão este tem de ter a sua saúde afetada por esses episódios. Esse fator reflete a importância deste tema e de encontrar artifícios que minimizem esses episódios, a fim de propor um ambiente de trabalho mais amigável e menos estressante aos profissionais, o que por sua vez proporcionará uma assistência mais eficaz e resolutive aos usuários dos serviços de saúde.

Partindo do mesmo pressuposto, Oliveira e Fontana (2012) refletiram que:

“Se a violência gera sofrimento, é preciso empenho de gestores e trabalhadores para que este fenômeno saia da invisibilidade e não se torne banalizado nas práticas de saúde. Cumpra garantir ao trabalhador o exercício da cidadania também no ambiente de trabalho, oportunizando espaços para discussões coletivas acerca do agravo e seu enfrentamento.” (p. 247)

Assim como na presente pesquisa, outras já demonstraram uma tendência dos profissionais em naturalizarem ou banalizarem as situações de violência no trabalho, fazendo com que estes não reconheçam e exponham esse fenômeno (DAL PAI, 2011; CORDENUZZI, 2011). No caso deste estudo, ficou evidente na fala dos profissionais, durante as entrevistas e muitas vezes nos discursos informais, que situações de violência no trabalho são tão corriqueiras em USF, que os profissionais não se preocupam com as consequências que esses episódios podem acarretar ao processo de trabalho e a saúde dos profissionais. Tal aspecto merece uma maior atenção de gestores e profissionais, à medida que situações de violência podem gerar problemas a saúde dos trabalhadores as quais são fortemente agravadas quando estes são reprimidos de identificarem essas situações como “anormal” e como um problema.

A satisfação e o reconhecimento do trabalho prestado, bem como os acidentes, os sentimentos depressivos, estresse e muitos outros artifícios podem estar relacionados às condições e à organização do trabalho, que quando mal administrados podem aumentar as ocorrências de violência no trabalho. Sendo assim, tudo isso pode representar um ciclo que, se não discutido e trabalhado, pode nunca ser minimizado e cada vez mais fazer vítimas com consequências à saúde do trabalhador e à assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde.

Frente aos dados trazidos à tona nesta pesquisa, é possível relacionar a exposição dos profissionais à violência ao elevado número de usuários acompanhados por cada equipe de trabalho, que na maioria dos casos não segue o preconizado na PNAB, que estabelece um

número máximo de usuários acompanhados de 3500 pessoas (OLIVEIRA, et al., 2013; BRASIL, 2017). Maciel, Santos e Rodrigues (2015) referem que o excesso de demanda na ABS pode ocasionar uma carga de trabalho excessiva e que o número de profissionais, estrutura, equipamentos e recursos disponíveis nos serviços não satisfaz a demanda atendida.

Assim como neste estudo, Oliveira, et al.(2013) encontraram em seu estudo que a estrutura física da unidade, envolvendo equipamentos e insumos e um problema frequente nas UBS, bem como o déficit de profissionais. Tais dificuldades acabam afetando a assistência prestada aos usuários, que não foi considerada adequada pelos participantes do estudo.

As condições deficitárias também foram alvos de uma pesquisa desenvolvida no Sul do Brasil, que identificou que os materiais sucateados, o déficit de medicamentos e equipamentos desfavorecem o processo de trabalho, à medida que os profissionais entendem que oferecem uma pior assistência em decorrência desses fatores (SCHRADER, et al., 2012). Todos esses fatores, além de implicarem na assistência prestada, deixam os profissionais mais estressados, o que pode favorecer atitudes violentas ou agressivas com colegas de trabalho e usuários dos serviços.

Em se tratando das medidas existentes nas USF, que pretendem minimizar os casos de violência no trabalho, um estudo metodologicamente semelhante a este encontrou que a maioria dos profissionais (83,6%) mencionou que existem medidas de segurança, resultado semelhante ao encontrado neste estudo. Assim, como foi percebido pelos profissionais, evidencia-se a necessidade de seguranças/vigilantes que estabeleçam uma maior segurança aos trabalhadores de saúde, que acabam ficando expostos a diversas agressões no cotidiano de trabalho (DAL PAI, 2011).

Neste estudo, as melhorias no ambiente de trabalho foram mencionadas como existentes na maioria dos casos, contrastando de resultado obtido em investigação anterior em que os participantes alegaram que estas não acontecem e reforçaram que existe uma inadequação nas condições de trabalho. O mesmo estudo traz à tona outros resultados que se comparados com este, demonstram algumas semelhanças e contrapontos, sendo que a restrição do trabalho solitário, registros de pacientes que tiveram comportamentos agressivos anteriores e protocolos para o atendimento de pacientes agressivos, assim como no presente estudo encontram-se abaixo de 50% das respostas. Em contraponto, os participantes da presente investigação alegaram fazer uso rigoroso de uniforme e identificação e relataram não haver muito investimentos em recursos humanos, destoando de estudo anterior (DAL PAI, 2011).

Santos, Mishima e Merhy (2018) desenvolveram um estudo em Alagoas que evidenciou aspectos que influenciam nas atividades profissionais na ESF, sendo que muitas delas podem estressar tanto profissionais como usuários, e esse estresse acaba ocasionando relações muitas vezes tensas, proporcionando agressões físicas e verbais. Os autores mostram que os profissionais das USF possuem um cardápio bem definido e pouco flexível nas atividades a serem desenvolvidas, sendo necessários momentos de negociações sobre a sua entrada no serviço, onde os profissionais visualizam contradições na identificação de necessidades de saúde. Embora os discursos dos usuários sejam aceitos pelos trabalhadores, existe uma tensão e estresse no processo de escuta e acolhimento, visto que existe uma divergência entre o problema real e a necessidade vista pelo paciente atendido. Pelo vínculo estabelecido entre o profissional e os usuários, este último se sente com liberdade para cobrar atenção e atendimento no horário que lhe for conveniente. Ainda, o pedido por encaixes no atendimento é frequente, o que também gera conflito.

A ausência ou deficiência do profissional médico nas USF foi fator considerado como um dos mais críticos pelos participantes, no que diz respeito às agressões sofridas nestas localidades. Segundo os relatos, ainda existe uma lógica médico-centrada nos serviços de saúde, principalmente no que se refere às preferências dos usuários, dessa forma, a ausência desse profissional acaba estressando os usuários, que por sua vez agredem os trabalhadores. Vale aqui a ressalva, que nestas circunstâncias os profissionais que se encontram na linha de frente do atendimento, como é o caso dos profissionais que desempenham a função de recepcionistas, ficam mais expostos e predispostos a serem agredidos, por serem estes a acolherem as primeiras queixas dos usuários.

Indo ao encontro do exposto acima, investigação realizada em São Paulo demonstrou que a insegurança dos usuários sobre ter as suas demandas atendidas, sendo que muitas vezes essas são negadas, sem ser oferecida nenhuma informação concreta ou alternativa, pode gerar tensões, principalmente com os profissionais que trabalham na recepção (MELO, CECÍLIO e ANDREAZZA, 2017). Os profissionais que recepcionam os usuários também foram mencionados neste estudo como sendo os mais propensos a exposições de situações de violência no trabalho.

De acordo com Fontes, et al. (2013), a falta de resolutividade no atendimento nas USF pode representar um fator que desencadeia situações de conflito e violência entre usuários e profissionais, fazendo com que os profissionais sofram com ameaças e ofensas no seu ambiente laboral.

Uma pesquisa realizada por Oliveira, et al. (2013), identificou que 43% dos participantes considera que o principal problema na ABS está relacionado com a falta de condições adequadas no ambiente laboral, e em 28% dos casos a maior dificuldade foi atrelada à ausência de recursos humanos suficientes para adequado atendimento da assistência. Estudo com resultados semelhantes foi desenvolvido no Sul do Brasil, onde foi observado que inadequadas condições de trabalho, sendo citadas nestes casos a qualidade dos materiais e a falta de medicamentos e equipamentos, afetam o desenvolvimento das atividades e a qualidade da assistência, fatos esses que podem estressar profissionais e usuários, ocasionando agressões bilaterais (SCHRADER et al., 2012). Assim como nos estudos citados anteriormente, este também evidenciou a falta de materiais como algo que afeta o desenvolvimento do trabalho.

A busca por assistência de saúde é incompatível com o número de profissionais, estrutura, equipamentos e recursos disponíveis. Bem como problemas gerenciais, o trabalho pautado pela biomedicina, problemas com o acolhimento da população, na organização e distribuição das atividades, trabalho médico-centrado, baixa resolutividade e excesso de burocracia são exemplos que afetam negativamente a ABS. Em se tratando da organização do trabalho nas USF há um aumento na carga de trabalho dos profissionais vinculados à forte influência político-partidária nos serviços, déficit de recursos financeiros, materiais e humanos, educação continuada inexistente, problemas de relacionamento interpessoal, onde entram as agressões verbais contra os profissionais (TRINDADE e PIRES, 2013).

Vale aqui refletir que, em condições adequadas de funcionamento, a ABS pode resolver 80% dos casos que chegam para atendimento, o que representa que, quando faltam equipamentos, materiais e/ou recursos humanos, os usuários saem do serviço com uma parcela da demanda atendida, frustrando-os quanto à assistência recebida. A ausência ou deficiência de profissionais acaba por sobrecarregar os existentes, que tentam suprir as necessidades da comunidade, o que pode elevar o estresse, os danos à saúde e podem desencadear atitudes agressivas contra os outros.

De acordo com Dejours (2017), quando inadequadas, as condições de trabalho se tornam fonte de frustração aos trabalhadores, o que resulta em um sofrimento mental, ocasionando muitas das vezes na manifestação de doenças psíquicas.

Uma revisão integrativa realizada por Viana et al. (2016) concluiu que os profissionais trabalham em situações de precariedade e vulnerabilidades, sendo que os profissionais seguem na busca por melhores condições de trabalho e ainda encontram motivações para o

desenvolvimento de suas atividades; logo, a satisfação pelo trabalho realizado e o apoio da equipe encontram-se em destaque.

Dificuldades nas relações interpessoais, hostilidade e indelicadeza de usuários e/ou familiares no trato com as pessoas, e/ou insatisfações originárias da deficiência na resolutividade do sistema de saúde foram referidas como as principais causas da agressão verbal, segundo as respostas de 50% dos trabalhadores. Esses agravos poderiam ser evitados ou amenizados se houvesse respeito por parte da comunidade e de alguns profissionais e, principalmente, se o serviço contasse com um sistema de vigilância/segurança no local de trabalho (OLIEVEIRA e FONTANA, 2012).

Pesquisas descrevem aspectos que envolvem as relações socioprofissionais e interpessoais, como a falta de apoio de colegas, cobrança das chefias, pouca vontade política, ausência de um trabalho baseado na política de redes de atenção em saúde, dificuldades em superar o atendimento fragmentado em nome da assistência interdisciplinar, ausência de atividades de educação permanente e/ou continuada e remuneração insuficiente para suprir necessidades básicas também foram alvos de críticas em nome de uma maior qualidade para assistir as comunidades (TRAD e ROCHA, 2011; SCHRADER, et. al., 2012; MEDEIROS, et. al., 2016).

Estudo realizado em USF de João Pessoa identificou que os profissionais reconhecem o risco e têm medo de sofrerem agressões, inclusive físicas, por parte dos usuários do serviço. Dentre os aspectos que englobam as condições de trabalho, os participantes do estudo citaram a exposição a ambientes quentes, muitas vezes por inadequados espaços físicos, como salas sem ventilação externa. Os profissionais criticaram o espaço físico, as condições e as condutas no trabalho. O relacionamento entre a equipe foi citado como um risco devido às agressões verbais que podem ocorrer no percurso do trabalho, ocasionando muitas vezes desgaste emocional e problemas psíquicos (RODRIGUES, et al., 2012).

No que tange à organização do trabalho, a realização deste de forma mecanizada por conta da rotina pode expor os profissionais a erros como a não utilização de EPI's; embora a oferta destes seja irregular. Para minimizar os riscos ocupacionais a que os profissionais da ESF estão expostos, foram sugeridas uma maior aproximação e responsabilização da gestão com as USF no que tange a adequação e oferta de recursos materiais, momentos de lazer e aproximação entre os profissionais, oferta de atividades de educação permanente e reestruturação do dimensionamento de pessoal previsto para equipes de saúde da família (RODRIGUES et al., 2012).

As condições de trabalho deficitárias implicam diretamente nas decisões dos trabalhadores, fazendo-os muitas vezes prestar uma assistência considerada como insuficiente ou repercutindo na interrupção do atendimento prestado (NETO, 2016). Ações gerenciais e assistenciais devem ser integradas a fim de prestar uma assistência de qualidade, e é alarmante que em situação de inadequação das condições e da organização do trabalho esta se torne dificultosa ou, em alguns casos, impossível. O monitoramento da gestão às questões que envolvem as condições e a organização do trabalho é fundamental, pois somente com a aproximação desta com a área da assistência, visualizando e vivenciando as deficiências que será possível a formação de uma visão crítica, de forma a suprir as demandas das equipes e atender às necessidades da população (GARCIA, 2012).

Trindade e Pires (2013) identificaram em sua pesquisa que os profissionais que trabalham em USF referem como problemas a exposição das equipes à violência urbana e a jornada de 40 horas semanais, considerada excessiva e desgastante pela maioria dos participantes. Aspectos relacionados às condições e à organização do trabalho podem reduzir as cargas de trabalho dos profissionais deste modelo assistencial, desde que em situações adequadas.

Assim como no estudo citado, também estiveram presentes nos discursos dos participantes aspectos que envolvem a violência urbana como um fator de risco para sofrerem violência dentro das USF ou nos territórios enquanto desenvolvem suas atividades laborais. Vale ressaltar aqui, que dentre os participantes, estimava-se que relatos envolvendo a criminalidade e as dificuldades fossem vir muito fortes nos depoimentos dos ACS, porém não foram estes que mais falaram sobre isso. Pelo fato destes profissionais residirem na mesma comunidade em que trabalham, e serem conhecidos pelos moradores da área, podem ter os episódios de violência minimizados. Porém, o fato destes profissionais viverem em contextos tanto de trabalho quanto de moradia limítrofes no que tange à violência faz com que diversas vezes adotem como defesa o encobrimento dos episódios violentos, naturalizando-os (SOUZA e FREITAS, 2011).

Atualmente, a criminalidade e a violência apresentam-se como dois dos principais problemas vivenciados pela população brasileira (GOMES, 2016). O trabalho realizado pelas USF, em locais onde comunidades de baixa renda e escolaridade, com situações sociais desiguais, torna-se um grande desafio, pois nessas áreas existe um alto índice de violência. Dessa forma, o processo de trabalho torna-se limitado devido às condições impostas, onde muitas vezes as ações em saúde só são possíveis no interior das unidades de saúde, indo de encontro ao preconizado pela ESF, que necessita de uma maior interação dos profissionais

com a comunidade, devendo ter seus serviços prestados não só dentro dos muros das unidades, mas perfazendo diversos ambientes dentro das comunidades (POLARO, GONÇALVES e ALVAREZ, 2013).

Estudo realizado por Broch (2017) evidenciou a violência urbana como um fator que implica negativamente no processo de trabalho de USF. A violência existente nas comunidades pode desencadear nos profissionais sentimentos como, ansiedade, desespero e aflição, sendo estes muitas vezes rotineiros. Os profissionais muitas vezes têm medo em prestar assistência no domicílio das famílias e até mesmo no interior das unidades. A violência é compreendida como algo que interfere nas condições de saúde e desempenho dos profissionais, o que interfere na prestação de uma assistência adequada aos usuários (SANTOS; SILVA e BRANCO, 2017).

A falta de segurança no ambiente de trabalho, roubos e agressões físicas e verbais foram fatores descritos como presentes no cotidiano das USF, em um estudo realizado na região metropolitana de Porto de Alegre. Além disso, algumas atividades, como a visita domiciliar, foram consideradas pelos participantes do estudo como um dispositivo de extrema exposição para os profissionais, principalmente pelo fato das USF estarem localizadas em comunidades acometidas pelo tráfico de drogas (DUARTE, AVELHANEDA e PARCIANELLO, 2013).

O mesmo estudo evidenciou uma elevada sobrecarga de trabalho, devido aos índices de absenteísmo no cotidiano e à falta de contratação de profissionais, fazendo com que os profissionais existentes deem conta da demanda de trabalho. No presente estudo, o absenteísmo e a deficiência de recursos humanos também estiveram presentes, porém associados aos episódios de violência no trabalho; bem como os sintomas de depressão e ansiedade e as dores físicas atreladas a essas situações (DUARTE, AVELHANEDA e PARCIANELLO, 2013).

As condições de trabalho são tidas como um fator que proporciona o adoecimento, a medida que podem dificultar o desenvolvimento das atividades e restringir a margem de ação dos trabalhadores. São fatores que dificultam o trabalho a insuficiência de materiais para a execução de suas atividades, como equipamentos, instrumentos e o espaço físico, que podem expor os profissionais ao sofrimento/adoecimento físico e psíquico (KRUG et al., 2015).

A organização do trabalho, as condições deste e as relações socioprofissionais foram citadas como fatores que não atendem às expectativas ou correspondem ao ideal. Além do mais, existe grande dificuldade em desenvolver um trabalho em equipe, dificultado a assistência integral à saúde, contrapondo a proposta de trabalho que deve ser realizada pelas

USF. A disputa de poder e a existência de uma hierarquia dentro da equipe são considerados aspectos geradores de conflito podendo ocasionar situações de violência no trabalho (KRUG et al., 2015).

“Os profissionais de saúde, inseridos em estruturas rígidas e hierarquizadas, nas quais predominam a centralização de poder, a valorização de metas organizacionais em detrimento das necessidades dos trabalhadores e a crescente precarização das relações de trabalho, têm adoecido, e com certa frequência, se afastado do trabalho temporária ou definitivamente.” (CAMELO et al., 2014, p. 2227)

Para Camelo et al. (2014), modelos democráticos e participativos de gestão em saúde, baseados no trabalho em equipe, à medida que são implementados, valorizam a participação dos trabalhadores na produção dos cuidados e o desenvolvimento da autonomia e responsabilidade. Esses modelos geram maior satisfação no trabalho e excitam o desenvolvimento de ações de promoção da saúde dos trabalhadores, além de contribuir para reorganização do trabalho em saúde, ampliar o significado do cuidar e oferecer qualidade de vida no trabalho.

Além dos fatores já mencionados, existem outros que afetam diretamente o processo de trabalho nos serviços de saúde, sendo eles: a falta de reconhecimento, ausência de treinamentos e cursos, ou estes ministrados de maneira equivocada também são fatores que influenciam o processo de trabalho na ABS (MACIEL, SANTOS e RODRIGUES, 2015). A necessidade de uma educação continuada, por meio de treinamentos e capacitações, também foi elencada no presente estudo como fator importante para diminuir a carga de trabalho dos profissionais, minimizar as situações e as consequências decorrentes das violências sofridas no ambiente de trabalho.

Outros estudos também descreveram a ausência de educação permanente e/ou continuada como um desafio a ser superado para melhorar o processo de trabalho e a assistência prestada pelas USF, bem como, observa-se, dificuldades em superar o atendimento fragmentado, sendo este muitas vezes baseado nos modelos antigos de atenção, centrando a assistência no profissional médico e na cura de doenças (TRAD e ROCHA, 2011; SCHRADER, et. al., 2012; MEDEIROS, et. al., 2016).

Embora existam situações que não possam ser manejadas para controlar ou erradicar a violência no trabalho, os participantes deste estudo acreditam que existam algumas estratégias que possam minimizar esses episódios ou a gravidade dos mesmos e promover um ambiente de trabalho mais saudável. No estudo desenvolvido por Fonseca (2012), as mesmas estratégias foram mencionadas, como a presença do segurança, a postura do profissional que pode ser fortalecida por meio de treinamentos, a fim de não se estimular a violência, explicando e buscando tranquilizar os usuários.

Camelo, et al. (2014) menciona que transformações nas formas de organizar o trabalho podem resultar em melhorias no ambiente e nas condições de trabalho, beneficiando a implantação de novas formas de gestão, que valorizam o capital humano e contribuem com a promoção da qualidade de vida no trabalho.

Uma pesquisa que buscou investigar a percepção da equipe enfermagem sobre a saúde do trabalhador verificou que estes julgam necessárias adequações nas condições e na organização do trabalho, tendo sido citados pelos participantes a necessidade de implementar um local adequado para o descanso dos profissionais, o reconhecimento pelo trabalho desenvolvido e grupos terapêuticos visando diminuir o estresse. Estas são ideias consideradas como ferramentas que poderiam melhorar as questões que afetam a saúde da equipe nas USF. Foram sugeridas reformas na estrutura física da unidade, considerando que esta melhoraria as condições de trabalho e, conseqüentemente, a saúde da equipe como um todo (DUARTE, AVELHANEDA e PARCIANELLO, 2013).

A pesquisa de Dal Pai (2011) destacou que investimentos em desenvolvimento de recursos humanos, número suficiente de funcionários, melhorias no ambiente e treinamento/capacitação são necessárias face à prevenção da violência e segurança do trabalhador. Neste estudo os resultados vão ao encontro dos achados na pesquisa da autora.

Mediante o exposto, é possível concluir que a violência no trabalho é um fenômeno capaz de desencadear diversas situações negativas ao local de trabalho e a saúde dos trabalhadores. Ambientes de trabalho que promovem, por meio das dificuldades enfrentadas no dia a dia, estresse e sobrecarga aos profissionais podem resultar em um aumento das agressões físicas e psicológicas nas USF. Sendo que a violência pode ser dispensada pelos próprios profissionais ou pelos usuários das unidades, que se angustiam com o déficit de condições e de organização no trabalho que impossibilita ou dificulta na resolução das suas necessidades de saúde.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível evidenciar neste estudo que 69,8% dos participantes sofreram pelo menos um tipo de violência nos últimos 12 meses de trabalho, sendo que 65,1% se trataram de agressões verbais, seguido do assédio moral (14,2%), discriminação racial (10,4%), violência física (8,5%) e assédio sexual (4,7%). As entrevistas reforçaram os achados quantitativos no que diz respeito à violência mais prevalente nas USF, evidenciando nos relatos que as agressões verbais são frequentes no ambiente laboral desses profissionais na forma de xingamentos, ameaças, ofensas, discriminações, dentre outras. Dos 106 participantes, 33,8% mencionaram terem sofrido mais de um tipo de violência no trabalho no último ano, sendo que os pacientes foram tidos como os maiores perpetradores, seguido pelos colegas. No que tange o assédio moral, os principais perpetradores foram as chefias. Assim como no questionário, os participantes discursaram nas entrevistas que as violências no trabalho são sofridas principalmente pelos pacientes e colegas de trabalho.

Neste estudo evidenciou-se que as mulheres (71,8%) se sobressaem quanto aos episódios de violência vivenciadas, bem como pessoas com a pele negra, casados ou com companheiro, fumantes, usuários que utilizam medicações, com doença crônica e os técnicos de enfermagem foram as principais vítimas. Obtiveram resultados estatisticamente significantes a categoria profissional e a idade, sendo os profissionais de enfermagem os mais expostos e os de menor idade. Possuir cargo de chefia e desenvolver atividades na/de recepção foram fatores mencionados nas entrevistas como aspectos geradores de desgaste por expor à violência no trabalho, o que pode dificultar a assistência e resolutividade das USF.

Dentre as reações das vítimas, tentar defender-se fisicamente e registrar o evento frente aos casos da violência física foram as mais citadas, diferentemente dos demais casos em que contar para o colega e relatar para o chefe é a reação mais comum entre os profissionais que sofreram violência no trabalho. A maioria dos participantes referiu não terem sido tomadas providências, assim como o supervisor geralmente não oferece ajuda e o agressor não sofreu nenhuma consequência. As entrevistas evidenciaram um desejo entre os profissionais de abandonar o emprego ou de abster-se em decorrência das situações violentas.

Dentre os problemas vivenciados encontrou-se em destaque permanecer superalerta, vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso(a). Nos casos de assédio moral, as pessoas passaram a conviver com sentimentos de que suas atividades passaram a ser mais penosas. Constata-se, portanto, que profissionais que tiveram problemas com colegas perceberam

maior dificuldade em realizar as suas atividades laborais, prejuízo diferente das violências perpetradas em sua maioria por pacientes.

Situações de violência no trabalho trazem danos à saúde dos trabalhadores, o que foi mencionado nas falas dos participantes. A mudança de comportamento também foi identificada após ocorrências de violência, embora os profissionais tendam à naturalização e/ou banalização desses episódios, uma vez que eles se tornaram tão recorrentes no ambiente de trabalho que já é tido pelos profissionais como algo que faça parte da rotina de trabalho.

Analisando as vítimas e não vítimas de violência no trabalho e as relações com situações que abarcam as condições e a organização do trabalho, observou-se que aqueles que sofreram violência avaliam pior o ambiente de trabalho, sendo estatisticamente significativa no que se refere aos relacionamentos entre colegas e chefias. Vale reforçar que este achado está diretamente relacionado com o trabalho em equipe, que só se torna possível com relações socioprofissionais bem estabelecidas.

Os resultados demonstraram que se fazem necessárias melhorias nas USF para que assim se estabeleçam melhores rotinas no serviço e uma assistência adequada aos usuários. A medida que os ambientes de trabalho se estruturarem para suprir as necessidades de condições e de organização do trabalho adequados, haverá uma possível diminuição dos conflitos tanto entre profissionais quanto com usuários, o que por sua vez minimizará casos de violência no trabalho e as repercussões sobre a saúde. Sendo assim, os gestores e trabalhadores devem desenvolver afinidades para construir um ambiente de trabalho saudável.

A presente pesquisa permitirá aos gestores municipais identificarem fatores que podem influenciar nos episódios de violência em USF, o que facilita na construção de estratégias para minimizar estes e propor melhorias aos locais de trabalho. Há uma necessidade de aproximação dos gestores com a linha de frente das USF, para que assim sejam vistas as necessidades mais emergentes.

À medida que houver essa aproximação, os profissionais dos serviços podem se sentir mais valorizados e motivados a realizarem o trabalho, promovendo assim uma assistência ainda mais alinhada aos pressupostos do SUS, constituindo melhores vínculos e aproximações com a comunidade.

O estudo em questão trouxe uma nova perspectiva de pesquisas realizadas em USF. O tema violência no trabalho ainda é bastante incipiente neste campo de estudo, e não havia sido analisado em associação com as condições e a organização do trabalho, o que pode ser considerado um avanço ao conhecimento. Sendo assim, esse estudo pode instrumentalizar

acadêmicos e profissionais de diversas áreas a promoverem educação continuada e permanente se utilizado dos temas aqui abordados.

Encontrou-se como limitação desse estudo a restrição de acesso às USF estudadas devido ao tempo destinado à conclusão desta pesquisa, que não permitiria uma análise de mais unidades no município. O difícil acesso às USF, associado a situações de vulnerabilidades e periculosidades vinculadas ao risco de tiroteios ou “guerra de facções criminosas”, foi sentido “na pele” pela pesquisadora e pelos assistentes de pesquisa. Esses fatores elevaram os níveis de estresse e medo, o que atrasou algumas coletas e impossibilitou outras.

Destaca-se como limitação do estudo a necessidade de maior aprofundamento das condições e organização do trabalho, inclusive considerando a finalidade do instrumento utilizado, que não se destina a estes construtos. Ainda, o delineamento transversal não permitiu inferências de causa e efeito. Dessa forma, sugere-se que novos estudos sejam feitos, abrangendo mais USF e se utilizando de uma metodologia que permita acompanhamento do fenômeno.

Estudos que avaliem a violência sofrida por usuários de USF, advindas dos profissionais de saúde podem, quando associados a resultados de pesquisas como esta, se tornarem ferramentas para traçar estratégias de combate e prevenção de situações de violência no trabalho.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L.M.B. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Saúde & Transformação Social**, v. 3, n. 1, 18-31 p., 2012.
- ANJOS, F.B. Organização do trabalho. *In*: VIEIRA, F.O.; MENDES, A.M.; MERLO, A.R.C. **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013. 512 p.
- ALBUQUERQUE, M.S.V.; LYRA, T.M; FARIAS, S.F.; MENDES, M.F.M.; MARTELLI, P.J.L. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde Debate**, v. 38, n. esp., p. 182-94, 2014.
- ATAN, S.U; BAYSAN, A.L.; SIRIN, A.; ISLER, A.; DONMEZ, S.; UNSAL, G.M.; et.al. Violence experienced by nurses at six university hospitals in Turkey. **J PsychiatrMent Health Nurs(online)**, v. 20, n. 10, 882-9 p., 2013. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpm.12027/abstract;jsessionid=7A530C275063745CD83084D3F893B9D4.f01t01>>. Doi: 10.1111/jpm.12027>. Acesso em: 05 Mar. 2016.
- BARATIERI, T; MANDÚ, E.N.T.; MARCON, S.S. Compreensão de enfermeiros sobre vínculo e longitudinalidade do cuidado na estratégia de saúde da família. **Ciência y Enfermeria**, v. XVIII, n. 2, p. 11-22, 2012.
- BATISTA, C.B.; CAMPOS, A.S.; REIS, J.C.; SCHALL, V.T. Violência no trabalho em saúde: análise em unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Trab Educ Saúde**, v. 9, n. 2, 295-317 p., 2011.
- BERNALDO-DE-QUIRÓS, M.; LABRADOR, F.J.; PICCINI, A.T.; GÓMEZ, M.M.; CERDEIRA, J.C. Violencia laboral em urgências extra hospitalarias: una revisión sistemática y líneas de intervención psicológica. **Clínica y Salud**, v. 25, 11-18 p., 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 72p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS no seu município garantindo saúde para todos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- BRASIL. **Portaria 816/GM de 31 de maio de 2005**. Constitui o Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria816_31maio05.pdf>. Acesso em: 17 out.16.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012b**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 25 set. 2016.

BROCH, D. **Determinação social da saúde e o trabalho do agente comunitário: contexto de violência e precarização** [dissertação]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2017.

CAMELO, S.H.H.; ROCHA, L.R.; MININEL, V.A.; SANTOS, A.P.A.; et al. Trabalhador de saúde: formas de adoecimento e estratégias de promoção à saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 05, n. 03, p.2220-29, 2014.

CAMPOS, A.S.; PIERANTONI, C.R. Violence in the health care workplace: a theme for international cooperation in human resources in the health sector. **Rev Eletrônica Com Inffinov Saúde (online)**, v. 4, n. 1, 79-85 p., 2010. Disponível em: <<http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/download/349/506>>. Acesso em: 10 Fev. 2016.

CEZAR, E.S.; MARZIALE, M.H.P. Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da Cidade de Londrina, Paraná, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 22, n. 1, 217-21 p., 2006.

CORDENUZZI, O.C.P. **Violência no trabalho da enfermagem em um serviço de hemodiálise. Santa Maria, RS** [dissertação]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, 2011.

CRESWELL, J.W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e mistos**. 3ªed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

CRESWELL, J.W. **Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research**. 3rd ed. Upper Saddle River: 2008.

DAL PAI, D. **Violência no trabalho em pronto socorro: implicações para a saúde mental dos trabalhadores** [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011. 216 p.

DAL PAI, D.; et.al. Violência, burnout e transtornos psíquicos menores no trabalho hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.49, n. 3, p. 460-468, 2015.

DAL PAI, D.; STURBELLE, I.C.S.; SANTOS, C.; TAVARES, J.P.; LAUTERT, L. Violência física e psicológica perpetrada no trabalho em saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 27, n. 1, 2018.

DEJOURS, C. **Psicodinâmica do trabalho: casos clínicos**. Porto Alegre: Dublinense: 2017.

DI MARTINO, V. **Workplace violence in the health sector – country case studies (Brazil, Bulgarian, Lebanon, Portugal, South África, Thailand, and an additional Australian study)**. [internet]. 2003. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVsynthesisreport.pdf>. Acesso em: 23 Mar 2016.

- DUARTE, M.L.C.; AVELHANEDA, J.C.; PARCIANELLO, R.R. A saúde do trabalhador na estratégia de saúde da família: percepções da equipe de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 323-330, 2013.
- EDWARD, K.L.; OUSEY, K.; WARELOW, P.; LUI, S. Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. **Br J Nurs**, v.23, n. 12, 653-4 p., 2014.
- EL-GILANY, A.H.; EL-WEHADY, A.; AMR, M. Violence against primary health care workers in Al-Hassa, Saudi Arabia. **Journal of Interpersonal Violence**, v.25, 716-734 p., 2010.
- FARIA, H.P.; WERNECK, M.A.F.; SANTOS, M.A.; TEIXEIRA, P.F. **Processo de Trabalho em Saúde**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 224 p.
- FARIAS, A.; SANCHEZ, J.; ACEVEDO, G. La violencia ocupacional en Centros de Atención Primaria de la Salud. **Revista de Salud Pública**, v. XVI, n. 1, 18-26 p., 2012.
- FARRELL, G.A.; SHAFIEI, T.; CHAN, S.P. Patient and visitor assault on nurses and midwives: An exploratory study of employer 'protective' factors. **J Psychiatr Ment Health Nurs(online)**, v. 23, n. 1, 88-96 p., 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23279321>>. Acesso em: 21 Mar. 2016.
- FISEKOVIC, M.B.; TRAJKOVIC, G.Z.; BJEGOVIC-MIKANOVIC, V.M.; TERZIC-SUPIC, Z.J. Does workplace violence exist in primary health care? Evidence from Serbia. **European Journal of Public Health**, v. 25, n. 4, 693-98, 2015.
- FONSECA, A.P.L.A. **Saúde do trabalhador: a violência sofrida pelo profissional de enfermagem em emergência hospitalar [dissertação]**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2012. 117f.
- FONTANELLA, B.J.B.; LUCHESI, B.M.; SAIDE, M.G.; RICAS J.; TURATO, E.R.; MELO, D.G. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad Saude Publica**, v.27, n. 2, p. 388-94, 2011.
- FONTES, K. B.; SANTANA, R.G.; PELLOSO, S.M.; CARVALHO, M.D.B. Fatores associados ao assédio moral no ambiente laboral do enfermeiro. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.21, n.3, p.758-764, 2013.
- GARCIA, S.D.; et al. Gestão de material médico-hospitalar e o processo de trabalho em um hospital público. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.65, n.2, p.339-46, 2012.
- GASCÓN, S.; LEITER, M. P.; ANDRÉS, E.; SANTED, M. A.; PEREIRA, J. P.; CUNHA, M. J.; ALBESA, A.; MONTERO-MARÍN, J.; GARCÍA-CAMPAYO, J.; MARTÍNEZ-JARRETA, B. The role of aggression suffered by health care workers as predictors of burnout. **Journal of Clinical Nursing**, v. 22, 3120-29 p., 2013.
- GATES, D.M.; GILLESPIE, G.L.; SUCCOP, P. Violence against nurses and its impact on stress and productivity. **Nurs Econ**, v.29, n. 2, 59-66 p., 2011.
- GIGNON, M.; VERHEYE, J.C.; MANAOUIL, C.; AMMIRATI, C.; TURBAN-CASTEL, E.; GANRY, O. Fighting violence against health workers: a way to improve quality of care? **Workplace health & safety**, v. 62, n. 6, 2014.
- GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2010. 5ª Ed. 184 p.

- GILLESPIE, G.L.; GATES, D.M.; BERRY, P. Stressful Incidents of Physical Violence Against Emergency Nurses. **J Issues in Nurs** (online), v. 18, n. 1, 2 p., 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23452198>>. Acesso em: 29 Jan. 2016.
- GOMES, P.I.J. **Território, criminalidade e tráfico de drogas ilícitas em Montes Claros/MG** [Tese de doutorado]. Universidade Federal de Uberlândia/MG, 2016.
- HAHN, S.; HANTIKAINEN, V.; NEEDHAM, I.; KOK, G.; DASSEN, T.; HALFENS, R.J.G. Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey. **J Adv Nurs**, v.68, n. 12, 2685-99 p., 2012.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=431490>>. Acesso em: 14 de Mar. 2017.
- JACKSON, M.; ASHLEY, D. Physical and psychological violence in Jamaica's health sector. **Rev Panam Salud Publica**, v.18, n.2, 114-21p, 2005.
- JARADAT, Y.; NIELSEN M.B.; KRISTENSEN, P.; NIJEM, K.; BJERTNESS, E.; STIGUM, H.; BAST-PETTERSEN, R. Workplace aggression, psychological distress, and job satisfaction among Palestinian nurses: A cross-sectional study. **Applied Nursing Research**, n. 32, p. 190–198, 2016.
- KESSLER, A.I.; KRUG, S.B.F. Do prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem: o discurso dos trabalhadores. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 49-55, 2012.
- KHOSHKNAB, M.F.; OSKOUIE, F.; NAJAFI, F.; GHAZANFARI, N.; TAMIZI, Z.; AHMADVAND, H. Psychological Violence in the Health Care Settings in Iran: A Cross-Sectional Study. **Nurs Midwifery Stud** (online), v. 4, n. 1, 1-6 p., 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4377529/>>. Acesso em: 01 Fev. 2016.
- KRUG, E.G.; DAHLBERG, L.L.; MERCY, J.A.; ZWI, A.B.; LOZANO, R. **Informe mundial sobre la violencia y la salud**. OMS: 2002.
- KRUG, S.B.F.; SANTOS, A.C.; DUTRA, B.D.; BENDER, K.G.; SEHNEM, L.; ALVES, L.M.S.; et al. . Sofrimento e adoecimento no trabalho de agentes comunitários de saúde: um estudo em estratégias de saúde da família. **Revista UNIABEU**, Belford Roxo:v.8,n. 20, 2015.
- LIMA, L.; PIRES, D.E.P.; FORTE, E.C.N.; MEDEIROS, F. Satisfação e insatisfação no trabalho na atenção básica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 1, 2014.
- LINDNER, T.; JOACHIM, R.; BIEBERSTEIN, S.; SCHIFFER, H.; MÖCKEL, M.; SEARLE, J. Aggressives und herausforderndes Verhalten gegenüber dem Klinikpersonal Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung in den Notfallbereichen der Charité – Universitätsmedizin Berlin. **Notfall Rettungsmed**, v.18, p. 195–200, 2015.
- LOPES, D.M.Q.; BECK, C.L.C.; PRESTES, F.C.; WEILLER, T.H.; COLOMÉ, J.S.; SILVA, G.M. Agentes comunitários de saúde e as vivências de prazer-sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo: v. 46, n. 3, 633-40 p., 2012.
- MACIEL, R.H.M.O.; SANTOS, J.B.F.; RODRIGUES, R.L. Condições de trabalho dos trabalhadores da saúde: um enfoque sobre os técnicos e auxiliares de nível médio. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo: v. 40, n. 131, 75-87 p., 2015.

MAGNAVITA, M.; HEPONIEMI, T. Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study. **BMC Health Services Research**, v. 12, n. 108, 2012.

MAISSIAT, G.S.; LAUTERT, L.; DAL PAID.; TAVARES, J.P. Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica em saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, v.36, n.2, 42-9 p., 2015.

MASSON, N.; FALCÃO, A.; VELO M.M.A.C.; PEREIRA, A.C. Acolhimento e vínculo: tecnologia relacionais na produção da saúde. **Rev. Bras. Pasq. Saúde**, v. 17, n. 2, p. 103-10, 2015.

MEDEIROS, P.A.; SILVA, L.C.; AMARANTE, I.M.; et. al. Condições de saúde entre Profissionais da Atenção Básica em Saúde do Município de Santa Maria – RS. **R Bras Ci Saúde**, v.20, n. 2, 115-22 p., 2016.

MELO, S.M.; CECÍLIO, S.C.O.; ANDREAZZA, R. Nem sempre sim, nem sempre não: os encontros entre trabalhadores e usuários em uma unidade de saúde. **Saúde e debate**, Rio de Janeiro: v.41, n. 112, p. 195–207, 2017.

MINAYO, M.C.S. (org). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2011. 108p.

MORENO-JIMÉNEZ, M.A.; VICO-RAMÍREZ, F.; ZEROLO-ANDREY, F.J.; LÓPEZ-RODRÍGUEZ, A.; HERRERA-SERENA, P.; MATEIDOS-SALIDO, M.J. Análisis de la violencia del paciente em atención primaria. **Atención Primaria**, v. 36, 152-158 p., 2005.

MOURA, E.L.; SANTOS, R.S.; ROCHA, S.S. Evidências sobre acolhimento e vínculo de enfermeiros da estratégia de saúde da família junto aos adolescentes. **Rev. Saúde em Foco**, Teresina: v. 2, n. 2, p. 62-79, 2015.

MUÑOZ, I.G.; ESTEBAN, B.L.; HERNÁNDEZ, J. Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería em los servicios de urgências hospitalarios. Factores de riesgo y consecuencias. **Emergencias** (online), v. 26, 163-70 p., 2014. Disponível em: <http://emergencias.portalsemes.org/descargar/violencia-de-los-usuarios-hacia-el-personal-de-enfermeria-en-los-servicios-de-urgencias-hospitalarios-factores-de-riesgo-y-consecuencias/force_download/>. Acesso em: 06 Mar. 2016.

NETO, F.R.G.X.; FERREIRA, G.B.; XIMENES, M.R.G.; BASTOS, E.B.; COSTA, S.S. NEGREIROS, J.A. Necessidades de qualificação, dificuldades e facilidades dos técnicos de enfermagem na estratégia saúde da família. **SANARE**, Sobral: v.15 n.01, p.47-54, 2016.

OCCUPATIONAL SAFETY E HEALTH ADMINISTRATION (OSHA). **Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers**. United States of América, 2015.

OGUNDIPE, K.O.; ETONYEAKU, A.C.; ADIGUN, I.; OJO, E.O.; ALADESANMI, T.; TAIWO, J.O. et.al. Violence in the emergency department: a multicentre survey of nurses perceptions in Nigeria. **Emerg Med J** (online), v. 30, n. 9, 758-62 p., 2013. Disponível em: <http://injury prevention.bmj.com/content/16/Suppl_1/A26.1>. Acesso em: 21 Mar. 2016.

OLIVEIRA, C.M.; FONTANA, R.T. Violência psicológica: um fator de risco e de desumanização ao trabalho da enfermagem. **Cienc Cuid Saude**, v.11, n. 2, p. 243-49, 2012.

OLIVEIRA,R.G.; SANTOS, E.O.; FERRAZ, C.A.A.; LAVOR, E.M.; NUNES, L.M.N. Condições de trabalho das Equipes de Saúde da Família do município de Petrolina-PE. **O Mundo da Saúde**, São Paulo: v. 37, n. 4, 433-38 p., 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**. 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>>. Acesso em: 01 out.16.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais**. OMS; tradução do Serviço Social da Indústria. Brasília: 2010. 26 p. : il.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT). Consejo internacional de enfermeiras (CIE). Organización Mundial de la Salud (OMS). Internacional de Servicios Públicos (ISP). **Programa conjunto sobre la violencia laboral em el sector de la salud. Directrices marco para afrontar la violencia laboral em el sector de la salud**. Ginebra. [internet]. 2002. Disponível em: <http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/--sector/documents/publication/wcms_160911.pdf>. Acesso em: 21 Out. 2016.

ORGANIZACION INTERNACIONAL DEL TRABAJO. **Reunión de expertos para elaborar un repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia y el estrés nel trabajo en o sector de los servicios: una amenaza para laproductividade y eltrabajo decente**. Ginebra: OIT; 2003.

PAIM, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Series Saúde no Brasil**, n. 1. 2011. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf>. Acesso em: 01 out.16.

PAIM, J.S. **Modelos de atenção à saúde no Brasil**. In: Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2012.

PALACIOS, M. Relatório preliminar de pesquisa. **Violência no trabalho no setor saúde – Rio de Janeiro**. Universidade Federal do Rio de Janeiro [internet], 2002. Disponível em: <http://www.assediomoral.org/IMG/pdf/pesquisa_sobre_Violencia_no_trabalho_Universidad_e_Federal_RJ.pdf>. Acesso em: 03 Set. 2016.

PICH, J.; HAZELTON, M.; KABLE, A. Violent be haviour from young adults and the parents of pediatric patients in the emergency department. **International Emergency Nursing** (online), v. 21, 157-62 p., 2012. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1755599X12000997>>. Acesso em: 02 Fev. 2016.

POLARO, S. H. I.; GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. Enfermeiras desafiando a violência no âmbito de atuação da Estratégia de Saúde da Família. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.22, n.4, p.935-42, 2013.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670p

POMPEII, L.; DEMENT, J.; SCHOENFISCH, A.; LAVERY, A.; SOUDER,M.; SMITH,C., et.al. Perpetrator, worker and workplace characteristics associated with patient and visitor perpetrated violence (Type II) on hospital workers: A review of the literature and existing

occupational injury data. **J Safety Res** (online), v. 44, 57-64 p., 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23398706>>. Acesso em: 31 Jan. 2016.

POURSHAIKHIAN, M.; GORJI, H.A.; ARYANKHESAL, A.; KHORASANI-ZAVAREH, D.; BARATI, A. A Systematic Literature Review: Workplace Violence Against Emergency Medical Services Personnel. **Arch Trauma Res.**, v. 5, n. 1, 2016.

PREFEITURA DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Estrutura**. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=808>. Acesso em: 14 de março de 2017.

RINCÓN-DEL TORO, T.; VILLANUEVA-GUERRA, A.; RODRIGUEZ-BARRIENTOS, R.; POLENTINOS-CASTRO, E.; et.al. Agressions towards Primary Health Care workers Madrid, Spain, 2011-2012. **Rev Esp Salud Publica**, v.90, 2016.

RODRIGUES, C.R.F. **Do programa de saúde de família à estratégia saúde da família**. In: SUS: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011. 115-134p.

RODRIGUES, L.M.C.; SILVA, C.C.S.; SILVA, V.K.B.A.; MARTINIANO, C.S.; et. al. Riscos Ocupacionais: percepção dos profissionais de enfermagem da estratégia de saúde da família em João Pessoa – PB. **R Bras Ci Saúde**, v.16, n.2, 325-32 p., 2012.

RODRIGUES, P.F.; REICHERT, A.P.S.; COLLET, N.; ALBUQUERQUE, T.M. **Formação de vínculo na consulta de enfermagem à criança menor de dois anos**. 4º Congresso Ibero-Americano em investigação qualitativa, v. 1, 2015.

RUIZ-HERNÁNDEZ, J.A.; LÓPEZ-GARCÍA, C.; LLOR-ESTEBAN, B.; GALIÁN-MUÑOZ, I. Benavente-Reche AP. Evaluation of the users violence in primary health care: Adaptation of na instrument. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, v. 16, 295-305 p., 2016.

SAMPAIO, D.M.N.; VILELA, A.B.A.; SIMÕES, A.V. Representações sociais e prática do enfermeiro: limites, avanços e perspectivas. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n.4, p. 481-487, 2012.

SANTOS, A.M.R.; SOARES, J.C.N.; NOGUEIRA, L.F.; et al. Institutional violence: routine experiences of the nursing team. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 1, 84-90 p., 2011.

SANTOS, D.S.; MISHIMA, S.M.; MERHY, E.E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 861-870, 2018.

SANTOS, M. S.; SILVA, J. G.; BRANCO, J. G. O. Desafios para enfrentamento à violência. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v.30, n.2, p.229-238, 2017.

SCHRADER, G.; PALAGI, S.; PADILHA, M.A.S.; NOGUEZ, P.T.; THOFEHRN, M.B.; DAL PAI, D. Trabalho na Unidade Básica de Saúde: implicações para a qualidade de vida dos enfermeiros. **Rev Bras Enferm**, Brasília: v.65, n. 2, 222-8 p., 2012.

SILVA, A.T.C.; PERES, M.F.T.; LOPES, C.S.; SCHRAIBER, L.B.; SUSSER, E.; MENEZES, P.R. Violence at work and depressive symptoms in primary health care teams: a cross-sectional study in Brazil. **Soc Psychiatry Epidemiol**, v.50, 1347–55 p., 2015.

- SILVA, C.C.S.; RODRIGUES, L.M.C.; SILVA, V.K.B.A.; SILVA, A.C.O.; SILVA, V.L.A.; MARTINS, M.O. Percepção da enfermagem sobre condições de trabalho em unidades de saúde da família na Paraíba – Brasil. **Rev. Eletr. Enf.** (online), v. 15, n. 1, 205-14 p., 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.15074>>. Acesso em: 13 Nov 2016.
- SILVA, N.R. Fatores determinantes da carga de trabalho em uma unidade básica de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 8, 3393-3402 p., 2011.
- SILVA, I.V.; AQUINO, E.M.L.; PINTO, I.C.M. Violência no trabalho em saúde: a experiência de servidores estaduais da saúde no Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v.30, n. 10, p. 2112-2122, 2014.
- SOUZA, A.A.M.; COSTA, W.A.; GURGEL, A.K.C. Aspectos relacionados à ocorrência de violência ocupacional nos setores de urgência de um hospital. **Rev Pesqui Cuid Fundam** (online), v. 6, n. 2, 637-50 p., 2014. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3158/pdf_1256>. Acesso em: 03 Mar. 2016.
- SOUZA, L. J. R.; FREITAS, M. C. S. O Agente Comunitário de Saúde: violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.35, n.1, p.96-109, 2011.
- SOUZA, M.G.; MANDU, E.N.T.; ELIAS, A.N. Percepções de enfermeiros sobre seu trabalho na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis: v. 22, n. 3, p. 772-779, 2013.
- SPECTOR, P.E.; ZHOU, Z.E.; CHE, X.X. Nurse exposure to physical and non physical violence, bullying, and sexual harassment: a quantitative review. **Int J Nurs Stud**, v. 51, n. 1, 72-84 p., 2014.
- SPERONI, K.G.; FITCH, T.; DAWSON, E.; DUGAN, L.; ATHERTON, M. Incidence and cost of nurse workplace violence perpetrated by hospital patients or patient visitors. **J Emerg Nurs** (online), v. 40, n. 3, 218-28 p., 2014. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S009917671300216X>>. Acesso em: 26Jan. 2016.
- STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília, 2002. 726p.
- TRAD, L.A.B.; ROCHA, A.A.R.M. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, 1969-80 p., 2011.
- TRINDADE, L.L.; PIRES, D.E.P. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis: v. 22, n. 1, 36-42 p., 2013.
- VASCONCELLOS, I.R.R.; GRIEP, R.H.; LISBOA, M.T.L.; ROTENBERG, L. Violence in daily hospital nursing work. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n.esp. 2, 40-7 p., 2012.
- VASCONCELLOS, I.R.R.; ABREU, A.M.M.; MAIA, E.L. Violência Ocupacional Sofrida Pelos Profissionais de Enfermagem do Serviço de Pronto Atendimento Hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.33, n. 2, p. 167-175, 2012.

VIANA, V.C.A.; SANTOS, F.P.A; NERY, A.A.; OLIVEIRA, J.S.; ALMEIDA, C.L.S.
Condições de trabalho dos enfermeiros na estratégia de saúde da família: revisão integrativa.
Rev enferm UFPE (online), Recife: v.10, n.7, p. 2696-707, 2016.

WOLF, L.A.; DELAO, A.M.; PERHATS, C. Nothing Changes, Nobody Cares:
Understanding the Experience of Emergency Nurses Physically or Verbally Assaulted While
Providing Care. **J Emerg Nurs** (online), v. 40, n. 4, 305-10 p., 2014. Disponível em:
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24439244>>. Acesso em: 14 Mar. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro para entrevista semiestruturada

1. O seu trabalho propicia situações de violência? De que forma?
2. Relate como aconteceu a(s) situação(s) de violência que você vivenciou.
3. Quais os problemas que você vivenciou após a(s) situação(ões) de violência que você experimentou?
4. As condições de trabalho da USF que você trabalha, contribuem para as situações de violência no trabalho? Como?
5. A organização do trabalho da USF que você trabalha, contribui para as situações de violência no trabalho? Como?
6. As situações de violência no seu local de trabalho poderiam ser evitadas? De que forma?
7. Quais medidas institucionais poderiam ser utilizadas para prevenir estas situações?

APÊNDICE B**Carta ao Comitê de Ética****UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

PESQUISA: “VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIAE AS SUAS INTERFACES COM AS CONDIÇÕES E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO”

Porto Alegre, ____ de _____ de 2017.

Pesquisador Responsável: Prof^ª. Dra. Daiane Dal Pai

Aos

Ilustríssimos membros do Comitê de Ética

Encaminho a V.S.^a

O projeto de pesquisa para análise e apreciação deste no Comitê de Ética em Pesquisa, intitulada “**VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIAE AS SUAS INTERFACES COM AS CONDIÇÕES E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO**”, que pretende analisar a exposição dos trabalhadores de saúde à violência laboral nas USF e as suas interfaces com as condições e a organização do trabalho.

Ressalto que o desenvolvimento do estudo será regido pelo compromisso ético das autoras, contido na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde que trata dos aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos.

Aguardo o parecer e coloco-me a disposição.

Atenciosamente,

Prof^ª . Dra. Daiane Dal Pai

APÊNDICE C–Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: Violência no trabalho em unidades de saúde da famíliae as suas interfaces com as condições e a organização do trabalho

Pesquisadora Responsável (orientadora): Prof^a. Dra. Daiane Dal PaiTel: (51) 98412.4620

E-mail: daiane.dalpai@gmail.com

Pesquisadora Assistente: Isabel Cristina S. Sturbelle Tel.: (51) 991436825

E-mail: saboia.isabel@gmail.com

Prezado (a) estamos desenvolvendo a presente pesquisa intitulada “**VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIAE AS SUAS INTERFACES COM AS CONDIÇÕES E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO**”, que pretende analisar a exposição dos trabalhadores de saúde à violência laboral nas USF e as suas interfaces com as condições e a organização do trabalho. Para tanto gostaríamos de convidá-lo (a) a participar, respondendo ao Questionário de Pesquisa Violência no Trabalho no Setor Saúde. Depois de responder a esse questionário você poderá ser convidado a responder a uma entrevista semiestruturada, podendo relatar a sua experiência com a temática do estudo. A coleta de dados será realizada em local e horário indicados pelo participante, de acordo com a sua disponibilidade e terá uma duração mínima estimada de trinta minutos e máxima de uma hora, sendo coletados pela mestranda Isabel Cristina S. Sturbelle e/ou assistentes de pesquisa, sob orientação da Prof^a. Dra. Daiane Dal Pai.

A sua participação não gera custo e possui riscos mínimos, pois durante o preenchimento do questionário poderão surgir sentimentos desconfortáveis pela lembrança de situação negativa, mas com o benefício do espaço para escuta e acolhimento, a fim de que os resultados da pesquisa permitam identificar e mensurar a violência no trabalho, possibilitando avanços quanto a sua prevenção e à promoção da saúde no ambiente de trabalho. Possíveis constrangimentos poderão ser minimizados pela explicitação dos objetivos e benefícios do estudo e pela garantia de anonimato. A qualquer momento você poderá retirar seu consentimento, retirando-se assim da pesquisa sem prejuízos de qualquer ordem.

Dúvidas poderão ser esclarecidas a quaisquer momentos, inclusive após o preenchimento dos questionários, junto às pesquisadoras ou aos Comitês de Ética em Pesquisa*. Os dados serão utilizados para produções científicas, garantindo o anonimato dos participantes. Os preceitos éticos e legais serão respeitados durante todo o processo da pesquisa.

Pelo presente consentimento informado, elaborado em duas vias ficando uma comigo (participante da pesquisa) e outra com a pesquisadora, declaro que fui esclarecido (a), de forma clara, detalhada e livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, riscos e benefícios da presente pesquisa.

Eu, _____,
aceito participar da pesquisa.

Porto Alegre, _____ de _____ de 2017.

Participante da Pesquisa

Mda. Isabel C. Saboia Sturbelle

Prof. Dra. Daiane Dal Pai

*Contatos Comitês de Ética em Pesquisa:

UFRGS – Telefone: (51) 33083738, Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro

Secretária Municipal de Saúde – Telefone: (51) 32895517, Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 – 7º andar - Centro Histórico.

ANEXOS

ANEXO A – Carta de anuência da SMS/POA



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO
ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA

Eu, Thiago Frank, matrícula 592629-2, coordenador

- Coordenadoria Geral de Atenção Primária
- Coordenadoria Geral de Atenção Especializada Ambulatorial (CGAEA)
- Coordenadoria da Rede de Urgências e Emergências
- Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS)
- Coordenadoria de Regulação de Serviços em Saúde (GRSS)
- Comissão Multiprofissional de Ensino-Serviço e Pesquisa (COMESP) do Hospital de Pronto Socorro
- Assessoria de Planejamento (ASSEPLA)
- Outra área/secretaria: _____

conheço o Protocolo de Pesquisa intitulado **VIOÊNCIA NO TRABALHO EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E AS SUAS INTERFACES COM AS CONDIÇÕES E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO**, tendo como Pesquisador Responsável a Professora Doutora Daiane Dal Pai.

Declaro estar ciente do projeto e autorizo, após o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, a realização desta pesquisa.

Porto Alegre, 05/04/2017.

Thiago Frank
 Matrícula: 592629-2
 CRMRS 30854
 Coordenador de Atenção Primária
 SMS - PMPA

 Assinatura e carimbo

Obs.: Este documento não autoriza o início da pesquisa, sendo apenas um requisito exigido pelo Comitê de Ética da SMSPA para análise do projeto de pesquisa. Sua finalidade é atestar que a Coordenação da área tem ciência e autoriza a realiza do projeto de pesquisa, quando forem cumpridas as instâncias de avaliação ética.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – CEP SMSPA
 Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar – CEP 90.010-040
 ☎ 3289.5517 ✉ cep-sms@sms.prefpoa.com.br; cep_sms@hotmail.com

TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO – CEP SMSPA

ANEXO B – Aprovação CEP Prefeitura de Porto Alegre



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E AS SUAS INTERFACES COM AS CONDIÇÕES E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Pesquisador: Daiane Dal Pai

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67577517.6.3001.5338

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.128.825

Apresentação do Projeto:

O objetivo desse trabalho é analisar a exposição dos trabalhadores de saúde à violência laboral nas USF e as suas interfaces com as condições e a organização do trabalho. Trata-se de uma pesquisa com abordagem mista que utilizará a estratégia aninhada concomitante. O estudo realizar-se-á em USF localizadas em uma capital da região sul do Brasil. Serão convidados a participar do estudo todos os profissionais que compõem a equipe mínima de saúde da família: médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (n=170). Serão incluídos os trabalhadores que atuam na USF há pelo menos 12 meses, e serão excluídos profissionais afastados, de licença ou de férias. Os dados quantitativos serão coletados pelo Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector e os dados qualitativos por meio de entrevista semiestruturada. Os dados quantitativos serão submetidos à análise descritiva, sendo apresentadas as variáveis categóricas por meio de frequências absolutas e proporções, ao passo que as variáveis quantitativa serão descritas por meio de medidas de tendência central e dispersão: média, desvio padrão, mediana e intervalos interquartílicos. Os dados oriundos das entrevistas semiestruturadas serão transcritos e submetidas à análise do tipo temática, segundo Minayo. Este estudo respeitará a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar

Bairro: Centro Histórico

CEP: 90.010-040

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3289-5517

Fax: (51)3289-2453

E-mail: cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.128.825

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a exposição dos trabalhadores de saúde à violência laboral nas USF e as suas interfaces com as condições e organização do trabalho.

Objetivo Secundário:

- Identificar a prevalência de violência no trabalho nas USF.
- Caracterizar os tipos de violência, as vítimas e os perpetradores da violência no trabalho nas USF.
- Descrever os problemas vivenciados pelas vítimas da violência no trabalho nas USF.
- Conhecer as implicações das condições e da organização do trabalho nas USF nas experiências de violência laboral.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo não possui riscos físicos aos participantes, porém possui riscos mínimos, pois durante o preenchimento do questionário poderão surgir sentimentos desconfortáveis pela lembrança de situação negativa.

Benefícios:

Construção de um espaço para escuta e acolhimento, a fim de que os resultados da pesquisa permitam identificar e mensurar a violência no trabalho, possibilitando avanços quanto a sua prevenção e à promoção da saúde no ambiente de trabalho.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisador responsável: Daiane Dal Pai

Pesquisador assistente: Isabel Cristina Saboia Sturbelle

Instituição: UFRGS

Curso: enfermagem

Tipo de estudo: mestrado

TCLE: sim

Local de realização: USFs Glória/Cruzeiro/Cristal

Data de início: 01/06/2017

Data de término: 28/02/2018

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar

Bairro: Centro Histórico

CEP: 90.010-040

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3289-5517

Fax: (51)3289-2453

E-mail: cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.128.825

Termos obrigatórios apresentados.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer de aprovação do CEP SMSPA deverá ser apresentado à Coordenação responsável, a fim de organizar a inserção da pesquisa no serviço, antes do início da mesma.

Apresentar relatórios semestrais do CEP SMSPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_902819.pdf	13/05/2017 18:12:44		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_versaoTCLerevisado.pdf	13/05/2017 18:11:55	Daiane Dal Pai	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_revisado.pdf	13/05/2017 18:11:10	Daiane Dal Pai	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_902819.pdf	25/04/2017 23:55:40		Aceito
Orçamento	RECURSOS.pdf	25/04/2017 23:53:30	Daiane Dal Pai	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	25/04/2017 23:53:02	Daiane Dal Pai	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	25/04/2017 23:52:46	Daiane Dal Pai	Aceito
Outros	carta_gerencia.pdf	25/04/2017 23:52:27	Daiane Dal Pai	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autoriza_gestaoABS.pdf	25/04/2017 23:50:44	Daiane Dal Pai	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_completo.pdf	25/04/2017 23:48:08	Daiane Dal Pai	Aceito

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar

Bairro: Centro Histórico

CEP: 90.010-040

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3289-5517

Fax: (51)3289-2453

E-mail: cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.128.825

Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	25/04/2017 23:47:17	Daiane Dal Pai	Aceito
----------------	--------------------	------------------------	----------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 21 de Junho de 2017

Assinado por:
Thaís Schossler
(Coordenador)

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com

ANEXO C – Aprovação CEP/UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E AS SUAS INTERFACES COM AS CONDIÇÕES E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Pesquisador: Daiane Dal Pai

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67577517.6.0000.5347

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.081.737

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFRGS, de autoria de ISABEL CRISTINA SABOIA STURBELLE, orientado pela Profa. Dra. Daiane Dal Pai.

O objetivo do trabalho é analisar a exposição dos trabalhadores de saúde à violência laboral nas USF e as suas interfaces com as condições e a organização do trabalho.

Pesquisa com abordagem mista que utilizará a estratégia aninhada concomitante. O estudo realizar-se-á em USF localizadas em uma capital da região sul do Brasil. Serão convidados a participar do estudo todos os profissionais que compõem a equipe mínima de saúde da família: médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (n=170).

Serão incluídos os trabalhadores que atuam na USF há pelo menos 12 meses, e serão excluídos profissionais afastados, de licença ou de férias.

A coleta dos dados será realizada em duas etapas, podendo estas ser desenvolvidas no mesmo

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO



Continuação do Parecer: 2.081.737

encontro com o profissional, sendo que a primeira etapa constará na aplicação de um questionário com toda a população do estudo e, após identificação dos melhores informantes, alguns profissionais serão convidados a responder uma entrevista semiestruturada.

Os dados quantitativos serão coletados pelo Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector e os dados qualitativos por meio de entrevista semiestruturada.

Os dados quantitativos serão submetidos à análise descritiva, sendo apresentadas as variáveis categóricas por meio de frequências absolutas e proporções, ao passo que as variáveis quantitativa serão descritas por meio de medidas de tendência central e dispersão: média, desvio padrão, mediana e intervalos interquartílicos.

Os dados oriundos das entrevistas semiestruturadas serão transcritos e submetidas à análise do tipo temática, segundo Minayo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a exposição dos trabalhadores de saúde à violência laboral nas USF e as suas interfaces com as condições e organização do trabalho.

Objetivo Secundário:

- Identificar a prevalência de violência no trabalho nas USF.- Caracterizar os tipos de violência, as vítimas e os perpetradores da violência no trabalho nas USF.
- Descrever os problemas vivenciados pelas vítimas da violência no trabalho nas USF.
- Conhecer as implicações das condições e da organização do trabalho nas USF nas experiências de violência laboral.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios estão adequadamente descritos.

Riscos:

O estudo não possui riscos físicos aos participantes, porém possui riscos mínimos, pois durante o preenchimento do questionário poderão surgir sentimentos desconfortáveis pela lembrança de situação negativa.

Benefícios:

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO



Continuação do Parecer: 2.081.737

Construção de um espaço para escuta e acolhimento, a fim de que os resultados da pesquisa permitam identificar e mensurar a violência no trabalho, possibilitando avanços quanto a sua prevenção e à promoção da saúde no ambiente de trabalho.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está adequado e apresenta todos os elementos necessários para sua compreensão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes termos:

- TCLE;
- Folha de rosto devidamente assinada;
- Carta de autorização da Gerente Distrital onde será realizada a pesquisa;
- Termo de autorização e ciência da Coordenadoria Geral de Atenção Primária da SMS/Porto Alegre (documento padrão).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pendência indicada, no Parecer Consubstanciado emitido em 11/05/2017 pelo CEP/UFRGS, foi devidamente atendida, qual seja: "incluir, no TCLE, os dados do CEP da UFRGS e da SMS (instituição coparticipante)".

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_902819.pdf	13/05/2017 18:12:44		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_versaoTCLErevisado.pdf	13/05/2017 18:11:55	Daiane Dal Pai	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_revisado.pdf	13/05/2017 18:11:10	Daiane Dal Pai	Aceito
Orçamento	RECURSOS.pdf	25/04/2017 23:53:30	Daiane Dal Pai	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	25/04/2017 23:53:02	Daiane Dal Pai	Aceito
Outros	carta_gerencia.pdf	25/04/2017	Daiane Dal Pai	Aceito

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro

Bairro: Farroupilha

CEP: 90.040-060

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3308-3738

Fax: (51)3308-4085

E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO



Continuação do Parecer: 2.081.737

Outros	carta_gerencia.pdf	23:52:27	Daiane Dal Pai	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autoriza_gestaoABS.pdf	25/04/2017 23:50:44	Daiane Dal Pai	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	25/04/2017 23:47:17	Daiane Dal Pai	Aceito

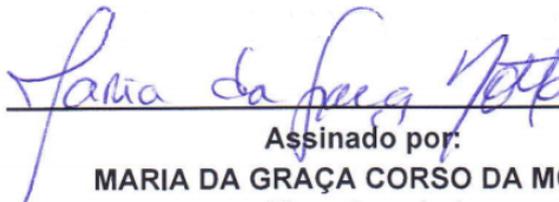
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 25 de Maio de 2017


 Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
 (Coordenador)

ANEXO D – Instrumento de pesquisa

A seguir apresenta-se o Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector que será utilizado para coleta dos dados quantitativos da pesquisa “VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIAE AS SUAS INTERFACES COM AS CONDIÇÕES E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO”

Nº _____ DATA: ____/____/____

A. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS ENTREVISTADOS

A.1	Sexo:	(1) Feminino(2) Masculino
A.2	Data de Nascimento:	____/____/____
A.3	Cor da Pele:	(1) Negra (2) Parda (3) Branca (4) Outra
A.4	Escolaridade (em anos de estudo completos e aprovados):	_____ anos
A.5	Situação conjugal:	(1) Solteiro (a), viúvo (a) ou sem companheiro (a) (2) Casado (a) ou com companheiro (a)
A.6	Número de filhos:	_____
A.7	Tabagista:	(1) Sim (2) Não
A.8	Nº médio de horas de sono em 24 horas:	_____
A.9	Quantas vezes na semana você faz uso de alguma bebida alcoólica?	_____ vezes
A.10	Você faz uso de alguma medicação?	(1) Sim _____ (2) Não
	Com prescrição médica?	(1) Sim (2) Não
A.11	Você convive com alguma doença (HAS, DM, Asma, Depressão, etc)?	_____

B. CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS DOS ENTREVISTADOS

B.1	Categoria profissional:	(1) Médico (2) Enfermeiro (3) Técnico/Aux. enfermagem (4) ACS
B.2	Você possui algum cargo de chefia, coordenação ou supervisão?	(1) Sim (2) Não
B.3	Anos de experiência na área da saúde:	_____ Ano(s)
B.4	Tempo de experiência nesta USF (em anos):	_____ Ano(s)
B.5	Vínculo empregatício:	(1) CLT (2) Estatutário
B.6	Carga horária de trabalho semanal:	_____ Horas
B.7	Trabalha em outra instituição?	(1) Sim _____ Horas semanais. Turno: (M)(T) (N) (2) Não
B.8	Qual seu turno de trabalho nesta USF?	(1) Manhã(2) Tarde (3) Noite
B.9	Quantos profissionais costumam trabalhar com você?	_____ profissionais
B.10	Como você avalia as condições de trabalho nas suas atividades na USF?	Péssimas (1)---(2)---(3)---(4)---(5) Excelentes
B.11	Como você avalia a organização do trabalho na USF?	Péssimas (1)---(2)---(3)---(4)---(5) Excelentes
B.12	Você está satisfeito com o seu local de trabalho?	Pouco satisfeito (1)---(2)---(3)---(4)---(5) Muito Satisfeito
B.13	Você se sente reconhecido pelo trabalho que realiza?	Nem um pouco (1)---(2)---(3)---(4)---(5) Muito
B.14	Como você avalia seus relacionamentos interpessoais no seu local de trabalho?	Pouco satisfeito (1)---(2)---(3)---(4)---(5) Muito Satisfeito
B.15	Como você avalia seu relacionamento socioprofissional, com sua chefia/ coordenador no seu local de trabalho?	Pouco satisfeito (1)---(2)---(3)---(4)---(5) Muito Satisfeito
B.16	Quantas vezes você sofreu acidente(s) no trabalho ou no deslocamento para o trabalho?	_____ Tipos: (1) Biológico(2) Químico (3) Físico (4) Ergonômico (5) Trajeto
B.17	Quantos dias você precisou se ausentar do trabalho no último ano?	_____ Dias
B.18	Quanto você está preocupado (a) com a violência em seu local de trabalho?	Nem um pouco (1)---(2)---(3)---(4)---(5) Muito
B.19	Existem procedimentos para o relato da violência em seu local de trabalho?	(1) Sim(2) Não
B.20	Existe algum estímulo para o relato da violência no seu local de trabalho?	(1) Sim, de quem: _____ (2) Não

AVALIAÇÃO DA VIOLÊNCIA FÍSICA

VF – “Violência física refere-se ao uso de força física contra outra pessoa ou grupo, que resulta em dano físico, sexual ou psicológico. Pode incluir soco, chute, tapa, esfaqueamento, tiro, empurrão, mordida e/ou beliscão, dentre outros”.

- VF 1 **Nos últimos 12 meses, você foi fisicamente agredido em seu local de trabalho?** (1) Sim
(2) Não (passe para a questão VF 2)
- VF 1.1 **Quantas vezes você foi agredido fisicamente nos últimos 12 meses:** _____ vezes
- VF 1.1.1 **Você considera esta uma situação típica em seu local de trabalho?** (1) Sim(2) Não
- VF 1.2 **Com relação a última vez que você foi fisicamente agredido, tratou-se de:** (1) Violência física com arma
(2) Violência física sem arma
- VF 1.3 **Quem agrediu você?** (1) Paciente/familiares (3) Chefia/ supervisor
(2) Colegas _____ (4) Outro _____
- VF 1.4 **Onde ocorreu o incidente?** (1) Dentro de uma instituição ou serviço (3) Fora (no trajeto para o trabalho ou para a visita domiciliar)
(2) Na casa do paciente / cliente (4) Outro: _____
- VF 1.5 **Como você reagiu ao incidente? Assinale todas as opções pertinentes:** (1) não teve reação (8) relatou para um chefe
(2) tentou fingir que nada aconteceu (9) pediu transferência
(3) pediu à pessoa para parar (10) buscou ajuda do sindicato/associação/conselho
(4) tentou defender-se fisicamente (11) registrou o evento
(5) contou para amigos / familiares (12) registrou pedido de indenização/ abriu processo
(6) buscou aconselhamento (13) outro: _____
(7) contou para um colega
- VF 1.6 **Você acha que o incidente poderia ter sido evitado?** (1) Sim (2) Não
- VF 1.7 **Você se machucou como resultado do incidente?** (1) Sim (2) Não
- VF 1.8 **Você solicitou assistência médica para os ferimentos?** (1) Sim (2) Não
- VF 1.9 **Indique os problemas que você vivenciou após a experiência da violência física (uma opção por questão):**

	Desde que você foi agredido, o quão incomodado você tem sido por:	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
VF 1.9.1	Ter memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
VF 1.9.2	Evitar pensar ou falar sobre a agressão ou evitar sentimentos relacionados à mesma?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
VF 1.9.3	Permanecer “super-alerta”, vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso (a)?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
VF 1.9.4	Ter sentimento de que suas atividades passaram a ser mais penosas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

- VF 1.10 **Você teve que se retirar do local de trabalho após a agressão?** (1) Sim. Por quanto tempo? _____
(2) Não
- VF 1.11 **Foi tomada alguma providência diante do evento?** (1) Sim. Por quem? _____
(2) Não
- VF 1.12 **Quais foram as consequências para o agressor?** (1) nenhuma (4) registro na polícia
(2) advertência verbal (5) processo ao agressor
(3) interrompeu o tratamento/ transferido de setor (6) não sabe
(7) outro: _____
- VF 1.13 **Seu empregador ou supervisor ofereceu ajuda?** (1) Não ofereceu (3) Ofereceu oportunidade de falar ou relatar o ocorrido
(2) Ofereceu aconselhamento (4) Outro suporte _____
- VF 1.14 **Avalie o seu grau de satisfação em relação à forma como o incidente foi tratado.**
Totalmente Insatisfeito (1)---(2)---(3)---(4)---(5) Totalmente Satisfeito
- VF 1.15 **Se você não relatou ou falou sobre o incidente com outras pessoas porque não o fez? (assinale todas as opções pertinentes)**
(1) não foi importante (5) ficou com medo de consequências negativas
(2) sentiu-se envergonhado (6) Considerou que não seriam tomadas providências
(3) sentiu-se culpado (7) outro, especifique: _____
(4) não sabia a quem relatar
- VF 2 **Nos últimos 12 meses, você presenciou incidentes ou violência física em seu local de trabalho?**
(1) Sim, _____ vezes (2) Não

AVALIAÇÃO DA VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA

Violência psicológica é definida como: uso intencional de poder, incluindo ameaça de força física, contra outra pessoa ou grupo, que possa resultar em dano ao desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral ou social. Violência psicológica inclui agressão verbal, intimidação/assédio moral (humilhação/desmoralização pertinente), Assédio sexual, discriminação racial.

AV – AGRESSÃO VERBAL

Refere-se a comportamento que humilha, degrada ou, de outra forma, indica uma falta de respeito com a dignidade e valor do indivíduo.

- AV 1 **Nos últimos 12 meses, você foi agredido verbalmente em seu local de trabalho?** (1) Sim
(2) Não (passe para a questão IAM)
- AV 2 **Quantas vezes você foi agredido verbalmente nos últimos 12 meses:** _____ vezes
- AV 3 **Você considera esta uma situação típica em seu local de trabalho?** (1) Sim (2) Não
- AV 4 **Considerando à última vez que você sofreu uma agressão verbal, quem agrediu você?** (1) Paciente (4) Chefia/ supervisor
(2) Familiares/cuidadores (5) Outro _____
(3) Colegas _____
- AV 5 **Onde ocorreu o incidente?** (1) dentro da instituição (3) fora (no trajeto para o trabalho/visita domiciliar/ casa)
(2) na casa do paciente/ cliente (4) outro: _____
- AV 6 **Como você reagiu ao incidente? Assinale todas as opções pertinentes:** (1) não teve reação (8) relatou para um chefe
(2) tentou fingir que nada aconteceu (9) pediu transferência
(3) pediu à pessoa para parar sindicato/associação/conselho
(4) tentou defender-se fisicamente (11) registrou o evento
(5) contou para amigos / familiares (12) registrou pedido de indenização/ abriu processo
(6) buscou aconselhamento (13) outro: _____
(7) contou para um colega
- AV 7 **Você acha que o incidente poderia ter sido evitado?** (1) Sim (2) Não
- AV 8 **Indique os problemas que você vivenciou após a experiência da violência verbal (uma opção por questão):**
- | | Desde que você foi agredido, o quão incomodado você tem sido por: | Nunca | Um pouco | Moderadamente | Bastante | Extremamente |
|----------|---|-------|----------|---------------|----------|--------------|
| VF 1.9.1 | Ter memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras? | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| VF 1.9.2 | Evitar pensar ou falar sobre a agressão ou evitar sentimentos relacionados à mesma? | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| VF 1.9.3 | Permanecer "super-alerta", vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso (a)? | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| VF 1.9.4 | Ter sentimento de que suas atividades passaram a ser mais penosas? | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
- AV 9 **Foi tomada alguma providência diante do evento?** (1) Sim. Por quem? _____ (2) Não
- AV 10 **Quais foram as consequências para o agressor?** (1) nenhuma (4) registro na polícia
(2) advertência verbal (5) processo ao agressor
(3) interrompeu o tratamento/transferido de setor (6) não sabe
(7) outro: _____
- AV 11 **Seu empregador ou supervisor ofereceu ajuda?** (1) Não ofereceu (3) Ofereceu oportunidade de falar ou relatar o ocorrido
(2) Ofereceu aconselhamento (4) Outro suporte _____
- AV 12 **Avalie o seu grau de satisfação em relação à forma como o incidente foi tratado.**
Totalmente Insatisfeito (1)---(2)---(3)---(4)---(5) Totalmente Satisfeito
- AV 13 **Se você não relatou ou falou sobre o incidente com outras pessoas porque não o fez? (assinale todas as opções pertinentes)** (1) não foi importante (5) ficou com medo de consequências negativas
(2) sentiu-se envergonhado (6) Considerou que não seriam tomadas providências
(3) sentiu-se culpado (7) Outro, especifique: _____
(4) não sabia a quem relatar

IAM – INTIMIDAÇÃO/ASSÉDIO MORAL

Refere-se a comportamento ofensivo, humilhante, que desqualifica ou desmoraliza, repetido e em excesso, através de ataques vingativos, cruéis e maliciosos que objetiva rebaixar um indivíduo ou grupo de trabalhadoras/es.

- IAM 1 **Nos últimos 12 meses, você foi intimidado, humilhado, desqualificado ou desmoralizado, de forma persistente em seu local de trabalho?** (1) Sim (2) Não (passe para a questão AS)
- IAM 2 **Quantas vezes você foi intimidado, humilhado, desqualificado ou desmoralizado nos últimos 12 meses:** _____ vezes
- IAM 3 **Você considera esta uma situação típica em seu local de trabalho?** (1) Sim (2) Não
- IAM 4 **Considerando à última vez que você intimidado/agredido moralmente, quem agrediu você?** (1) Paciente (2) Familiares/cuidadores (3) Colegas (4) Chefia/ supervisor (5) Outro _____
- IAM 5 **Onde ocorreu o incidente?** (1) dentro da instituição (2) na casa do paciente/ cliente (3) fora (no trajeto para o trabalho/visita domiciliar/ casa) (4) outro: _____

- IAM 6 **Como você reagiu ao incidente? Assinale todas as opções pertinentes:**
- | | |
|--------------------------------------|--|
| (1) não teve reação | (8) relatou para um chefe |
| (2) tentou fingir que nada aconteceu | (9) pediu transferência |
| (3) pediu à pessoa para parar | (10) buscou ajuda do sindicato/associação/conselho |
| (4) tentou defender-se fisicamente | (11) registrou o evento |
| (5) contou para amigos / familiares | (12) registrou pedido de indenização/ abriu processo |
| (6) buscou aconselhamento | (13) outro: _____ |
| (7) contou para um colega | |

- IAM 7 **Você acha que o incidente poderia ter sido evitado?** (1) Sim (2) Não

- IAM 8 **Indique os problemas que você vivenciou após a experiência de assédio moral (uma opção por questão):**

	Desde que você foi agredido, o quão incomodado você tem sido por:	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
VF 1.9.1	Ter memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
VF 1.9.2	Evitar pensar ou falar sobre a agressão ou evitar sentimentos relacionados à mesma?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
VF 1.9.3	Permanecer “super-alerta”, vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso (a)?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
VF 1.9.4	Ter sentimento de que suas atividades passaram a ser mais penosas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

- IAM 9 **Foi tomada alguma providência diante do evento?** (1) Sim. Por quem? _____ (2) Não

- IAM 10 **Quais foram às consequências para o agressor?** (1) nenhuma (2) advertência verbal (3) interrompeu o tratamento/ transferido de setor (4) registro na polícia (5) processo ao agressor (6) não sabe (7) outro: _____

- IAM 11 **Seu empregador ou supervisor ofereceu ajuda?** (1) Não ofereceu (2) Ofereceu aconselhamento (3) Ofereceu oportunidade de falar ou relatar o ocorrido (4) Outro suporte _____

- IAM 12 **Avalie o seu grau de satisfação em relação à forma como o incidente foi tratado.**

Totalmente Insatisfeito (1)---(2)---(3)---(4)---(5) Totalmente Satisfeito

- IAM 13 **Se você não relatou ou falou sobre o incidente com outras pessoas porque não o fez? (assinale todas as opções pertinentes)**

- | | |
|------------------------------|--|
| (1) não foi importante | (5) ficou com medo de consequências negativas |
| (2) sentiu-se envergonhado | (6) Considerou que não seriam tomadas providências |
| (3) sentiu-se culpado | (7) outro, especifique: _____ |
| (4) não sabia a quem relatar | |

AS – ASSÉDIO SEXUAL

Assédio sexual refere-se a qualquer comportamento indesejável, unilateral e não esperado de natureza sexual que é ofensivo para a pessoa envolvida e repercute em ameaça, humilhação ou incômodo/constrangimento a esta pessoa.

- AS 1 **Nos últimos 12 meses, você foi assediado sexualmente em seu local de trabalho?** (1) Sim (2) Não (passe para a questão DR)
- AS 2 **Quantas vezes você foi assediado sexualmente nos últimos 12 meses:** _____ vezes
- AS 3 **Você considera esta uma situação típica em seu local de trabalho?** (1) Sim (2) Não
- AS 4 **Considerando à última vez que você assediado sexualmente, quem agrediu você?** (1) Paciente (4) Chefia/ supervisor
(2) Familiares/cuidadores (5) Outro _____
(3) Colegas _____
- AS 5 **Onde ocorreu o incidente?** (1) dentro da instituição (3) fora (no trajeto para o trabalho/visita domiciliar/ casa)
(2) na casa do paciente/ cliente (4) outro: _____

- AS 6 **Como você reagiu ao incidente? Assinale todas as opções pertinentes:** (1) não teve reação (8) relatou para um chefe
(2) tentou fingir que nada aconteceu (9) pediu transferência
(3) pediu à pessoa para parar (10) buscou ajuda do sindicato/associação/conselho
(4) tentou defender-se fisicamente
(5) contou para amigos / familiares (11) registrou o evento
(6) buscou aconselhamento (12) registrou pedido de indenização/ abriu processo
(7) contou para um colega (13) outro: _____

- AS 7 **Você acha que o incidente poderia ter sido evitado?** (1) Sim (2) Não

- AS 8 **Indique os problemas que você vivenciou após a experiência de assédio sexual (uma opção por questão):**

	Desde que você foi agredido, o quão incomodado você tem sido por:	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
VF 1.9.1	Ter memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
VF 1.9.2	Evitar pensar ou falar sobre a agressão ou evitar sentimentos relacionados à mesma?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
VF 1.9.3	Permanecer “super-alerta”, vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso (a)?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
VF 1.9.4	Ter sentimento de que suas atividades passaram a ser mais penosas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

- AS 9 **Foi tomada alguma providência diante do evento?** (1) Sim. Por quem? _____ (2) Não

- AS 10 **Quais foram às consequências para o agressor?** (1) nenhuma (4) registro na polícia
(2) advertência verbal (5) processo ao agressor
(3) interrompeu o tratamento/ transferido de setor (6) não sabe
(7) outro: _____

- AS 11 **Seu empregador ou supervisor ofereceu ajuda?** (1) Não ofereceu (3) Ofereceu oportunidade de falar ou relatar o ocorrido
(2) Ofereceu aconselhamento (4) Outro suporte _____

- AS 12 **Avalie o seu grau de satisfação em relação à forma como o incidente foi tratado.**

Totalmente Insatisfeito (1)----(2)----(3)----(4)----(5) Totalmente Satisfeito

- AS 13 **Se você não relatou ou falou sobre o incidente com outras pessoas porque não o fez? (assinale todas as opções pertinentes)**
(1) não foi importante (5) ficou com medo de consequências negativas
(2) sentiu-se envergonhado (6) Considerou que não seriam tomadas providências
(3) sentiu-se culpado (7) outro, especifique: _____
(4) não sabia a quem relatar

DR - DISCRIMINAÇÃO RACIAL

Discriminação racial refere-se a qualquer conduta ameaçadora que é baseada em raça, cor, idioma, nacionalidade, religião, associação com uma minoria, nascimento ou outro status que seja unilateral ou indesejável e que afeta a dignidade de mulheres e homens no trabalho.

- DR 1 **Nos últimos 12 meses, você sofreu discriminação racial em seu local de trabalho?** (1) Sim
(2) Não (passe para a questão UBS)
- DR 2 **Quantas vezes você sofreu discriminação racial nos últimos 12 meses:** _____ vezes
- DR 3 **Você considera esta uma situação típica em seu local de trabalho?** (1) Sim (2) Não
- DR 4 **Considerando à última vez que você foi discriminado racialmente, quem discriminou você?** (1) Paciente (4) Chefia/ supervisor
(2) Familiares/cuidadores (5) Outro _____
(3) Colegas _____
- DR 5 **Onde ocorreu o incidente?** (1) dentro da instituição (3) fora (no trajeto para o trabalho/visita domiciliar/ casa)
(2) na casa do paciente/ cliente (4) outro: _____

- DR 6 **Como você reagiu ao incidente? Assinale todas as opções pertinentes:** (1) não teve reação (8) relatou para um chefe
(2) tentou fingir que nada aconteceu (9) pediu transferência
(3) pediu à pessoa para parar (10) buscou ajuda do sindicato/associação/conselho
(4) tentou defender-se fisicamente (11) registrou o evento
(5) contou para amigos / familiares (12) registrou pedido de indenização/ abriu processo
(6) buscou aconselhamento (13) outro: _____
(7) contou para um colega

- DR 7 **Você acha que o incidente poderia ter sido evitado?** (1) Sim (2) Não

- DR 8 **Indique os problemas que você vivenciou após a experiência de discriminação racial (uma opção por questão):**

	Desde que você foi agredido, o quão incomodado você tem sido por:	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
VF 1.9.1	Ter memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
VF 1.9.2	Evitar pensar ou falar sobre a agressão ou evitar sentimentos relacionados à mesma?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
VF 1.9.3	Permanecer "super-alerta", vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso (a)?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
VF 1.9.4	Ter sentimento de que suas atividades passaram a ser mais penosas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

- DR 9 **Foi tomada alguma providência diante do evento?** (1) Sim. Por quem? _____ (2) Não

- DR 10 **Quais foram às consequências para o agressor?** (1) nenhuma (4) registro na polícia
(2) advertência verbal (5) processo ao agressor
(3) interrompeu o tratamento/ transferido de setor (6) não sabe
(7) outro: _____

- DR 11 **Seu empregador ou supervisor ofereceu ajuda?** (1) Não ofereceu (3) Ofereceu oportunidade de falar ou relatar o ocorrido
(2) Ofereceu aconselhamento (4) Outro suporte _____

- DR 12 **Avalie o seu grau de satisfação em relação à forma como o incidente foi tratado.**
Totalmente Insatisfeito (1)---(2)---(3)---(4)---(5) Totalmente Satisfeito

- DR 13 **Se você não relatou ou falou sobre o incidente com outras pessoas porque não o fez? (assinale todas as opções pertinentes)**

- (1) não foi importante (5) ficou com medo de consequências negativas
(2) sentiu-se envergonhado (6) Considerou que não seriam tomadas providências
(3) sentiu-se culpado (7) outro, especifique: _____
(4) não sabia a quem relatar

UBS - UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**UBS.1 O seu local de trabalho desenvolve condutas específicas para proteção à:**

		Sim	Não	Não sabe
UBS 1.1	Saúde e segurança	(1)	(2)	(3)
UBS 1.2	Violência Física	(1)	(2)	(3)
UBS 1.3	Agressão verbal	(1)	(2)	(3)
UBS 1.4	Intimidação/Agressão moral	(1)	(2)	(3)
UBS 1.5	Assédio Sexual	(1)	(2)	(3)
UBS 1.6	Discriminação Racial	(1)	(2)	(3)
UBS 1.7	Ameaça	(1)	(2)	(3)

UBS.2 Quais medidas para lidar com a violência no trabalho existem no local em que você trabalha. Marque todas as opções pertinentes.

		Sim	Não
UBS 2.1	<u>Medidas de segurança</u> (guardas, alarmes e outros)		
UBS 2.2	<u>Melhoras no ambiente</u> (iluminação, ruídos, condicionamento do ar, limpeza, privacidade, acesso fácil à cozinha e sanitários e outros)		
UBS 2.3	Controle de acesso à instituição (checagem da portaria)		
UBS 2.4	Registro de pacientes com comportamento agressivo anterior		
UBS 2.5	Protocolo para pacientes agressivos (Procedimento de controle, contenção, transporte, medicação, programação de atividade, acesso à informação, outros)		
UBS 2.6	Número suficiente de funcionários		
UBS 2.7	Uso rigoroso de uniforme e identificação de todos que circulam no ambiente		
UBS 2.8	Restrição do trabalho solitário		
UBS 2.9	Treinamento, capacitação (enfrentamento da violência, habilidades de comunicação, resolução de conflitos, defesa pessoal, outros)		
UBS 2.10	Investimento em desenvolvimento de recursos humanos (promoção, premiação, outros)		
UBS 2.11	Nenhuma		

UBS.3 Quanto você acha que estas medidas poderiam melhorar seu local de trabalho

		Nada	Pouco	Moderadamente	Muito
UBS 3.1	Medidas de segurança				
UBS 3.2	Melhoras no ambiente				
UBS 3.3	Controle de acesso à instituição				
UBS 3.4	Registro de pacientes com comportamento agressivo anterior				
UBS 3.5	Protocolo para pacientes agressivos				
UBS 3.6	Número suficiente de funcionários				
UBS 3.7	Uso rigoroso de uniforme e identificação				
UBS 3.8	Restrição do trabalho solitário				
UBS 3.9	Treinamento, capacitação				
UBS 3.10	Investimento em desenvolvimento de recursos humanos				
UBS 3.11	Número suficiente de funcionários				
UBS 3.12	Outros				