

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

VITTÓRIA ZARPELÃO DE MATOS

**VIOLÊNCIA SOFRIDA NO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:
CARACTERIZAÇÃO E PROBLEMAS VIVENCIADOS**

Porto Alegre

2018

VITTÓRIA ZARPELÃO DE MATOS

**VIOLÊNCIA SOFRIDA NO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:
CARACTERIZAÇÃO E PROBLEMAS VIVENCIADOS**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à disciplina Trabalho de
Conclusão de Curso II da Escola de
Enfermagem da Universidade Federal
do Rio Grande do Sul como requisito
parcial para obtenção do grau de
Bacharel em Enfermagem.**

**Orientadora: Profa. Dra. Daiane Dal
Pai**

Porto Alegre

2018

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado oportunidade de evoluir como pessoa me proporcionando saúde e determinação para alcançar meus sonhos.

Aos meus amados pais, Lorenara e Wilson, por estarem sempre do meu lado quando mais precisei, me apoiando em todos os momentos da minha trajetória.

Ao meu irmão, Rodrigo, por estar sempre disposto a me ajudar, a me alegrar, dizendo sempre aquelas palavras bonitas e confortantes para o alcance dos meus objetivos.

Ao meu namorado, Michael, por viver cada momento comigo o mais intenso possível, compreendendo meus períodos de ausência e fornecendo todo apoio necessário.

À minha querida orientadora, Profa. Dra. Daiane Dal Pai, pela total disponibilidade em me ajudar, sendo sempre atenciosa, afetuosa e prestativa.

À Isabel Cristina Saboia Sturbelle por oportunizar o compartilhar da pesquisa e à Larissa Ampos pela parceria na coleta dos dados.

A todos que apoiaram e contribuíram para a realização deste trabalho, deixo aqui minha eterna gratidão.

DE MATOS, Vitória Zarpelão. **Violência sofrida no trabalho do agente comunitário de saúde: caracterização e problemas vivenciados**. 2018. X f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação) – Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

RESUMO

As características do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) incluem vulnerabilidades que os tornam suscetíveis à violência no trabalho, uma vez que atuam diretamente na comunidade e residem nos arredores, sendo regiões, por vezes, violentas e com altas taxas de criminalidade. A violência pode repercutir negativamente no desempenho das funções dos ACS, trazendo insatisfação ao trabalhador e baixo rendimento na realização de suas tarefas nas comunidades. O objetivo do estudo foi caracterizar a violência no trabalho do ACS e os problemas vivenciados pelas vítimas. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, que utilizou dados secundários de um banco de dados de pesquisa realizada em Unidades de Saúde da Família localizadas em uma gerência distrital da capital da região sul do Brasil, sendo convidados a participar da pesquisa todos os profissionais da equipe mínima de saúde da família (n=190). A amostra final de 106 profissionais, os quais responderam ao *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector*. O presente estudo constitui-se em um recorte que utilizou uma subamostra de ACS (n=56). Os dados foram submetidos à análise de frequência absoluta e relativa, bem como medidas de tendência central e dispersão. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Na amostra (n=56), 80,4% eram mulheres, brancas (50,9%), não tabagistas (85,7%), com uma mediana de dois filhos (1-3). Dentre os trabalhadores que afirmaram ter sofrido algum tipo de violência nos últimos 12 meses de trabalho (58,9%), 53,6% estiveram expostos a agressões verbais, seguida do assédio moral (16,1%), discriminação racial (10,7%), violência física (7,1%) e assédio sexual (1,8%). Dos participantes, 45,5% referiram terem sofrido dois ou mais tipos de violência no trabalho, sendo os maiores perpetradores os pacientes (100-80%), cabendo destacar que somente nos casos de assédio moral as chefias, na maioria das vezes, foram causadoras da violência (66,7%). As principais reações das vítimas frente à violência foram: contar para o colega (entre 60% e 100% das situações) e relatar para o chefe (entre 44,4% e 100%). Permanecer super-alerta, vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso (70-100%) e ter sentimento de que suas atividades passaram a ser mais penosas (50-100%) foram os problemas mais referidos pelos ACS. A maioria dos incidentes ocorreram nos próprios serviços de saúde e 83,9% referiram existir procedimentos para o relato da violência. Concluiu-se que há exposição dos ACS à violência laboral, sendo que as agressões verbais, vindas principalmente dos pacientes, foram mais prevalentes. Medidas de proteção são necessárias, principalmente considerando a importância dos ACS para a promoção e prevenção da saúde nas comunidades.

Descritores: Agente comunitário de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Violência no Trabalho.

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

- Gráfico 1:** Frequência de Agentes Comunitários de Saúde (n=56) expostos e não exposto à violência no trabalho nos últimos 12 meses. Porto Alegre, RS. 2018.....31
- Gráfico 2:** Ocorrências de violência no trabalho (n=50) segundo os tipos. Porto Alegre, RS. 2018.....32
- Gráfico 3:** Distribuição do número de diferentes tipos de violência segundo o percentual de trabalhadores expostos (n=33). Porto Alegre, RS. 2018.....33
- Gráfico 4:** Distribuição dos tipos de violência (n=50) no trabalho segundo perpetradores. Porto Alegre, RS. 2018.....34
- Gráfico 5:** Distribuição de problemas vivenciados, de moderado a extremamente, pelos trabalhadores expostos a violência no trabalho (n=33). Porto Alegre, RS. 2018.....36
- Tabela 1:** Caracterização dos ACS segundo dados sociodemográficos. Porto Alegre, RS. 2018.....28
- Tabela 2:** Caracterização dos ACS segundo dados laborais e ocorrência de acidentes no trabalho. Porto Alegre, RS. 2018.....29
- Tabela 3:** Meios para o relato da violência nos locais de trabalho do ACS. Porto Alegre, RS. 2018.....31
- Tabela 4:** Locais dos incidentes segundo os tipos de violências. Porto Alegre, RS. 2018.....33
- Tabela 5:** As reações, providências, ajuda do supervisor e consequências para o agressor, segundo os tipos de violência. Porto Alegre/RS. 2018.....35

LISTA DE SIGLAS

ACE -	Agente de Combate às Endemias
ACS -	Agente Comunitário de Saúde
APS -	Atenção Primária à Saúde
CEP -	Comitê de Ética em Pesquisa
ESF -	Estratégia de Saúde da Família
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OIT -	Organização Internacional do Trabalho
OMS -	Organização Mundial da Saúde
PACS -	Programa de Agentes Comunitário de Saúde
PNAB -	Política Nacional de Atenção Básica
PSF -	Programa de Saúde da Família
SPSS -	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS -	Sistema Único de Saúde
TPM -	Transtornos Psíquicos Menores
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS -	Unidade Básica de Saúde
USF -	Unidade de Saúde de Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo geral.....	12
2.2 Objetivos específicos.....	12
3 REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1 Atenção Básica em Saúde.....	13
3.2 Agentes Comunitários de Saúde.....	16
3.3 Violência no Trabalho e a Saúde do Trabalhador.....	20
4 MÉTODO	23
4.1 Tipo de estudo.....	23
4.2 Contexto do estudo.....	23
4.3 População e amostra.....	24
4.4 Coleta de dados.....	25
4.5 Análise dos dados.....	26
4.6 Aspectos éticos.....	26
5 RESULTADOS	28
5.1 Caracterização dos trabalhadores participantes do estudo.....	28
5.2 Violência no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.....	31
5.3 Reações e problemas vivenciados pelos ACS.....	34
6 DISCUSSÃO	38
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS	45
APÊNDICES	50
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	51
APÊNDICE B - Carta de Autorização dos Dados.....	53
ANEXOS	54
ANEXO A – Questionário de Pesquisa.....	55
ANEXO B - Aprovação CEP prefeitura de Porto Alegre.....	62
ANEXO C - Aprovação CEP/UFRGS.....	66
ANEXO D – Aprovação pela Comissão de Pesquisa de Enfermagem.....	70

1 INTRODUÇÃO

Em épocas passadas, a saúde não era tida como um direito de todos, e sim, restrita apenas para os contribuintes do Instituto Nacional do Seguro Social, tendo suas práticas sanitárias voltadas para o modelo curativista que se direcionava, a partir de 1980, para as propostas de mudança no sistema sanitário brasileiro (TINOCO, 2015). A Constituição Federal de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo a promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo esta como um direito de todos (BRASIL, 1988).

Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Saúde da Família (PSF) como Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que estabeleceu a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como uma ferramenta prioritária para a organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, fortalecendo a relação entre cuidado em saúde e território (TINOCO, 2015; BRASIL, 2008). Trata-se de investimentos que visam o fortalecimento da relação entre cuidado em saúde e território, buscando fazer com que a população tenha maior aproximação com o serviço de saúde, ao passo que o atendimento não se restringe ao espaço da UBS, chegando aos domicílios da comunidade, tendo como o intermediário desta situação os Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A ESF atende uma população adscrita definida, o que possibilita o planejamento das ações, a programação e o desenvolvimento destas, considerando que cada território tem suas peculiaridades. Conforme atual PNAB, cada equipe de Saúde da Família e da Atenção Básica passa a ser responsável por uma população de 2000 a 3500 pessoas, garantindo assim os princípios e diretrizes da Atenção Primária (BRASIL, 2017c).

A Atenção Básica ou APS deve ser a principal porta de entrada para a população ter contato com toda a Rede de Atenção à Saúde. Os princípios que regem este sistema de saúde é o da universalidade, equidade e integralidade, os quais garantem uma atenção de qualidade para todos os indivíduos, independente da sua idade, gênero, raça/cor, etnia, nacionalidade, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, e outras. Como diretrizes, inclui-se a regionalização, hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da

rede e participação da comunidade (BRASIL, 2017c). Atende a população tanto no âmbito coletivo como individual, realizando a promoção e a proteção da saúde, prevenindo agravos, realizando diagnósticos, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde. Todas estas ações contemplam o objetivo de realizar um atendimento ao indivíduo de forma integral (BRASIL, 2012a).

Segundo Sampaio, Vilela e Simões (2012) ter uma relação saudável entre os profissionais da equipe de saúde é um importante fator para se conquistar os objetivos da AB. A ESF depende de uma equipe unida e integrada para alcançar os seus objetivos, e a comunicação entre os profissionais de cada segmento, o direcionamento correto do paciente para as respectivas áreas do cuidado que se precisa encaminhar, são fatores que dependem de uma agradável relação interprofissional para se atingir o êxito. Sem interação de saberes e práticas entre os envolvidos, o cuidado fica fragmentado, o que vai de encontro com os princípios do SUS, ou seja, sem a devida atenção integral ao paciente.

O Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS) já existia desde o início dos anos 90, porém foi regulamentado em 1997. Pode ser considerado uma importante estratégia para o aprimoramento e consolidação do SUS, sendo efetivada a partir da Norma Operacional Básica do SUS de 1996, que estabeleceu incentivos financeiros aos municípios que adotassem o PACS e o PSF, tornando regular esta transferência de recursos federais para o financiamento desses programas (BRASIL, 2001; LEVCOVITZ, LIMA, MACHADO, 2001). O ACS é um trabalhador essencial para a nova estruturação da APS e para o fortalecimento do SUS, visto que este colaborador incorpora os princípios básicos do sistema, fortalecendo o laço existente da população para com o serviço de saúde.

Estudo relata que na Índia está ocorrendo uma expansão do PACS pelas vantagens trazidas para o sistema, principalmente nas regiões de baixa e média renda, sendo vistas melhorias nas taxas de imunizações e nos resultados para os casos de malária e infecções respiratórias agudas. Os ACS, além de oferecerem serviços preventivos, curativos e de promoção na comunidade, apresentam uma opção de baixo custo para a prestação de serviços de saúde (PRINJA, et. al., 2014).

Os ACS são essenciais para o funcionamento da ESF, pois são eles que levam as informações de saúde para a comunidade e os aproximam dos serviços. Sabendo que uma equipe é responsável por um determinado território, os ACS se distribuem nesta área ficando cada um responsável por uma microárea, a fim de

conseguir abranger o maior número possível da população existente (TINOCO, 2015; GOMES, et. al., 2011). Diante da necessidade de vinculação entre os membros da equipe e a comunidade, o agente acaba por trazer informações das reais necessidades da população para a unidade, fazendo com que se providenciem medidas de cuidado focadas na singularidade de cada realidade, o que traz um importante direcionamento para a organização do sistema de saúde.

A ESF visa a promoção do cuidado contínuo para a comunidade que está em sua área de abrangência, dando ênfase as áreas de maior risco social pela exigência de maior atenção da equipe. Para que isso seja concreto, exige-se do profissional o contato direto com a comunidade, havendo atendimentos realizados dentro das residências dos usuários com o propósito de conhecer as reais situações de saúde presentes no cotidiano destes indivíduos. Estes são fatores que acabam por propiciar a vulnerabilidade do trabalhador à violência, além do fato de residirem em seu próprio território de trabalho, o que os tornam mais suscetíveis aos problemas alheios (LANCMAN, et. al., 2009). Dessa forma, por derradeiro, constantemente acabam presenciando situações que podem lhes colocar em perigo por obter informações que não lhes cabiam.

Segundo Jardim e Lancman (2009, p.125), “a forma como o trabalho está organizado pode ser uma fonte de sofrimento psíquico a esse trabalhador, podendo esse sofrimento se tornar patogênico.”. Com base nisso, os ambientes de trabalho acabam por colocar a saúde dos trabalhadores em risco. De qualquer forma, não se pode deixar de abordar neste estudo questões relacionadas ao processo de trabalho, incluindo as dificuldades de trabalho em equipe, a ausência do pensamento coletivo - que acarreta na individualização das tarefas - e a falta de reconhecimento e valorização do trabalho do agente comunitário (CARREIRO, et. al., 2013). Estes são fatores potencialmente geradores de sofrimento e possíveis responsáveis pelo processo de adoecimento dos trabalhadores.

Nesta linha, o adoecimento do profissional é um risco tanto para a saúde do trabalhador como para as pessoas por eles assistidas. Segundo Gomes, et. al. (2011), quando as condições de trabalho são boas, há maior eficácia nos resultados laborais e, se o ACS é a peça fundamental dentro da ESF, espera-se que este tenha uma boa qualidade de vida no trabalho e esteja satisfeito com o seu exercício profissional para dar melhor andamento em suas funções diárias.

Realizar as atividades do trabalho com medo de se expor, de ser agredido verbalmente e/ou fisicamente, contribuem diretamente no sofrimento psíquico do trabalhador. O desânimo e a desconfiança constante de estar em risco levam a baixa produtividade no trabalho e ao adoecimento do trabalhador. Estes fatores aliados a situações de extrema miséria, presentes em várias áreas de abrangência do PSF, levam a sensações de impotência ao trabalhador quando este está ali para realizar suas atividades (LANCMAN, et. al., 2009).

No tocante aos conflitos internos dos operadores da saúde e, em sentido amplo, em qualquer ambiente laborativo, a violência é de relevante valia para o presente estudo. A violência no trabalho é definida como qualquer ação que desencadeie em agressão, ameaça, humilhação e/ou ferimento entre pessoas que estão no exercício de suas atividades profissionais ou quando este ocorrido é uma consequência direta (OIT, 2003). Ou seja, são ações que causam tensão nos envolvidos acarretando em estresse físico e emocional e que desencadeia em prejuízos as suas vidas pessoais.

Conforme Lancman e colaboradores (2009), a violência laboral ocorre a partir das relações que existem durante o exercício das atividades, sejam elas com chefias, colegas e usuários do serviço, podendo levar a situações de conflito que implicam na saúde do trabalhador. Além disso, esta pode estar presente também no ambiente das famílias que são atendidas pelo PSF, e os profissionais que possuem contato com esta população acabam por vivenciar esta violência e reter para si sentimentos desagradáveis causados pelo trabalho.

A violência e o tráfico de drogas muitas vezes fazem parte do cotidiano da população adscrita das ESF, sendo fatores que causam tensão nos trabalhadores e os deixam vulneráveis para situações que colocam em risco a sua integridade física e psíquica (GOMES, et. al., 2011).

Devido à alta vulnerabilidade dos ACS à violência laboral e a importância destes trabalhadores para a ESF, decidiu-se realizar este estudo com vistas a caracterizar a violência no trabalho do ACS e identificar os problemas vivenciados. Além de atuarem em regiões de alta criminalidade, expondo-se diretamente para a realização de seu trabalho nestas circunstâncias, há as vivências com os demais trabalhadores, que podem vir a tornarem-se tensas e permeadas pelas características do serviço e da organização do trabalho. Acredita-se que a violência

pode repercutir negativamente no exercício dos ACS, trazendo insatisfação do trabalhador e baixo rendimento da realização de suas tarefas nas comunidades.

Considerando o exposto, o presente estudo inscreveu-se sobre a seguinte questão de pesquisa: Como se caracteriza a violência no trabalho do agente comunitário de saúde e quais os problemas vivenciados pelas vítimas?

2 OBJETIVOS

Nesta seção, apresentam-se o objetivo geral e os objetivos específicos da pesquisa em questão.

2.1 Objetivo Geral

Caracterizar a violência no trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e os problemas vivenciados pelas vítimas.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever a prevalência de violência no trabalho do ACS;
- Descrever os problemas vivenciados pelos ACS vítimas de violência no trabalho.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Para fundamentar este trabalho, esta seção aborda as seguintes temáticas: Atenção Básica em Saúde, Agente Comunitário de Saúde e Violência no Trabalho e a Saúde do Trabalhador.

3.1 Atenção Básica em Saúde

Em meados de 1970, o Sistema Único de Saúde não existia; a população brasileira estava insatisfeita com os serviços de saúde que eram oferecidos aos cidadãos, realizando diversos movimentos sociais. O atendimento era direcionado a doença, centrado em um modelo curativista, quase todo realizado em hospitais particulares. A assistência à saúde era ligada ao Instituto Nacional de Previdência Social, que prestava atendimento somente para aqueles trabalhadores de carteira assinada e que contribuíam à Previdência, excluindo os demais da prestação de serviços de saúde públicos. Baseado nos fatores de insatisfação, um novo movimento com forte participação popular se desenvolve em prol de um serviço igualitário e de qualidade, disponível para todos os cidadãos, conhecido como movimento sanitarista brasileiro (PAVÃO, 2016).

O movimento da reforma sanitária propôs uma transformação do modelo de organização da saúde e da prestação de cuidados para população brasileira. Em 1973, em Ottawa, Canadá, ocorreu a Conferência Panamericana sobre Planejamento de Recursos Humanos em Saúde, identificando-se que os recursos não estavam voltados às reais necessidades dos serviços de saúde e sim, centradas no profissional médico e no ambiente hospitalar (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013).

No mundo todo já se discutia sobre a situação dos serviços de saúde na Organização Mundial de Saúde (OMS) e na Conferência de Alma-Ata, tendo como lema “saúde para todos nos anos 2000”. As ideias propostas foram consolidadas no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. Foram englobados aspectos relacionados à gestão, à constituição de equipes multiprofissionais conforme as demandas de saúde, aos critérios de cobertura e aspectos relacionados

à formação dos profissionais para atuação no novo modelo de assistência a ser implantado com a instituição do SUS. (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013; PAVÃO, 2016).

A partir disso, aprovou-se a unificação do sistema de saúde, o conceito ampliado de saúde, o direito à cidadania e o dever do Estado, tornando-se definidos os princípios do SUS e, somente em 1988, que as leis são incorporadas à Constituição de 1988 (PAVÃO, 2016). A saúde torna-se um direito de todos e dever do estado, conforme o artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, art.196, 1988).

Portanto, um sistema de saúde que engloba diversos serviços começa a ser ofertado para todas as pessoas de forma gratuita, tendo como base um cuidado integral e humanizado, levando em conta os determinantes e condicionantes de saúde da população e as demandas do território (BRASIL, 2017c). As UBS começam a ganhar complexidade pela ampliação das especialidades do atendimento médico. O acolhimento, o vínculo e a responsabilidade sanitária vão adquirindo seu espaço. Em 1994, o Ministério da Saúde implanta o PSF a fim de contribuir para o aprimoramento do SUS, sendo vista como uma ferramenta estruturante e de organização deste serviço. A família passa a ser o foco da atenção em saúde e ocorre uma ampliação da compreensão do processo saúde-doença da população (COSTA; LIMA; OLIVEIRA, 2000; CECILIO, et. al., 2012). Em 2006, a PNAB reafirma a ESF como uma estratégia prioritária e modelo substitutivo para a organização da Atenção Básica (CECILIO, et. al., 2012).

A UBS é um serviço que visa um cuidado integral ao indivíduo, não fragmentado, oferecendo a uma população e território definidos, ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Suas atividades são desenvolvidas próximas à população, vez que possui, como fundamentos e diretrizes, uma programação descentralizada e com alto grau de capilaridade, devendo este serviço ser a principal porta de entrada dos usuários, o centro de comunicação da Rede de Atenção a Saúde e a coordenadora do cuidado e dos

fluxos dos usuários entre os vários serviços disponibilizados na rede (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017c).

Cabe a Atenção Básica definir o território e a população em que desenvolverão suas atividades, realizando uma programação e implementando-as conforme as reais necessidades de saúde, priorizando as intervenções clínicas e sanitárias de acordo com a vulnerabilidade dos usuários (BRASIL, 2011). Desenvolver atenção em saúde fora da Unidade Básica, como em domicílios, creches, escolas ou outros locais que comportem ações de saúde são atribuições pertinentes a este serviço, saindo do ambiente interno das unidades e propondo saúde nas ruas, o que aproxima a comunidade com a equipe.

O SUS deve atender a todos os cidadãos, sem distinções, pois todos têm direito à saúde, com um cuidado integral, humanizado, em que o usuário participa da discussão e da tomada de decisões acerca dos problemas de saúde da comunidade junto à equipe. Quanto ao acesso do usuário aos serviços de saúde, a atenção básica precisa encontrar meios estratégicos para garantir a acessibilidade de usuários com deficiência física quando presentes na comunidade (BRASIL, 2012a).

A Atenção Básica se realiza por meio da ESF que abrange ações do PSF e do PACS. O PACS começou em 1991, na região nordeste do Brasil, tendo por finalidade a capacitação da população no seu autocuidado através das atividades de educação em saúde promovidas pelos agentes, dentre outras atividades que auxiliam na efetividade da ESF. A ESF é o sistema prioritário de atenção à saúde que visa a reorganização da atenção básica (FONSECA; MENDONÇA, 2015). É um serviço de saúde centrado na família e na comunidade, sendo considerado uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica.

Conforme a nova PNAB (2017), a equipe da ESF é composta por no mínimo um médico, preferencialmente especialista em medicina da família e comunidade; enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem; e ACS. Ainda pode fazer parte da equipe o Agente de Combate às Endemias (ACE) e a equipe de saúde bucal. A quantidade de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com as características específicas do território e população, conforme definição local. Quando são áreas de risco e de alta vulnerabilidade social é recomendado cobertura de 100% dessa população, tendo no máximo 750 pessoas para cada ACS. Já na equipe da Atenção Básica a

composição é parecida com a da ESF, porém os ACS e ACE não são parte da equipe, e sim, podem se agregar (BRASIL, 2017c).

Cabe ressaltar aqui que, conforme a nova PNAB (2017), não há mais a obrigatoriedade e necessidade de um número mínimo de ACS por equipe da ESF (BRASIL, 2017c). Na antiga PNAB (2012) havia limites para composição, sendo no mínimo 4 agentes comunitários e no máximo 12 (BRASIL, 2012a). Existem fortes discussões de que isso se trata de um retrocesso e está fortemente ligado ao desmonte do SUS (BARATIERI, et. al., 2018; MELO, et. al., 2018).

3.2 Agente Comunitário de Saúde

O ACS é um trabalhador de fundamental valia para a implementação do SUS, pois ele fortalece os laços da comunidade com o serviço de saúde da atenção primária e conhece a realidade da comunidade em que trabalha, pois reside na mesma (BRASIL, 2009; URSINE, TRELHA, NUNES, 2010). O agente é o elo entre a comunidade e o serviço de saúde, pois é ele quem está mais próximo dos problemas que afetam a comunidade, trazendo as reais demandas para o serviço se organizar conforme as necessidades de saúde.

O principal objetivo de seu trabalho é contribuir para a qualidade de vida das pessoas e da comunidade, realizando educação com enfoque na promoção da saúde e prevenção de doenças. A sua atuação consiste não apenas em realizar as visitas domiciliares, mas também em outros espaços que se tornem viáveis de se desenvolver atividades de educação em saúde (BRASIL, 2009).

O agente comunitário apresenta uma linguagem acessível para educar a comunidade quanto aos comportamentos sanitários que devem ser incorporados, tornando-se fácil esta transição de conhecimentos. Ele consegue repassar as boas práticas sanitárias, controlando as atividades e corrigindo-as quando necessárias, atingindo uma boa adesão da comunidade. Nesse sentido, o agente tem forte influência da visão da vigilância sanitária e epidemiológica (FONSECA; MENDONÇA, 2015).

Além disso, o agente é como uma conexão do usuário com o serviço de saúde, pois é a partir dele que muitas vezes a informação e orientação dos

encaminhamentos necessários para outros serviços chegam ao indivíduo, conseguindo manter um acompanhamento da saúde sem atrasos ou prejuízos para o bem estar do mesmo. As orientações acerca da prevenção de agravos e/ou tratamento de doenças são realizadas por estes trabalhadores nos domicílios, tornando-os eficazes na prática de suas tarefas (FONSECA; MENDONÇA, 2015).

Conforme a Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006, o ACS realiza suas atividades na comunidade com intuito de propor atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde. As ações podem ser domiciliares, comunitárias, individuais ou coletivas (BRASIL, 2006).

O ACS tem como atividades de seu exercício o envolvimento com o cadastro de todas as pessoas que se inserem em sua microárea já estabelecida; a educação para as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; a realização das atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; as visitas domiciliares com regularidade, tendo como propósito o acompanhamento, a intervenção nas situações de risco que as famílias podem estar vulneráveis e o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde; e, por fim, desenvolver ações que visem a integração da equipe de saúde com a população adscrita à UBS (BRASIL, 2012a). Com base nessas atribuições é que se vê o quão importante que são estes trabalhadores para o sistema de saúde, sendo imprescindível a realização de visita *in loco*, objetivando compreender a real situação do usuário.

Conforme a nova PNAB (2017), os agentes comunitários passam a poder aferir a pressão, realizar a medição da glicemia capilar, aferir a temperatura axilar, realizar técnicas limpas de curativo e realizar orientação quanto a administração correta de medicamentos. Ressalta-se que estas atividades só poderão ser exercidas se assistidas por profissional de saúde de nível superior, após treinamento específico. Estas atividades tornam o ACS um trabalhador mais resolutivo em suas visitas domiciliares (BRASIL, 2017c).

Com a nova legislação houve uma integração das atribuições dos ACS com os ACE. Os ACE sofreram um acréscimo em suas tarefas ao incorporar as atividades atribuídas aos ACS e na lista das atribuições específicas do ACS foi incluído atividades de produção e registro de uma série de dados e informações. A integração das atividades é visada pela necessidade da união entre a AB e a vigilância em saúde (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018; BRASIL, 2017c).

O ACS atua como membro da equipe da ESF, sendo responsável por uma microárea do território adstrito, que é de responsabilidade desta equipe. Conforme a antiga PNAB (2012), cada agente é vinculado a, no mínimo, 100 pessoas, e no máximo 750 pessoas cadastradas, tendo até 12 trabalhadores por equipe de saúde da família (BRASIL, 2012a).

Com a nova PNAB (2017) não há nenhuma referência à cobertura universal, pois ela referencia que o número de ACS deve ser suficiente para cobertura de 100% de uma população específica: vulnerável e de risco, incluindo áreas de grande dispersão territorial; com um máximo de 750 pessoas para cada agente. Outro fato a ser exposto é que não há uma definição do número de ACS, sendo apenas estabelecido que o número de agentes por equipe é definido conforme a base populacional, tendo critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018; BRASIL, 2017c). Ou seja, pode haver equipes com apenas um ACS sendo um número insuficiente para exercer todas as atividades atribuídas a estes trabalhadores, o que representa uma barreira ao acesso a saúde de determinadas populações, haja visto que o agente representa o elo da comunidade com o serviço de saúde.

Conforme a legislação, o ACS é um trabalhador remunerado que possui funções estabelecidas dispostas na lei e que precisa cumprir 40 horas semanais de trabalho, exercendo suas atividades em conjunto com a equipe da ESF (BRASIL, 2017c). O agente desenvolve ações que proporcionam a integração da equipe com a comunidade, sendo responsáveis pelo cadastramento de todas as pessoas de sua microárea, assim como pela atualização destes cadastros. A orientação das famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis e o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos e de vigilância à saúde são atividades atribuídas a estes trabalhadores (BAPTISTINI; FIGUEIREDO, 2014).

O trabalhador comunitário no Brasil é denominado de ACS. Estes agentes são representativos de um grupo denominado na literatura internacional de Community Health Workers (FONSECA; MENDONÇA, 2015). Este trabalhador de saúde comunitário no âmbito internacional é envolvido na prestação de serviços de saúde que, em muitas vezes, principalmente em países de baixa e média renda, é o primeiro contato que os indivíduos possuem quando o assunto se trata de saúde. A

partir disso, dar-se a importância destes para a vida de tantas pessoas (KOK, et. al. 2015; LEWIN, et. al., 2010).

Estes trabalhadores podem trabalhar de maneira voluntária ou não, podendo ser qualquer colaborador de saúde que desempenhe funções relacionadas à prestação de serviços de saúde, sem certificação profissional e precisando residir na comunidade onde se trabalha. Eles devem ser apoiados pelo serviço de saúde, mas não necessariamente fazendo parte de sua organização (LEWIN, et. al., 2010).

Um projeto realizado em Tanzânia, pioneira nos cuidados de saúde primários, traz evidências da interferência dos ACS na redução das taxas de mortalidade materna, neonatal e infantil (RAMSEY et. al., 2013). Isto ocorre muitas vezes por serem os agentes os educadores de saúde para a comunidade, ou seja, é a informação chegando em suas residências que fornecem subsídios para população ter uma vida saudável e, conseqüentemente, reduzir índices de mortalidade.

Ainda nesta linha, um estudo realizado no sul da Ásia comprova a eficácia dos ACS na questão de prevenção de óbitos de recém-nascidos. As visitas domiciliares em conjunto com ações de promoção da saúde estão associadas à diminuição das taxas de mortalidade neonatal, o que assegura a sobrevivência destes bebês, além de reduzirem a mortalidade da população desta região (GOGIA; SACHDEV, 2010). A educação para as mães que recém ganharam seus recém-nascidos é um fator crucial para garantir a sobrevivência dos mesmos. Transmitir quais são os cuidados ideais, a alimentação adequada, a técnica adequada de amamentar, entre outras demandas cruciais para um bom desenvolvimento, são extremamente necessárias para serem educadas à população reduzindo os erros cometidos.

Outro estudo que comprova a eficiência da atuação de agentes é uma pesquisa realizada na África subsaariana, onde se tem recursos limitados para saúde no geral. Foi realizado um estudo com os trabalhadores de saúde comunitários voluntários que causaram grande impacto na redução da morbidade infantil e da mortalidade da população (BRENNER, et. al., 2011). As atividades que estes trabalhadores exercem repercutem positivamente nas populações, trazendo-lhes conhecimentos úteis que auxiliam no alcance de uma melhor qualidade de vida.

Segundo Kok, et. al. (2015) o ACS é um trabalhador essencial para se atingir as metas de saúde pública dos países de baixa e média renda, exercendo suas atividades em serviços de saúde primários no âmbito tanto da promoção, prevenção

ou de curativos. O autor refere existir fatores que influenciam no desempenho destes trabalhadores como os fatores socioculturais; fatores contextuais relacionados à comunidade, à economia, ao meio ambiente e à política; a segurança e o conhecimento de quem é o público que será atendido.

Diante disso, é possível dizer que existem barreiras que dificultam o processo de trabalho do agente. Os fatores contextuais afetam a qualidade do trabalho. A dificuldade de acesso às residências, que muitas vezes encontram-se em zonas de conflitos pela existência de tráfico de drogas e violência, geram a insatisfação do trabalhador e a insegurança de sua integridade física e emocional.

3.3 Violência no Trabalho e a Saúde do Trabalhador

A saúde do trabalhador é a temática do presente estudo, e diante do exposto, é possível observar que a saúde dos agentes comunitários de saúde está vulnerável e debilitada. A saúde do trabalhador pode ser definida como um campo do saber que tem como propósito entender a relação entre o trabalho e o processo saúde/doença. O objetivo desta temática é o desenvolvimento da atenção integral a saúde do trabalhador minimizando a morbimortalidade decorrentes dos modelos de desenvolvimento produtivos (BRASIL, 2017b).

Trabalhar é um exercício do ser humano que pode ser realizado em diferentes situações e condições que repercutem no bem estar deste indivíduo. Se um trabalhador está doente, o seu desempenho no trabalho com certeza não será o mesmo caso este esteja com saúde. Trabalhar com sensações desagradáveis, de fragilidade, não só favorece a insatisfação do colaborador para com o seu trabalho, mas também na ineficácia do alcance de seus objetivos (URSINE; TRELHA; NUNES, 2010).

A violência é um fator que pode estar presente muitas vezes no trabalho do agente comunitário de saúde, repercutindo em sua saúde. Zonas de guerra por tráfico de drogas geralmente são cenas presentes na comunidade em que este trabalhador exerce suas atividades colocando sua integridade em risco. Assim como violência por agressão psicológica e/ou física podem existir no cotidiano destes colaboradores, muitas vezes causadas por pacientes, familiares e/ou colegas do trabalho.

A instabilidade de segurança que existe no trabalho dos ACS repercute em sensações de medo para seguirem as atividades de seu exercício. Esta insegurança se dá pelo fato desta classe trabalhadora presenciar situações de risco, muitas vezes sigilosas e ilegais. São objetos de exposição perante a comunidade, vez que, como já dito, costumam laborar perto de suas residências, conhecendo todos os moradores e, por consequência, tornando-se alvos frequentes. Como estratégia de defesa, os agentes tentam evitar saber de situações comprometedoras e buscam informações sobre o lugar onde irão prestar serviços para, dessa forma, traçar estratégias para a realização de suas visitas (LANCMAN, et. al., 2009).

Quanto aos tipos de violências, no estudo de Vasconcellos, Abreu e Maia (2012) foi identificado que a forma mais prevalente em sua amostra com profissionais da área da saúde foi a agressão verbal. Este tipo de violência pode acarretar em uma série de eventos negativos ao trabalhador como no questionamento de sua eficiência, na qualidade de seus cuidados em saúde, na baixa autoestima, desgaste emocional, à depressão e, conseqüentemente, ao adoecimento deste colaborador.

Um estudo realizado no Irã mostra que a forma de violência mais frequente ocorrida contra os profissionais da área da saúde é a violência psicológica, esta que remete, também, a episódios de agressão verbal; e que, possivelmente, pode afetar o desempenho profissional e a satisfação destes trabalhadores ao exercerem suas atividades. A violência psicológica pode ser definida como um insulto, um comportamento abusivo, humilhante e intimidante a outra pessoa, por meio de bullings, assédio e/ou ameaça e resulta em danos psicológicos aos envolvidos do ocorrido (KHOSHKNAB, et. al., 2015).

A exposição do trabalhador à violência traz prejuízos para a satisfação no exercer de sua profissão, assim como no seu reconhecimento (DAL PAI, et. al., 2015). A violência interfere no estado de equilíbrio do indivíduo, modificando o seu humor e seu prazer na realização das atividades ao longo prazo.

No estudo de Dal Pai, et. al. (2015) foi realizado uma pesquisa com trabalhadores de saúde de um hospital que visou a identificação de violência laboral e a sua associação com burnout e Transtornos Psíquicos Menores (TPM), tendo como resultados a relação entre a vivência da violência e a prevalência dos TPM, assim como a presença da Exaustão Emocional e a Despersonalização nas vítimas

de violência. Ou seja, os trabalhadores da área da saúde hospitalar que sofrem violência em seu local de trabalho apresentaram sintomas de burnout e TPM.

Dilélio, et. al. (2012) realizou um estudo com 4.749 profissionais da atenção primária em saúde que obteve como resultados um número reduzido da prevalência de TPM (16%) em trabalhadores da atenção primária à saúde. Porém, nos ACS esse número é o maior (18%) perante os outros profissionais. Para ocorrer a diminuição destas taxas de problemas associados a saúde mental dos trabalhadores da APS, a gestão do SUS precisa se movimentar no sentido de providenciar melhorias nas condições de trabalho, estrutura e organização.

Acredita-se que se houvesse um maior desempenho da parte dos empregadores dos serviços no quesito formulação de práticas, reuniões, discussões, entre outros encontros nos próprios locais de trabalho com propósito educativo de conduta para lidar com a violência presente no trabalho, a fim de evitá-las, o serviço iria superar as expectativas de organização do trabalho e o manejo para estes ocorridos seriam tratados com maior adequação ao serviço. Conforme a Organização Internacional do Trabalho (2003), para atingir estes objetivos é fundamental existir um apoio mútuo entre o governo, empregadores e trabalhadores para a elaboração e implementação de políticas e condutas apropriadas a redução da violência laboral.

4 MÉTODO

A seguir expõem-se as técnicas e procedimentos realizados para o desenvolvimento desta pesquisa.

4.1 Tipo de estudo

O presente estudo utilizou dados secundários provenientes do banco de dados da Dissertação de Mestrado de Isabel Cristina Saboia Sturbelle, intitulada “Violência no trabalho em unidades de saúde da família e as suas interfaces com as condições e a organização do trabalho”, sob orientação da professora Doutora Daiane Dal Pai. Este estudo utilizou dados coletados pela referida pesquisa e trata-se de um recorte que selecionou as informações de uma subamostra de ACS.

Segundo Hulley e colaboradores (2015), muitas questões de pesquisa podem ser resolvidas com rapidez e eficiência a partir de informações já coletadas. O uso de dados secundários consiste na investigação de questões de pesquisa que não são aquelas para as quais os dados foram originalmente coletados. Entre suas principais vantagens encontram-se a economia de tempo e de recursos financeiros.

Para o estudo em questão, tratou-se de uma pesquisa que utilizou método quantitativo com delineamento transversal, do tipo descritivo. Segundo Creswell (2007), a pesquisa quantitativa envolve processos de coleta, análise, interpretação e descrição dos resultados, sendo relacionada a identificação de uma amostra e de uma população. As pesquisas transversais são caracterizadas pela coleta de dados que se dá em um período específico. (POLIT e BECK, 2011).

4.2 Contexto do estudo

O estudo foi realizado em USF localizadas na Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal, administradas pela prefeitura municipal, localizadas na região

centro-sul da cidade de Porto Alegre, estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Esta região foi selecionada para o estudo pelo fato de nela serem realizadas as atividades curriculares da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. As equipes que compuseram as USF corresponderam nos meses da coleta a 27 equipes.

A cidade de Porto Alegre possuía no ano de 2017 uma população estimada de 1.484.941 habitantes (IBGE, 2017), distribuída em 17 distritos sanitários: Norte, Eixo Baltazar, Centro, Noroeste, Humaitá/Navegantes, Ilhas, Leste, Nordeste, Glória, Cruzeiro, Cristal, Sul, Centro-Sul, Paternon, Lomba do Pinheiro, Restinga e Extremo-Sul. Gerência Distrital é o termo que se dá ao território que abrange um ou mais desses distritos sanitários, tendo um total de oito gerências com população entre 95 e 200 mil habitantes, tais como: Norte /Eixo Baltazar; Centro; Noroeste /Humaitá /Navegantes /Ilhas; Leste /Nordeste; Glória /Cruzeiro /Cristal; Sul /Centro-Sul; Partenon /Lomba do Pinheiro; e Restinga /Extremo-Sul (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2013).

No ano de 2018 o sistema municipal apresentou 55 UBS e 88 USF, sendo consideradas as principais portas de entrada para a busca de atenção primária em saúde (PREFEITURA DE PORTO ALEGRE, 2018).

A Gerência Distrital, onde foi realizado o estudo, é uma área descrita como sendo área com comunidades com moradias precárias, adolescentes gestantes e usuários de drogas (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2013). Segundo dados do IBGE (2010), quanto ao número populacional do distrito Glória, Cruzeiro e Cristal, respectivamente, têm-se 56.385, 62.665 e 29.729 habitantes, com predominância do sexo feminino.

4.3 População e amostra

Para o estudo foram convidados a participar todos os profissionais da equipe mínima de saúde: médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem e ACS (n=190). Foram incluídos os profissionais que atuavam na USF há pelo menos 12 meses, sendo excluídos aqueles que no momento da coleta dos dados estavam afastados, de licença ou de férias. A amostra final foi de 106 profissionais, considerando 95% de confiança e erro de 5%, prevalência de 50%, calculada com auxílio do WINPEPI versão 11.32.

No presente estudo serão analisados dados referentes aos ACS (n=56).

4.4 Coleta dos dados

Para a realização da coleta de dados foram convidados todos os profissionais da equipe mínima de saúde a participar do estudo com aplicação do *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector* (ANEXO A), proposto pela OMS, Organização Internacional do Trabalho (OIT) e de Serviços Públicos e Conselho Internacional de Enfermagem (DI MARTINO, 2002). O questionário, traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Palacios et. al. (2002), foi construído com o propósito de reduzir a incidência de violência no setor saúde por meio do encontro de estratégias para o combate a violência.

O referido instrumento pode ser dividido em oito nichos de perguntas: A primeira parte engloba 11 questões sobre as características sociodemográficas dos entrevistados; a segunda é composta por 20 questões que dizem respeito às características profissionais dos entrevistados. Após a realização destas duas etapas, os participantes responderam o questionário somente nas etapas em que foram vítimas dos determinados tipos de violências nos últimos 12 meses de trabalho; na etapa três são 15 questões referentes à avaliação da violência física; a partir da etapa quatro, inicia-se questões sobre a avaliação psicológica, que englobam 13 questões quanto a agressão verbal, 13 questões referentes à intimidação/assédio moral (etapa cinco), 13 questões sobre assédio sexual (etapa seis) e 13 questões sobre discriminação racial (etapa sete). Na etapa oito são três questões que abordam medidas institucionais de controle da violência no trabalho.

Antes de iniciar o preenchimento do instrumento, foram apresentados aos profissionais os objetivos da pesquisa com a disponibilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Os participantes do estudo foram informados de que todos os dados iriam ser tratados com anonimato, exclusivamente para fins do estudo e que o consentimento poderia ser retirado a qualquer momento, sem nenhuma penalidade. Conforme a aceitação do trabalhador em participar da pesquisa, o termo era assinado em duas vias e assim iniciava a resolução das questões de múltipla escolha.

O tempo aproximado gasto para aplicação do *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector* foi de 30 minutos e a coleta dos dados

ocorreu nos locais de trabalho, com agendamento prévio de acordo com a disponibilidade dos participantes. O questionário foi aplicado pela autora da Dissertação já referida, bem como pela autora-proponente do presente estudo e por outros assistentes de pesquisas devidamente treinados.

Para o presente estudo foram coletadas informações do banco de dados da Dissertação já mencionada. Foram selecionados os dados que se referem aos ACS.

4.6 Análise dos dados

Foi utilizada a análise descritiva, sendo apresentadas as variáveis categóricas por meio de frequências absolutas e relativas, bem como as variáveis de natureza quantitativa (contínuas e escalares) foram descritas por meio de medidas de tendência central e dispersão: média, desvio padrão, mediana e intervalos interquartílicos.

Os dados coletados foram selecionados a partir de planilha do *Microsoft Windows Excel*. A análise dos dados se deu com apoio do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 18.0.

4.7 Aspectos éticos

O projeto da dissertação de mestrado, ao qual este trabalho está vinculado, foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (ANEXO B) e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ANEXO C). A autora, por meio de uma carta de autorização do uso de dados (APÊNDICE B), autorizou a utilização de informações da pesquisa que constam em banco de dados.

O presente projeto foi submetido à apreciação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sendo aprovado pela mesma (ANEXO D).

O estudo respeitou a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b), salvaguardando aspectos éticos envolvendo pesquisas com seres humanos.

A partir da apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) aos participantes foi solicitada compreensão e concordância para a sua participação, assinando-o em duas vias. Foi garantido o anonimato e o direito de desistência a qualquer momento da coleta dos dados.

Ponderou-se como risco do estudo o despertar de sentimentos desconfortáveis aos participantes da pesquisa, uma vez que rememora situações de violência, negativas ao bem estar psicológico. Tratou-se de risco amenizado pelo acolhimento do pesquisador, bem como pela explicação da importância dessas situações serem relatadas para subsidiar medidas de proteção.

O material resultante das coletas de dados ficará guardado no período de cinco anos e, após, descartados.

Os dados selecionados do banco de dados foram utilizados somente para fins do presente trabalho de conclusão de curso, mantendo anonimato dos participantes.

5 RESULTADOS

A seguir serão apresentados os resultados encontrados a partir de uma amostra de 56 agentes comunitários de saúde das USF do distrito Glória, Cruzeiro e Cristal.

5.1 Caracterização dos trabalhadores participantes do estudo

Na tabela 1 são apresentados os dados sociodemográficos dos ACS que participaram da pesquisa.

Tabela 1 – Caracterização dos ACS segundo dados sociodemográficos. Porto Alegre, RS. 2018

Características sociodemográficas	n= 56
Sexo*	
Feminino	45 (80,4)
Masculino	11 (19,6)
Cor da Pele*	
Negra	17 (30,9)
Parda	10 (18,2)
Branca	28 (50,9)
Anos de Estudo**	11 (11 - 13)
Situação Conjugal*	
Solteiro, Viúvo ou Sem companheiro	28 (50,0)
Casado ou com Companheiro	28 (50,0)
Filhos**	2 (1 - 3)
Uso de Tabaco*	
Sim	08 (14,3)
Não	48 (85,7)
Nº médio de horas de sono em 24 horas**	7 (6 – 8)
Frequência de uso de bebida alcoólica na semana**	0 (0 – 1)
Uso de medicação*	
Sim	37 (66,1)
Não	19 (33,9)
Doença Crônica*	
Sim	30 (53,6)
Não	26 (46,4)

Fonte: Pesquisa documental em banco de dados. MATOS, V. Z. Porto Alegre, 2018.

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

Observa-se que se trata de uma amostra predominantemente feminina (80,4%), de cor branca (50,9%), não tabagista (85,7%), com uma média de dois filhos (1-3). A escolaridade média foi de 11 anos (11-13). O tempo médio de horas de sono em 24 horas foi de 7 horas (6-8). Um maior percentual (66,1%) fazem uso de medicação e 53,6% apresentam alguma doença crônica.

Dos entrevistados (n=56), 37 (100%) ACS referiram utilizar medicações, sendo que 8 (21,6%) utilizavam anti-hipertensivos, 5 (13,5%) usavam anticoncepcionais e 4 (10,8%) utilizavam psicotrópicos. Quanto a utilização de mais de uma classe medicamentosa, 17 (45,9%) agentes referiram utilizar no seu cotidiano e 3 (8,1%) trabalhadores utilizavam outras medicações que não as citadas anteriormente. Das medicações utilizadas, 37 (100%) colaboradores referiram que tinham prescrição médica e os outros 19 agentes não responderam a este item.

Todos os entrevistados possuíam vínculo empregatício do tipo CLT, assim como todos apresentavam turno de trabalho integral, manhã e tarde, nas suas respectivas Unidades de Saúde da Família.

A tabela 2 expõe os dados laborais dos ACS e a ocorrência de acidentes no trabalho.

Tabela 2 - Caracterização dos ACS segundo dados laborais. Porto Alegre, RS. 2018.

Aspectos Laborais	n= 56
Anos de experiência na área da saúde"	10,50 (4 – 16)
Anos de experiência na USF"	05 (3 – 16)
Carga horária de trabalho semanal"	40 (40 – 40)
Trabalho em outra instituição	
Sim	05 (8,9)
Não	51 (91,1)
Carga horária de trabalho semanal na outra instituição"	12 (7 – 40)
Nº de profissionais presentes no trabalho"	12,50 (9,25– 17,75)
Avaliação das condições de trabalho na USF (1-5)"	3 (3 – 4)
Avaliação da organização do trabalho na USF (1-5)"	4 (3 – 4)
Satisfação com o local de trabalho (1-5)"	03 (3 – 4)
Reconhecimento pela realização do trabalho (1-5)"	04 (4 – 5)
Avaliação dos relacionamentos interpessoais (1-5)"	04 (4 – 5)
Avaliação do relacionamento socioprofissional com chefia (1-5)"	04 (4 – 5)
Preocupação com a violência no trabalho (1-5)"	05 (4 – 5)
Ocorrência de acidente biológico no trabalho	
Sim	04 (16,7)

Não	20 (83,3)
Ocorrência de acidente físico no trabalho	
Sim	05 (20,8)
Não	19 (79,2)
Ocorrência de acidente ergonômico no trabalho	
Sim	15 (62,5)
Não	09 (37,5)
Ocorrência de acidente no trajeto para o trabalho	
Sim	05 (20,0)
Não	20 (80,0)
Quantidades de ausências no trabalho no último ano”	
	07 (2 – 15)

Fonte: Pesquisa documental em banco de dados. MATOS, V. Z. Porto Alegre, 2018.

Notas: “ mediana (intervalos interquartílicos)

Quanto às características profissionais dos entrevistados, o tempo de experiência na área da saúde se dá em uma mediana de 10 anos (4 - 16) e o tempo de experiência na USF é em torno de cinco anos (3 - 16) com uma mediana de carga horária semanal de 40 horas (40 - 40). 91,1% não trabalhavam em outra instituição.

Em relação à avaliação das condições e organização do trabalho na USF os agentes tiveram parecer considerado, respectivamente, com medianas 3 e 4. Quanto à satisfação com seu local de trabalho, houve mediana de valor 3 segundo escala de satisfação. Em relação à avaliação dos relacionamentos interpessoais e socioprofissionais com a chefia/ coordenador do trabalho, os agentes encontram-se bem satisfeitos com o relacionamento conforme mediana exposta na tabela.

Quanto ao reconhecimento pela realização do trabalho os ACS indicaram que são quase sempre muito bem reconhecidos (4-5) perante o exercício de sua profissão. Já em relação a preocupação com a violência no seu local de trabalho, os agentes se mostraram muito preocupados, com mediana de 5 (4-5).

Ao serem questionados sobre a ocorrência de acidentes de trabalho, o tipo mais citado foi os acidentes ergonômicos (62,5%), seguido dos acidentes físicos (20,8%), de trajeto (20,0%) e biológicos (16,7%). 32 trabalhadores não responderam sobre a ocorrência de acidentes no trabalho. Não houve mediana para acidentes no trabalho ou para o seu deslocamento (0-1).

5.2 Violência no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde

Os agentes comunitários de saúde foram questionados quanto à exposição à violência no trabalho nos últimos 12 meses, englobando tanto violência física quanto psicológica. Logo abaixo, a porcentagem dos trabalhadores vítimas e não vítimas da violência laboral segundo a amostra.

Gráfico 1 – Frequência de Agentes Comunitários de Saúde (n=56) expostos e não exposto à violência no trabalho nos últimos 12 meses. Porto Alegre, RS. 2018



Fonte: Pesquisa documental em banco de dados. MATOS, V. Z. Porto Alegre, 2018.

Conforme o gráfico acima, 33 (58,9%) ACS referiram terem sido expostos à violência laboral nos últimos 12 meses.

Tabela 3 – Relato da violência nos locais de trabalho do ACS. Porto Alegre, RS. 2018.

Relato da violência	n= 56
Procedimentos para o relato da violência no local de trabalho	
Sim	47 (83,9)
Não	09 (16,1)
Estímulo para o relato da violência no local de trabalho	
Sim	39 (69,6)
Não	17 (30,4)
Motivadores para o relato da violência	
Coordenação	22 (56,4)

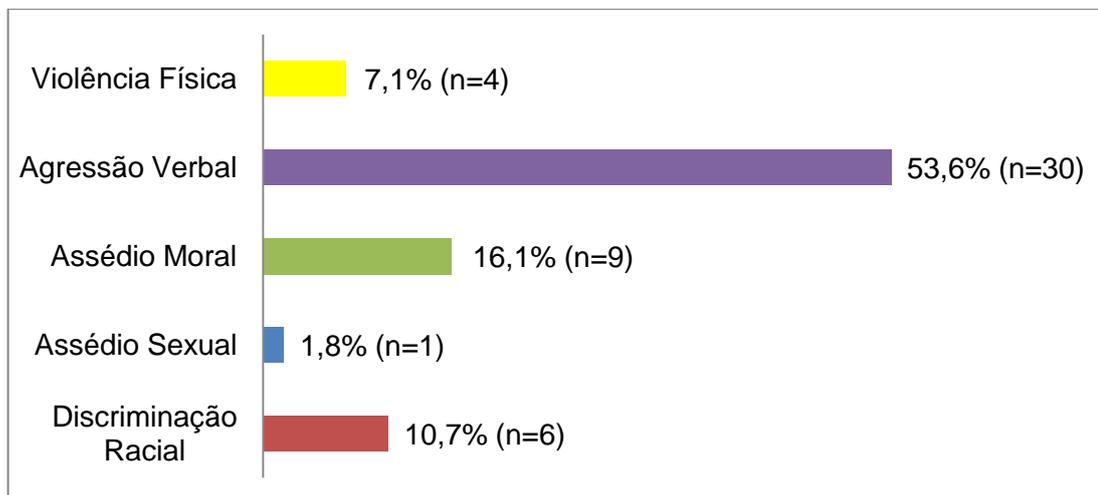
Colegas	15 (38,5)
CIPA	02 (5,1)

Fonte: Pesquisa documental em banco de dados. MATOS, V. Z. Porto Alegre, 2018.

Como pode ser visto, a maioria dos participantes da pesquisa (83,9%) referiram a existência de procedimentos para o relato da violência. Um percentual de 69,6% dos agentes referiram existir estímulo para o relato da violência no local de trabalho e 22 (56,4%) referiram vir dos coordenadores da unidade de saúde.

Ainda sobre a violência sofrida pelos ACS, o gráfico 2 mostra os percentuais dos diferentes tipos de violência encontrados.

Gráfico 2 - Ocorrências de violência no trabalho (n=50) segundo os tipos. Porto Alegre, RS. 2018

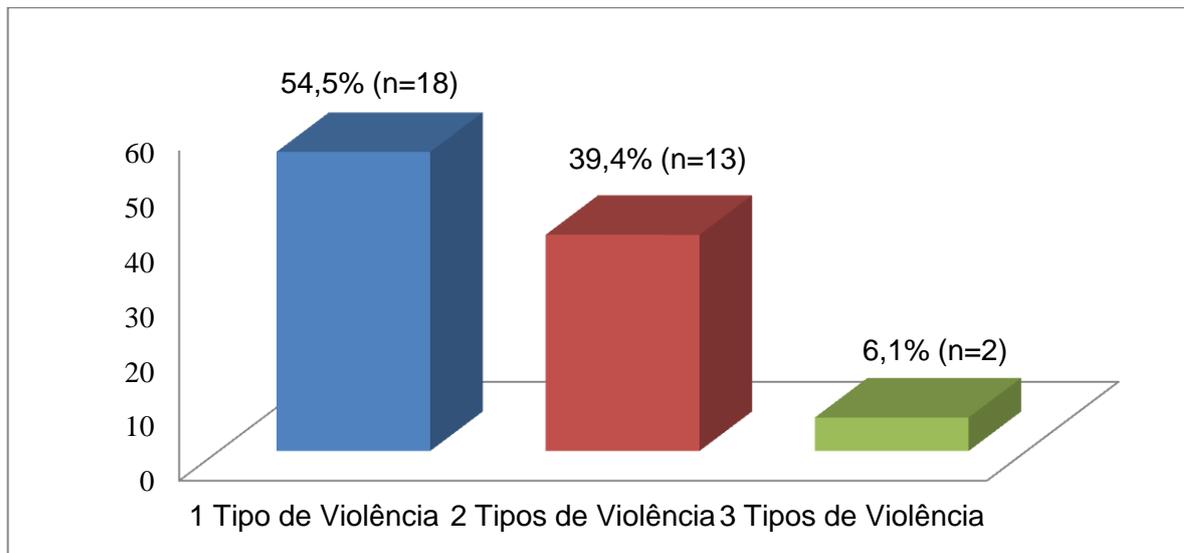


Fonte: Pesquisa documental em banco de dados. MATOS, V. Z. Porto Alegre, 2018.

Conforme o gráfico fica evidente a prevalência das agressões verbais (53,6%) dentre as ocorrências de violência pelas vítimas nos últimos 12 meses de trabalho. O assédio moral (16,1%), a discriminação racial (10,7%), a violência física (7,1%) e o assédio sexual (1,8%) aconteceram também, porém com uma prevalência menor respectivamente.

Os agentes comunitários sofreram diversos tipos de violência laboral, mas vale salientar que um trabalhador possa ter sofrido mais de um tipo de violência. O gráfico abaixo mostra a exposição de um trabalhador frente as diferentes formas de violência.

Gráfico 3 - Distribuição do número de diferentes tipos de violência segundo o percentual de trabalhadores expostos (n=33). Porto Alegre, RS. 2018



Fonte: Pesquisa documental em banco de dados. MATOS, V. Z. Porto Alegre, 2018.

Destaca-se que 45,5% (n=15) dos ACS sofreram mais de um tipo de violência no trabalho.

Na tabela 4 é relatado quanto aos locais que ocorreram os incidentes.

Tabela 4 – Locais dos incidentes segundo os tipos de violências. Porto Alegre, RS. 2018

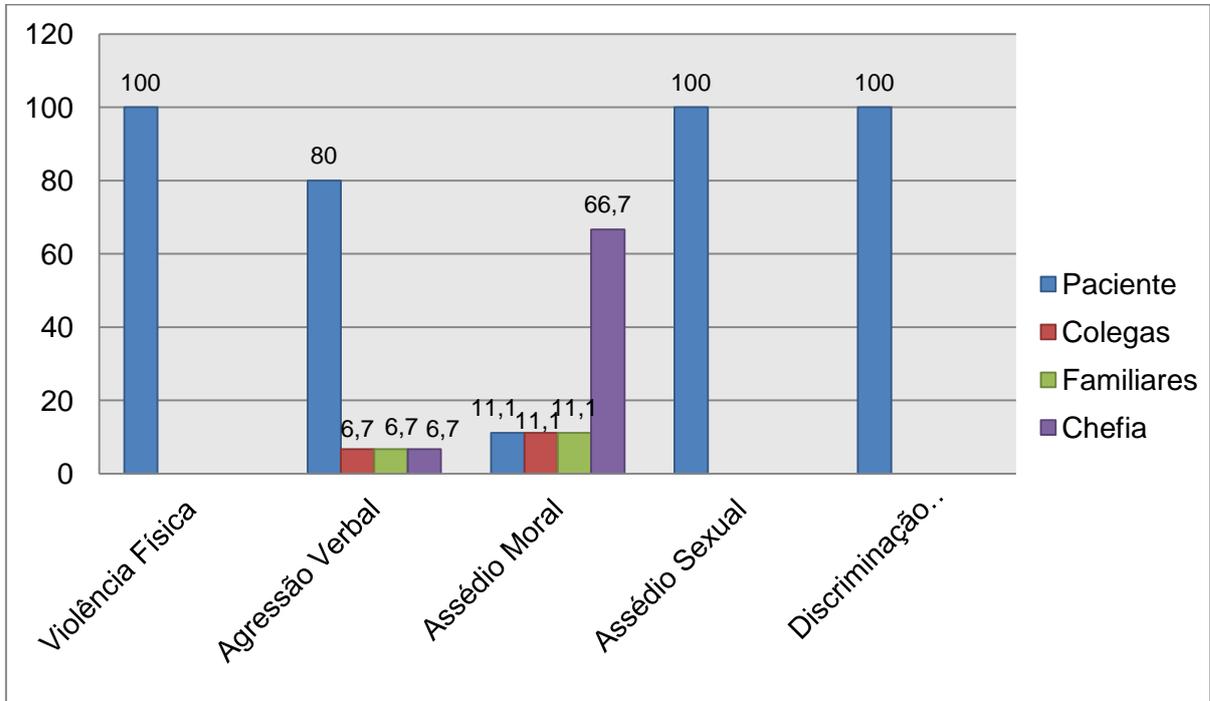
Locais dos incidentes	Violência	Agressão	Assédio	Assédio	Discriminação
	Física (n=4)	Verbal (n=30)	Moral (n=9)	Sexual (n=1)	Racial (n=6)
Dentro de uma instituição ou serviço	2 (50)	25 (83,3)	7 (77,8)	1 (100)	4 (66,7)
Na casa do paciente / cliente	1 (25)	2 (6,7)	1 (11,1)	-	2 (33,3)
Fora (no trajeto para o trabalho / visita domiciliar / casa)	1 (25)	3 (10)	-	-	-

Fonte: Pesquisa documental em banco de dados. MATOS, V. Z. Porto Alegre, 2018.

Conforme a tabela são prevalentes os incidentes violentos dentro dos serviços de saúde (50-100%).

Quanto aos perpetradores da violência, o gráfico 4 descreve-os segundo os tipos de violência.

Gráfico 4 – Distribuição dos tipos de violência (n=50) no trabalho segundo perpetradores. Porto Alegre, RS. 2018



Fonte: Pesquisa documental em banco de dados. MATOS, V. Z. Porto Alegre, 2018.

Observa-se que os maiores perpetradores de violência laboral são os pacientes (100-80%), cabendo destacar que nos casos de assédio moral as chefias, na maioria das vezes, tornam-se causadores da violência (66,7%).

5.3 Reações e problemas vivenciados pelos ACS

Situações de violência no trabalho dos ACS podem gerar diferentes reações, sejam elas no momento do acaso, assim como podem repercutir no dia a dia destes trabalhadores. Na tabela abaixo é apresentada as reações tidas diante da violência, se houve tomada de providência acerca do ocorrido, se houve auxílio de alguém e se ocorreram consequências para o agressor.

Tabela 5 – As reações, providências, ajuda do supervisor e consequências para o agressor, segundo os tipos de violência. Porto Alegre/RS. 2018

Variáveis	Violência	Agressão	Assédio	Assédio	Discrim.
	Física (n=4)	Verbal (n=30)	Moral (n=9)	Sexual (n=1)	Racial (n=6)
Reações					
Não teve reação	1 (25)	7 (23,3)	-	-	-
Tentou fingir que nada aconteceu	-	10 (33,3)	2 (22,2)	-	2 (33,3)
Pediu à pessoa para parar	1 (25)	5 (16,7)	2 (22,2)	1 (100)	-
Tentou defender-se fisicamente	1 (25)	-	-	-	-
Contou para amigos / familiares	1 (25)	6 (20)	3 (33,3)	-	3 (50)
Buscou aconselhamento	1 (25)	3 (10)	3 (33,3)	-	1 (16,7)
Contou para um colega	3 (75)	18 (60)	6 (66,7)	1 (100)	4 (66,7)
Relatou para um chefe	2 (50)	17 (56,7)	4 (44,4)	1 (100)	3 (50)
Pediu transferência	-	-	-	-	-
Registrou o evento	3 (75)	4 (13,3)	1 (11,1)	-	2 (33,3)
Outro	-	5 (16,7)	4 (44,4)	-	1 (16,7)
Providências					
Sim	1 (25)	9 (30)	4 (44,4)	-	3 (50)
Não	3 (75)	21 (70)	5 (55,6)	1 (100)	3 (50)
Quem tomou a providência					
Chefia	1 (100)	8 (80)	2 (50)	-	3 (100)
Colega	-	2 (20)	1 (25)	-	-
Outro	-	-	1 (25)	-	-
Supervisor ofereceu ajuda					
Não ofereceu	3 (75)	16 (53,3)	5 (55,6)	-	4 (80)
Ofereceu aconselhamento	-	3 (10)	1 (11,1)	1 (100)	-
Ofereceu oportunidade de relatar ocorrido	-	10 (33,3)	3 (33,3)	-	1 (20)
Outro suporte	1 (25)	2 (6,7)	-	-	-
Consequências para o agressor					
Nenhuma	2 (50)	19 (63,3)	8 (88,9)	1 (100)	4 (66,7)
Advertência verbal	-	5 (17,2)	-	-	-

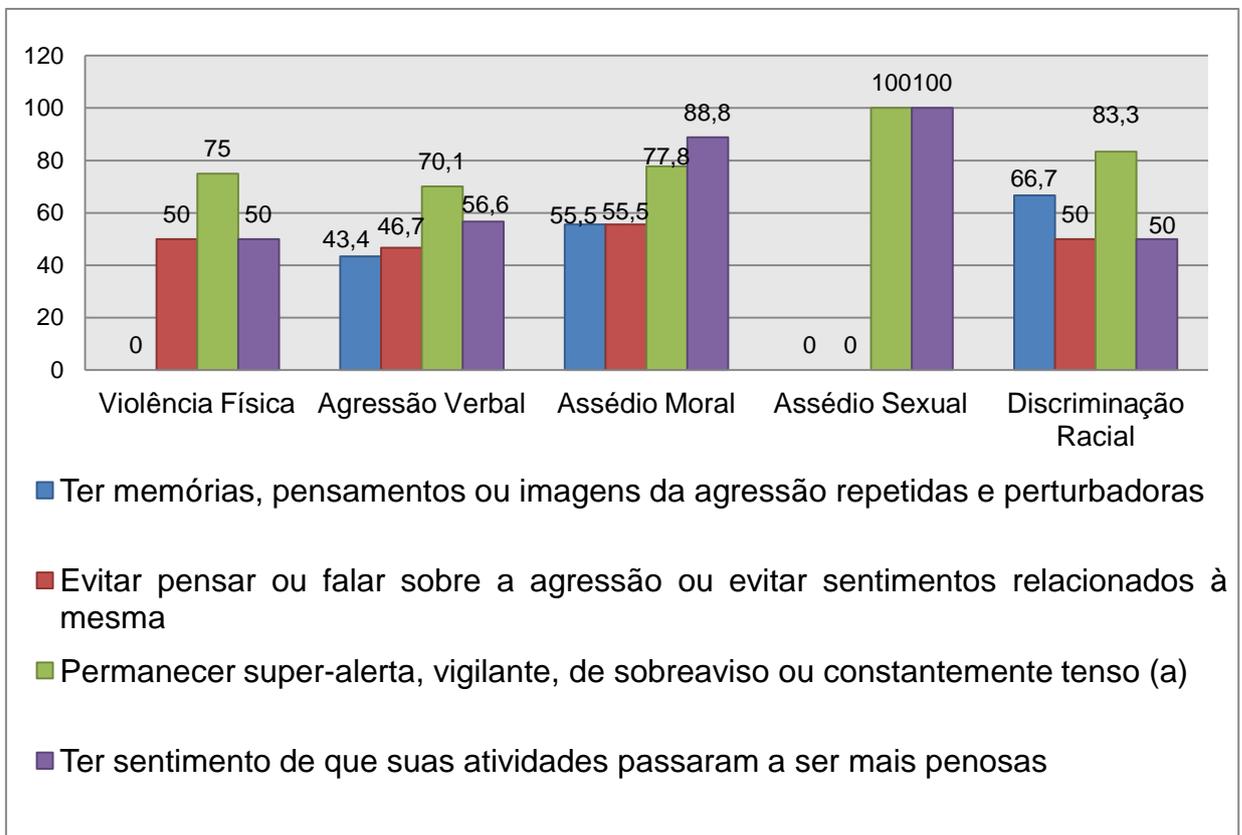
Interrompeu o tratamento/ transferido de setor	-	1 (3,4)	1 (11,1)	-	-
Registro na polícia	2 (50)	4 (13,8)	-	-	2 (33,3)
Outro	-	1 (3,4)	-	-	-

Fonte: Pesquisa documental em banco de dados. MATOS, V. Z. Porto Alegre, 2018.

Conforme a tabela evidencia-se que as reações mais prevalentes frente aos episódios de violência é contar para um colega (100 - 60%) e relatar para o chefe (100 - 44,4%). Ressalta-se a prevalência de não tomada de providências acerca dos casos de violência ocorridos (50 – 100%), sendo que as poucas tomadas foram realizadas pela chefia do trabalhador (50 – 100%). Observa-se que grande parte das violências não causaram consequências para o agressor. Para os casos de violência física, o registro na polícia foi realizado (50%).

Logo abaixo temos o gráfico 5 que evidencia os problemas vivenciados pelos ACS em decorrência da violência sofrida.

Gráfico 5 – Distribuição de problemas vivenciados, de moderado a extremamente, pelos trabalhadores expostos a violência no trabalho (n=33). Porto Alegre, RS. 2018



Fonte: Pesquisa documental em banco de dados. MATOS, V. Z. Porto Alegre, 2018.

Permanecer super-alerta, vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso (entre 70 a 100%) e ter sentimento de que suas atividades passaram a ser mais penosas (entre 50 a 100%) foram os problemas mais encontrados pelos ACS conforme o gráfico acima, principalmente nos casos de assédio sexual.

6 DISCUSSÃO

No presente estudo ressalta-se o percentual de ACS (58,9%) expostos à violência nos últimos 12 meses de trabalho. Em um estudo realizado com indivíduos que compõem as equipes da ESF é evidenciado que 57,8% dos trabalhadores estão expostos à violência laboral e que este fato influencia no exercício de suas atividades de forma negativa, impactando nos seus processos de trabalho (LIMA, 2017).

Um estudo realizado no Sudoeste Baiano relata que 26% dos ACS mostram-se inseguros em seus locais de trabalho. Quanto às violências provocadas por familiares, vizinhos e acompanhantes dos usuários do serviço, 22,5% dos ACS referiram terem sido vítimas nos últimos 12 meses de trabalho (SANTOS, et. al., 2012).

No estudo de Jardim e Lancman (2009) é reforçado, através das falas dos agentes comunitários, o medo e a exposição a violência no trabalho devido a necessidade de terem que lidar com todas as pessoas da sua área, sejam pessoas do bem, sejam pessoas que praticam delitos e os ameaçam, visitando as suas casas e exercendo as atividades que lhes são atribuídas.

Observou-se a prevalência das agressões verbais (53,6%) dentre as ocorrências de violência mencionadas pelas vítimas. Um estudo realizado em Minas Gerais sobre a violência no trabalho das equipes de saúde da família evidencia a prevalência das agressões verbais (36,9%), tendo os ACS como a categoria mais afetada por ocorrências de violência (OLIVEIRA; CAMARGO; IWAMOTO, 2013).

Segundo um estudo realizado com 679 servidores estaduais, 25,9% dos trabalhadores da área da saúde foram vítimas de pelo menos um tipo de violência, tendo a agressão verbal como a mais prevalente (19,4%). Neste mesmo estudo foi identificado que 17,8% dos entrevistados não tinham alguma preocupação com a violência no local de trabalho, e 30% estavam muito preocupados com estas situações (SILVA; AQUINO; PINTO, 2014).

Conforme estudo de Silva e colaboradores (2015) a exposição à violência pelos trabalhadores da atenção primária foi presente sendo distribuída em insultos (44,9%), ameaças (24,8%) e agressões físicas (2,3%). Ou seja, reforça os achados deste estudo que houve prevalência das agressões verbais.

As ocorrências de episódios de assédio moral foram representadas por 16,1%, tendo 66,7% dos casos ocorridos contados para colegas de serviço. Conforme o autor Mesquita (2012), em seu estudo, 69,5% dos ACS vivenciaram no mínimo uma situação de assédio moral ocasionada por seu chefe em seu local de trabalho e 30,5% relataram nunca ter passado por situação constrangedora. Destaca-se que os casos contados para colegas de trabalho tiveram maiores percentuais (55%) também, reforçando o resultado deste estudo.

Os locais das ocorrências de violência foram, principalmente, nos próprios serviços de saúde. Isto pode ser explicado devido ao redirecionamento das atividades do ACS, em que antes era voltada a promoção da saúde por visitas domiciliares, trabalho em campo, e hoje, devido à sobrecarga de tarefas, o trabalho está sendo também mais administrativo (recepção, agendamentos), ficando nos interiores dos serviços de saúde (BROCH, et. al., 2018).

Conforme metassíntese de Alonso, Béguin e Duarte (2018), há uma falta de dimensionamento das atividades que os ACS exercem, realizando atividades muitas vezes que não lhes cabem, como o atendimento na recepção, o agendamento de consultas, a organização de pastas e prontuários, controle de materiais, entre outras funções que os distanciam das suas atividades em campo.

Pode-se dizer que a sobrecarga de trabalho gira em torno do absenteísmo e da falta de profissionais contratados, o que eleva as tarefas dos trabalhadores gerando um grande sobrecarregamento profissional e, conseqüentemente, adoecimento (DUARTE; AVELHANEDA; PARCIANELLO, 2013). Em relação à ocorrência de acidentes no trabalho do ACS, houve destaque para os acidentes ergonômicos (62,5%), seguido dos acidentes físicos (20,8%), de trajeto (20,0%) e biológicos (16,7%). Conforme o autor Gomes e colaboradores (2015) a sobrecarga de trabalho excessiva e o sofrimento psíquico que muitas vezes esse trabalhador sofre diante de situações peculiares da comunidade são fatores que propiciam a exposição aos acidentes ergonômicos.

Evidenciou-se que os maiores perpetradores de violência laboral foram os pacientes, usuários do serviço de saúde (100-80%), com exceção dos casos de assédio moral. Conforme estudo de Silva, Aquino e Pinto (2014) 68% dos episódios de violência foram causados por pacientes e seus familiares.

Nos casos de assédio moral os maiores perpetradores foram as chefias (66,7%). Conforme estudo de Broch e colaboradores (2018) há uma falta de

valorização do trabalho do ACS por parte da equipe de saúde e da gestão, o que acaba interferindo no trabalho em equipe e gerando conflitos internos. Outro estudo também constata esta falta de reconhecimento do ofício destes trabalhadores por parte da equipe de saúde, havendo um tratamento hierárquico, com tom de superioridade perante os ACS (LOPES, et. al., 2012).

Permanecer super-alerta, vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso foi um dos problemas mais referidos pelos ACS. Conforme Broch e colaboradores (2018) os agentes convivem diariamente com o estresse acerca da violência e desigualdades vivenciadas no trabalho, uma vez que diante de certas ocorrências, tornam-se incapazes e impotentes.

Segundo Lopes (2014), os ACS relataram trabalhar em um lugar violento, demonstrando a insatisfação com a prática laboral. Sentimentos de impotência em relação a uma comunidade vulnerável, medo, pânico e presenciamento de situações com armas de fogo foram mencionados no estudo. Esta insatisfação não é somente ligada às situações de violência, mas sim, pelo sobrecarregamento destes trabalhadores devido a eles exercerem atividades além do que deveriam, tornando-se fonte de angústia e sofrimento.

A presença de situações de violência, como agressões verbais e físicas, roubos e assaltos, fazem parte do cotidiano do trabalhador e a falta de segurança nos locais de trabalho acabam por agravar o quadro, deixando os profissionais vulneráveis tanto fisicamente como psicologicamente a esses episódios. O fato de exercerem atividades fora dos serviços de saúde, como por exemplo, as visitas domiciliares, aumentam a exposição à violência do trabalhador, visto que muitas vezes são zonas de tráfico de drogas e de alta criminalidade, que se encontram em disputa pelo poder (DUARTE, AVELHANEDA, PARCIANELLO, 2013; SANTOS, SILVA, BRANCO, 2017).

O estudo de Silva e colaboradores (2015) revela em sua pesquisa que quanto mais o trabalhador é exposto a violência, maior é a chance de desenvolver quadros de depressão. O estudo de Duarte, Avelhaneda e Parcianello (2013) também reforçam este achado. Conforme resultados encontrados deste estudo, ter sentimentos de que suas atividades passaram a ser mais penosas foi um dos problemas referenciados pelos ACS que corroboram para o alcance de um quadro depressivo.

Segundo Oliveira, Camargo e Iwamoto (2013), em seu estudo com a equipe de saúde da família, as vítimas de violência evidenciaram sentimentos de tristeza (41,9%), raiva (38,4%) e humilhação (36,1%), tendo a insatisfação pelo trabalho (54,6%) um item destacado após as ocorrências.

Por outro lado, Santiago (2016) destaca a satisfação dos ACS com o trabalho, sendo realizados profissionalmente quanto à identificação com as tarefas realizadas e o orgulho de realizá-las. São consideradas como fontes de prazer no trabalho.

Evidenciou-se a prevalência da falta de tomada de providência acerca dos casos de violência ocorridos. Isto pode ser explicado em razão dos ACS pensarem em sua segurança já que os usuários envolvidos sabem onde o agente reside, representando uma ameaça tanto para si próprio como para sua família que não tem envolvimento com estes indivíduos (TRINDADE, et. al., 2007).

As reações mais prevalentes frente aos episódios de violência foram contar para um colega e relatar para o chefe do ocorrido. Conforme Oliveira, Camargo e Iwamoto (2013), relatar para o chefe foi a atitude mais presente pela equipe de saúde da família após serem vítimas da violência laboral, sendo realizada por enfermeiros (57,2%), técnicos de enfermagem (71,4%) e ACS (70,0%).

No estudo em questão houve tentativas de fingir que nada aconteceu nos casos de agressão verbal (33,3%), assédio moral (22,2%) e discriminação racial (33,3%). Negar a existência da violência no local de trabalho, fingir que nada aconteceu e naturaliza-la podem ser consideradas como estratégias para os profissionais conseguirem executar o trabalho (LOPES, 2014; SOUZA, FREITAS, 2011; DAL PAI, 2011).

No estudo de Dal Pai (2011) realizado com trabalhadores da saúde de um hospital público de pronto socorro, a tentativa de fingir que nada aconteceu após as ocorrências de violência foi presente em 20,2%; 13,7% não reagiram ao ocorrido e a notificação do evento foi realizado em apenas 13%.

Para lidar com o estresse mental causado pela alta demanda do trabalho e situações conflitantes, os ACS buscam por psicoterapia, medicações para relaxamento, prática de esportes, crenças religiosas, entre outras estratégias individuais que encontram. O reconhecimento do trabalho pelos usuários do serviço de saúde é outro meio citado que auxilia na motivação pelo trabalho (CREMONESE, MOTTA e TRAESEL; 2013).

Conforme Lopes e colaboradores (2012) ter ações resolutivas e ser reconhecido pelo trabalho pela comunidade são fatores colaborativos para as vivências de prazer e satisfação no trabalho do ACS.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidencia-se a prevalência da violência no trabalho do ACS, tendo 58,9% vítimas. O tipo de violência mais presente foi a agressão verbal (53,6%), seguida do assédio moral (16,1%), discriminação racial (10,7%), violência física (7,1%) e assédio sexual (1,8%), respectivamente.

A existência de procedimentos para o relato da violência foi referida por 83,9% dos ACS. A maioria dos incidentes ocorreram nos próprios serviços de saúde e 45,5% sofreram mais de um tipo de violência no trabalho.

Os maiores perpetradores da violência neste estudo foram os pacientes (100-80%), com exceção dos casos de assédio moral que foram representados pelas chefias como os causadores da violência (66,7%). Quanto aos problemas vivenciados pelos ACS vítimas de violência no trabalho, permanecer super-alerta, vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso (70-100%) e ter sentimento de que suas atividades passaram a ser mais penosas (50-100%) foram os problemas mais encontrados pelos agentes comunitários.

As reações mais prevalentes frente aos episódios de violência foram contar para um colega (entre 60% e 100% das situações) e relatar para o chefe (entre 44,4% e 100%). Ressalta-se a não tomada de providências acerca dos casos de violência ocorridos, sendo que as poucas que tiveram, foram tomadas pela chefia do trabalhador. Observa-se que grande parte das violências não causaram consequências para o agressor. Para os casos de violência física, o registro na polícia foi evidenciado (50%).

Com os dados deste estudo é possível ter conhecimento das características da violência laboral e das repercussões dessas ocorrências na vida destes trabalhadores, o que colabora para o estabelecimento de estratégias de enfrentamento frente a estes problemas, contribuindo assim na busca pelo trabalho digno.

As implicações do estudo para a enfermagem são em relação ao benefício que esta pesquisa trará para os trabalhadores, afetando no seu desempenho e na qualidade de vida do trabalho. O estudo em questão facilitará a elaboração de estratégias de combate e prevenção para situações de violência no trabalho dos ACS, deixando-os preparados, que, por consequência, colaborará para um bom

andamento da ESF. O ACS e a enfermagem estão interligados por trabalharem em equipe. Se um desses trabalhadores não estiver bem para exercer suas atividades, o desenvolvimento do trabalho não será o mesmo, havendo deficiências nas tarefas propostas pelos serviços de saúde.

As limitações encontradas para a realização deste estudo foram em relação ao acesso às ESF. A falta de tempo para a finalização da pesquisa e a dificuldade de acesso às unidades devido por elas estarem situadas em zonas de alto risco de tiroteios por disputas de poder entre “faccções criminosas”, foram fatores que impossibilitaram a visita a todas as ESF e atrasaram o andamento da coleta de dados.

Evidencia-se uma carência de estudos acerca da violência no trabalho do ACS, necessitando-se a construção de novos estudos, visto ser um tema tão pertinente à saúde destes trabalhadores. Medidas de proteção são necessárias, principalmente considerando a importâncias dos ACS para a promoção e prevenção da saúde nas comunidades.

REFERÊNCIAS

- ALONSO, C. M. C.; BÉGUIN, P. D.; DUARTE, F. J. C. M. Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n. 14, 2018.
- BAPTISTINI, R. A.; FIGUEIREDO, T. A. M. Agente Comunitário de Saúde: desafios do trabalho na zona rural. **Ambiente & Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 53-70, 2014.
- BARATIERI, T. et. al. Nova Política Nacional de Atenção Básica Brasileira: um passo para o desmonte do Sistema Único de Saúde?. **Convención Internacional de Salud**, Cuba Salud, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. e-Gestor Atenção Básica. Informação e gestão da Atenção Básica. **Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde**. 2017a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Saúde do Trabalhador**. 2017. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/saude-do-trabalhador>> Acesso em 28 out. 2017b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017**. 2017c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 1988.
- BRASIL. **Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm> Acesso em: 25 out. 2017.
- 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, 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa dos Agentes Comunitário de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011**. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em: 2 dez. 2017.
- BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 26 out. 2017.

BRENNER, J. L. et. al. Can Volunteer Community Health Workers Decrease Child Morbidity and Mortality in Southwestern Uganda? An Impact Evaluation. **PLOS One**, v.6,n.12, 2011.

BROCH, D. et. al. Vivências de prazer e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 17, n. 2, 2018.

CARREIRO, G. S. P. et. al. O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p.146-55, 2013.

CARVALHO, M.; SANTOS, N. R.; CAMPOS, G. W. S. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 372-387, 2013.

CECILIO, L. C. O. et. al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, 2012.

COSTA, M. B. S.; LIMA, C. B.; OLIVEIRA, C. P. Atuação do enfermeiro no programa saúde da família (PSF) no estado da Paraíba. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, Brasília, 2000.

CREMONESE, G. R.; MOTTA, R. F.; TRAESEL, E. S. Implicações do trabalho na saúde mental dos Agentes Comunitários de Saúde. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 16, n. 2, 2013.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e mistos**. 2ªed. Porto Alegre: Artmed; 2007.

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. **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.

DILÉLIO, A. S.; et. al. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 503-514, 2012.

DI MARTINO, V. **Workplace violence in the health sector – country case studies (Brazil, Bulgarian, Lebanon, Portugal, South África, Thailand, and an additional Australian study)**. 2002. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVsynthesisreport.pdf> Acesso em: 29 out. 2017.

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.

- FONSECA, A. F.; MENDONÇA, M. H. M. Parcelarização e simplificação do trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Revista Latinoamericana de Estudios Del Trabajo**, p.29-57, 2015.
- GOGIA, S.; SACHDEV, H. S. Home visits by community health workers to prevent neonatal deaths in developing countries: a systematic review. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 88, n. 9, p. 658-666, 2010.
- GOMES, A. L. et. al. O Elo Entre o Processo e a Organização do Trabalho e a Saúde Mental do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família no Município de João Pessoa - Paraíba - Brasil. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 3 , 2011.
- GOMES, M. F.; et. al. Riscos e agravos ocupacionais: percepções dos agentes comunitários de saúde. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 4, 2015.
- HULLEY, S. B. et. al. **Delineando a Pesquisa Clínica**. 4 ed. – Porto Alegre: Artmed, 2015.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico**. 2010.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População estimada de Porto Alegre**. 2017. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/porto-alegre/panorama>> Acesso em 2 jul. 2018.
- JARDIM, T. A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v. 13, n. 28, p. 123–135 , 2009.
- KHOSHKNAB, M. F., et. al. Psychological Violence in the Health Care Settings in Iran: A Cross-Sectional Study. **Nursing and Midwifery Studies**, v. 4, n. 1, p. 1-6, 2015.
- KOK, M. C. et. al. How does context influence performance of community health workers in low- and middle-income countries? Evidence from the literature. **Health Research Policy and Systems**, v. 13, 2015.
- LANCMAN, S. et. al. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 682-688, 2009.
- LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e papel das normas operacionais básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 269-91, 2001.
- LEWIN, S. et. al. Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. **The Cochrane Database of systematic Reviews**, v. 17, n. 3, 2010;
- LIMA, T. F. **Exposição à violência comunitária durante o trabalho e seus efeitos na prática profissional na estratégia saúde da família: um estudo de corte-transversal no município de São Paulo [dissertação]**. São Paulo: Faculdade de Medicina, 2017.

LOPES, C. V. M. **Violência urbana e condições de trabalho dos agentes comunitários de saúde em uma comunidade da região metropolitana.**

Dissertação - Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia. 2014.

LOPES, D. M. Q.; et. al. Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer - sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, 2012.

MELO, E. A., et. al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, v. 42, n. 1, 2018.

MESQUITA, A. A. Assédio moral: um estudo com Agentes Comunitários de Saúde da cidade de São Luís. **Cadernos de Pesquisa**, v. 19, n. 3, 2012.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. L. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde e Debate**, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.

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

OLIVEIRA, L. P.; CAMARGO, F. C.; IWAMOTO, H. H. Violência relacionada ao trabalho das Equipes de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 2, p.46-56, 2013.

PALACIOS, M. Relatório preliminar de pesquisa. **Violência no trabalho no setor saúde** – Rio de Janeiro. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.assediomoral.org/IMG/pdf/pesquisa_sobre_Violencia_no_trabalho_Universidade_Federal_RJ.pdf>. Acesso em: 29 out. 2017.

PAVÃO, A. L. B. SUS: em construção ou desconstrução? **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 10, n. 3, 2016.

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.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017.** Porto Alegre, 2013.

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: 2 jul. 2018.

PRINJA1, S. et. al. Economic Analysis of Delivering Primary Health Care Services through Community Health Workers in 3 North Indian States. **Plos One**, v. 9, n. 3, 2014.

RAMSEY, K.; et. al. The Tanzania Connect Project: a cluster-randomized trial of the child survival impact of adding paid community health workers to an existing facility-focused health system. **BMC Health Services Research**, v.13, n. 2, 2013.

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.

SANTIAGO, R. A. **Vivências de prazer e sofrimento no trabalho de Agentes Comunitários de Saúde**. Dissertação – Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Juíz de Fora. 2016.

SANTOS, C. A.; et. al. **Violência no Ambiente de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde de um município do Sudoeste Baiano**. Resumo. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, Bahia, 2012.

SANTOS, M. S.; SILVA, J. G.; BRANCO, J. G. O. O enfrentamento à violência no âmbito da Estratégia Saúde da Família: desafios para a atenção em saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 2, 2017.

SILVA, A. T.; et. al. Violence at work and depressives symptoms in primary health care teams: a cross-sectional study in Brazil. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v.50, n. 9, p.1347–55, 2015.

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. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 10, 2014.

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, 2011.

TINOCO, M. M. **A relação saúde/doença no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde**: uma revisão de literatura. 2015. 92 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

TRINDADE, L. L., et. al. Cargas de trabalho entre os Agentes Comunitários de Saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 4, p. 473-9, 2007.

URSINE, B. L.; TRELHA, C. S.; NUNES, E. F. P. A. O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 122, p. 327-339, 2010.

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**, v. 33, n. 2, p. 167-175, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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

Pesquisadora Responsável (orientadora): Prof^a. Dra. Daiane Dal Pai Tel: (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 FAMÍLIA E 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 mestrandia 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 Sturbell

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

APÊNDICE B**Carta de Autorização do Uso de Dados**

Eu, Isabel Cristina Saboia Sturbelle, autora da Pesquisa “Violência no trabalho em Unidades de Saúde da Família e as suas interfaces com as condições e a organização do trabalho”, devidamente aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa, sob o número 2.081.737, autorizo Vittória Zarpelão de Matos, CPF: 004.734.940-94, número da matrícula junto a UFRGS 00243393, a utilizar informações do banco de dados da referida pesquisa para o seu Trabalho de Conclusão de Curso, no período de 2018/1 a 2018/2, sob orientação da professora Daiane Dal Pai.

Porto Alegre, 13 de dezembro de 2017.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Isabel Cristina Saboia Sturbelle', with a long horizontal line extending to the right from the end of the signature.

Isabel Cristina Saboia Sturbelle

ANEXOS

ANEXO A - Questionário de Pesquisa

A seguir apresenta-se o Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector que foi utilizado para coleta dos dados quantitativos desta pesquisa intitulada "Violência no trabalho do Agente Comunitário de Saúde: caracterização e problemas vivenciados"

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) (3) 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 _____ profissionais trabalhar com você?
B.10	Como você avalia as condições de trabalho na sua atividade 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 (então 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 (2) Colegas _____ (3) Chefia/ supervisor (4) Outro _____
- VF 1.4 Onde ocorreu o incidente? (1) Dentro de uma instituição ou serviço (2) Na casa do paciente / cliente (3) Fora (no trajeto para o trabalho / visita domiciliar / casa) (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 (2) advertência verbal (3) interrompeu o tratamento/ transferido de setor (4) registro na polícia (5) processo ao agressor (6) não sabe (7) outro: _____
- VF 1.13 Seu empregador ou supervisor ofereceu ajuda? (1) Não ofereceu (2) Ofereceu aconselhamento (3) Ofereceu oportunidade de falar ou relatar o ocorrido (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 | |

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), discriminação e ameaças.

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 (então 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 (2) Familiares/cuidadores (3) Colegas (4) Chefia/ supervisor (5) Outro _____
- AV 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: _____
- AV 6 Como você reagiu ao incidente? Assinale todas as opções pertinentes: (1) não teve reação (2) tentou fingir que nada aconteceu (3) pediu à pessoa para parar (4) tentou defender-se fisicamente (5) contou para amigos / familiares (6) buscou aconselhamento (7) contou para um colega (8) relatou para um chefe (9) pediu transferência (10) buscou ajuda do sindicato/associação/conselho (11) registrou o evento (12) registrou pedido de indenização/ abriu processo (13) outro: _____
- 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 (2) advertência verbal (3) interrompeu o tratamento/ transferido de setor (4) registro na polícia (5) processo ao agressor (6) não sabe (7) outro: _____
- AV 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 _____
- 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 (2) sentiu-se envergonhado (3) sentiu-se culpado (4) não sabia a quem relatar (5) ficou com medo de consequências negativas (6) Considerou que não seriam tomadas providências (7) outro, especifique: _____

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 (então 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 (então 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 (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
- 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 (5) processo ao agressor
(2) advertência verbal (6) não sabe
(3) interrompeu o tratamento/ transferido de setor (7) outro: _____
(4) registro na polícia
- 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 (então passe para a questão H)
- 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 (2) Familiares/cuidadores (3) Colegas _____ (4) Chefia/ supervisor (5) Outro _____
- DR 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: _____
- 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 (2) advertência verbal (3) interrompeu o tratamento/ transferido de setor (4) registro na polícia (5) processo ao agressor (6) não sabe (7) outro: _____
- DR 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 _____
- 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 | |

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE					
H.1 O seu local de trabalho desenvolve condutas específicas para proteção à:					
		Sim	Não	Não sabe	
H 1.1	Saúde e segurança	(1)	(2)	(3)	
H 1.2	Violência Física	(1)	(2)	(3)	
H 1.3	Agressão verbal	(1)	(2)	(3)	
H 1.4	Intimidação/Agressão moral	(1)	(2)	(3)	
H 1.5	Assédio Sexual	(1)	(2)	(3)	
H 1.6	Discriminação Racial	(1)	(2)	(3)	
H 1.7	Ameaça	(1)	(2)	(3)	
H.2 Quais medidas para lidar com a violência no trabalho existem no local em que você trabalha. Marque todas as opções pertinentes.					
		Sim	Não		
H 2.1	<u>Medidas de segurança</u> (guardas, alarmes e outros)				
H 2.2	<u>Melhoras no ambiente</u> (iluminação, ruídos, condicionamento do ar, limpeza, privacidade, acesso fácil à cozinha e sanitários e outros)				
H 2.3	Controle de acesso à instituição (checagem da portaria)				
H 2.4	Registro de pacientes com comportamento agressivo anterior				
H 2.5	Protocolo para pacientes agressivos (Procedimento de controle, contenção, transporte, medicação, programação de atividade, acesso à informação, outros)				
H 2.6	Número suficiente de funcionários				
H 2.7	Uso rigoroso de uniforme e identificação de todos que circulam no ambiente				
H 2.8	Restrição do trabalho solitário				
H 2.9	Treinamento, capacitação (enfrentamento da violência, habilidades de comunicação, resolução de conflitos, defesa pessoal, outros)				
H 2.10	Investimento em desenvolvimento de recursos humanos (promoção, premiação, outros)				
H 2.11	Nenhuma				
H 3 Quanto você acha que estas medidas poderiam melhorar seu local de trabalho					
		Nada	Pouco	Moderadamente	Muito
H 3.1	Medidas de segurança				
H 3.2	Melhoras no ambiente				
H 3.3	Controle de acesso à instituição				
H 3.4	Registro de pacientes com comportamento agressivo anterior				
H 3.5	Protocolo para pacientes agressivos				
H 3.6	Número suficiente de funcionários				
H 3.7	Uso rigoroso de uniforme e identificação				
H 3.8	Restrição do trabalho solitário				
H 3.9	Treinamento, capacitação				
H 3.10	Investimento em desenvolvimento de recursos humanos				
H 3.11	Número suficiente de funcionários				
H 3.12	Outros				

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_BASICAS_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_BASICAS_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



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



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



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

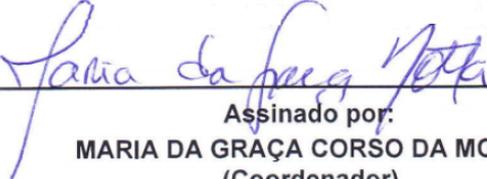
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 25 de Maio de 2017


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

ANEXO D – Aprovação pela Comissão de Pesquisa de Enfermagem

Remetente:<enf_compesq@ufrgs.br>
 Para:<daiane.dalpai@ufrgs.br>

Prezado Pesquisador DAIANE DAL PAI,

Informamos que o projeto de pesquisa Violência sofrida no trabalho do Agente Comunitário de Saúde: caracterização e problemas vivenciados encaminhado para análise em 23/08/2018 foi aprovado quanto ao mérito pela Comissão de Pesquisa de Enfermagem com o seguinte parecer:

PARECER CONSUBSTANCIADO 1

Projeto: 35872

Pesquisador responsável: Prof. Dra. Daiane Dal Pai

1. Aspectos científicos:

Título: VIOLÊNCIA SOFRIDA NO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: CARACTERIZAÇÃO E PROBLEMAS VIVENCIADOS

Introdução:

Apresenta dados históricos referentes aos Agentes Comunitários de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família, enfatizando sua importância do trabalho destes profissionais para a comunidade e a alta vulnerabilidade por atuarem em regiões de alta criminalidade. Também, é abordado sobre a exposição a violência laboral relacionada as vivências com seus colegas que podem vir a tornarem-se tensas e permeadas pelas características do serviço e da organização do trabalho, e repercutir negativamente no exercício destes profissionais, trazendo insatisfação do trabalhador e baixo rendimento da realização de suas tarefas nas comunidades.

Objetivo:

2.1 Objetivo Geral

Caracterizar a violência no trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e os problemas vivenciados pelas vítimas.

2.2 Objetivos Específicos

Descrever a prevalência de violência no trabalho do ACS;

Identificar características sócio-demográficas e laborais associadas à violência no trabalho;

Descrever tipos de violência perpetrados, agressores, reações e problemas vivenciados pelos ACS vítimas de violência no trabalho.

Método:

O presente estudo é um recorte da Dissertação de Mestrado de Isabel Cristina Saboia Sturbelle, intitulada "Violência no trabalho em unidades de saúde da família e as suas interfaces com as condições e a organização do trabalho", sob orientação da professora Doutora Daiane Dal Pai. O presente estudo utilizará dados coletados pela referida pesquisa, sendo enfocados somente as situações de violência que envolvem os ACS.

Delineamento:

Estudo de método quantitativo e delineamento transversal.

População:

O estudo foi realizado nas Unidades de Saúde da Família do distrito Glória/Cruzeiro/Cristal, administradas pela prefeitura municipal, localizadas na região centro-sul da cidade de Porto Alegre, estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Para o estudo maior foram convidados a participar todos os profissionais da equipe mínima de saúde: médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem e ACS (n=190). No presente estudo serão analisados dados referentes aos ACS (N=56).