



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

FABIANA MANDELO CASAES

**VITIMIZAÇÃO PERCEBIDA E VIVENCIADA POR TRABALHADORES  
DA SAÚDE:**

**Violência no ambiente de trabalho e das relações sociais**

FEIRA DE SANTANA - BA  
2017

FABIANA MANDELO CASAES

**VITIMIZAÇÃO PERCEBIDA E VIVENCIADA POR TRABALHADORES  
DA SAÚDE:**

**Violência no ambiente de trabalho e das relações sociais**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Epidemiologia.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Jorgana Fernanda de Souza Soares.

FEIRA DE SANTANA - BA  
2017

FABIANA MANDELO CASAES

**VITIMIZAÇÃO PERCEBIDA E VIVENCIADA POR TRABALHADORES  
DA SAÚDE:**

**Violência no ambiente de trabalho e das relações sociais**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Epidemiologia.

Feira de Santana, 07 de abril de 2017

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr<sup>a</sup> Climene Laura de Camargo  
Universidade Federal da Bahia

---

Prof. Dr<sup>a</sup> Maria Conceição Oliveira Costa  
Universidade Estadual de Feira de Santana

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Jorgana Fernanda de Souza Soares.  
Universidade Estadual de Feira de Santana

### **Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado**

C33v Casaes, Fabiana Mandelo  
Vitimização percebida e vivenciada por trabalhadores da saúde:  
violência no ambiente de trabalho e das relações sociais / Fabiana Mandelo  
Casaes. Feira de Santana, 2017.  
118f.: il.

Orientadora: Jorgana Fernanda de Souza Soares.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de Santana,  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2017.

1. Violência no ambiente de trabalho. 2. Violência - Aspectos sociais. 3.  
Violência - Trabalhadores de saúde. I. Soares, Jorgana Fernanda de Souza,  
orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 241.12-051

Dedico este trabalho ao meu príncipe,  
Henrique, por ter chegado, me  
trazendo alegria, paz e serenidade  
desde no início.

## AGRADECIMENTOS

Não se vence batalha com um único soldado. Tenho muito a agradecer a todos que estão ao meu redor e que de alguma maneira fizeram parte desse trabalho, seja, por incentivo, por apoio, por acreditar em mim.

Primeiro quero agradecer a Deus, Quem tudo permitiu, Quem me levantou nos momentos em que cai, Quem me abençoou sempre e Quem com certeza estava sempre ao meu lado.

Agradeço aos meus pais, que em toda a minha existência estiveram comigo, me apoiando, educando, me incentivando e acreditando, em todas as etapas da minha vida, vocês foram essenciais.

Agradeço a minha mãe, Suzana, mulher, guerreira, obrigada pelo carinho, pelo amor, pelo colo, que muitas vezes me disse que conseguiria quando pensava em desistir. Obrigado por todos momentos dedicados a mim.

Agradeço ao meu pai, Joab, que me ensinaste a vida, que esteve sempre presente, me dando os melhores conselhos do mundo, e teve paciência comigo.

Agradeço ao meu Amor, Jarbas, pela paciência, carinho, companheirismo e compreensão. Amor, obrigada por estar ao meu lado em todos os momentos dessa caminhada, e por tornar possível a maravilhosa dádiva que fui abençoada, Henrique, nosso filho.

Agradeço ao meu Príncipe, Henrique, por ter chegado no início dessa jornada, meu presentinho de Deus. Você é a luz da minha vida!

Um agradecimento muito especial a minha orientadora, Jorgana, quem me acolheu e acreditou em mim. Obrigada pela orientação, dedicação, paciência!

Aos meus irmãos Ricardo e Joab Luiz pela cumplicidade. E a Caroline, por se tornar minha amiga, minha psicóloga, minha conselheira, e me permitir dividir momentos bons e ruins.

Agradeço ao Núcleo de Epidemiologia (NEPI) e a toda sua equipe, em especial à Professora Tânia e Iracema, pela oportunidade e aprendizado.

À UEFS, e toda a equipe do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva que me abriram as portas e o coração para que eu desse mais este passo. À CAPES pelo incentivo financeiro.

E por fim, agradeço a todos os trabalhadores de saúde que aceitaram fazer parte dessa pesquisa.

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar fatores associados à violência presenciada e vivenciada por trabalhadores da saúde em municípios baianos. **Método:** Trata-se de um estudo de corte transversal, exploratório, integrante da pesquisa multicêntrica “Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia”, realizado nos serviços de Atenção Básica e de Média Complexidade no Distrito Sanitário do Centro Histórico de Salvador e nos municípios de Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus, Jequié e Itabuna, nos anos 2011 e 2012. A população do estudo foi constituída por 6.191 trabalhadores. Neste estudo a variável dependente foi a violência vivenciada pelo trabalhador fora do local de trabalho e a violência presenciada pelos trabalhadores de saúde no seu local de trabalho. A análise foi feita através da Regressão Logística Hierarquizada baseada no modelo hierárquico conceitual, para a violência fora do trabalho e a análise multivariada com Regressão de Poisson para a violência presenciada no local de trabalho. **Resultados:** A análise mostrou associação positiva entre faixa etária, situação conjugal, escolaridade, categoria profissional e doenças no aparelho respiratório para a violência vivenciada pelos trabalhadores de saúde fora do trabalho. A violência presenciada pelos trabalhadores de saúde permaneceu estatisticamente associadas a escolaridade ensino médio/técnico, ensino superior, pós-graduação, segurança pessoal ameaçada, Cap X, unidade de saúde. **Considerações Finais:** Verificou-se que, em todos os contextos, a prevalência da violência é um dado importante e que deve ser observado com cautela, tanto por parte dos trabalhadores, com da gestão e dos poderes públicos. Os fatores associados a violência confirmam os achados de vários outros estudos, tanto na literatura nacional, como internacional e ratificam a importância desse trabalho, advertindo sobre a necessidade de enfrentamento desse problema. Este estudo foi realizado com trabalhadores de saúde pela importância do seu papel na assistência a toda a população, mas vale destacar a eminência de trabalhos futuros acerca da problemática, tanto no que se refere a ampliação de locais de estudo, se expandindo para outros Estados e municípios, afim de comparar a realidade em que vive os trabalhadores de saúde, como a própria população de estudo, já é um tema que envolve todos os membros da sociedade, sem distinção.

**Palavras Chaves:** Pessoal de Saúde, Violência, Análise transversal; Violência no trabalho



## ABSTRACT

**Objective:** To identify factors associated with violence witnessed and experienced by health workers in Bahia municipalities. **Method:** This is an exploratory cross-sectional study, which is part of the multicentric research "Working conditions, conditions of employment and health of health workers in Bahia", carried out in the Basic Attention and Medium Complexity services in the Sanitary District of Historic Center of Salvador and in the municipalities of Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus, Jequié and Itabuna, in the years 2011 and 2012. The population of the study was constituted by 6,191 workers. In this study, the dependent variable was the violence experienced by the worker outside the workplace and the violence witnessed by health workers in their workplace. The analysis was made through Hierarchical Logistic Regression based on the conceptual hierarchical model for violence outside work and the multivariate analysis with Poisson Regression for violence witnessed in the workplace. **Results:** The analysis showed a positive association between age, marital status, schooling, professional category and respiratory diseases for the violence experienced by health workers outside work. The violence witnessed by health workers remains statistically associated with high school / technical education, higher education, post-graduation, threatened personal security, Cap X, health unit. **Final Considerations:** It has been found that in all contexts, a prevalence of violence is an important fact and that it is an observatory with caution, both on the part of the workers, with the management of public powers. The factors that contributed the most to the dissemination of problems, both in the national and international literature, and ratify the importance of this work. This study was developed with the health team because of the importance of its native role in the entire population, but it is worth mentioning an eminence of future work on the problem, which is that you know the expansion of study places, expanding to other states And Municipalities, in order to compare the reality in which health workers live, as a study population, is already an issue that involves all members of society without distinction.

**Key Words:** Health Personnel, Violence, Cross-sectional analysis; Violence at work

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>16</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>17</b>
	3.1 A VIOLÊNCIA COMO FENÔMENO SOCIAL .....	17
	3.2 A VIOLÊNCIA NO TRABALHO: UM OLHAR PARA OS TRABALHADORES DE SAÚDE .....	26
	3.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS CONDIÇÕES DE EMPREGO .....	34
	3.4 GÊNERO, TRABALHO E VIOLÊNCIA .....	41
<b>4</b>	<b>MÉTODOLOGIA.....</b>	<b>48</b>
	4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA .....	48
	4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	48
	4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO E AMOSTRA .....	49
	4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	50
	4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO .....	50
	4.6 ANÁLISE DE DADOS .....	52
	4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	52
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>53</b>
	5.1 ARTIGO 1: FATORES ASSOCIADOS A VIOLÊNCIA SOFRIDA FORA DO TRABALHO POR TRABALHADORES DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA .....	53
	5.2 ARTIGO 2: A VIOLÊNCIA NO TRABALHO: FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA PRESENCIADA PELOS TRABALHADORES DE SAÚDE .....	72
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>97</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>98</b>
	<b>ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....</b>	<b>107</b>
	<b>ANEXO B – PARECER DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA .....</b>	<b>117</b>
	<b>ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>118</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A violência é definida como um fenômeno social representado pela implementação do uso da força física ou psicológica de um indivíduo ou grupo. Esta manifestação pode ser promovida contra outra pessoa ou contra si mesmo e pode ocasionar lesões físicas, danos sociais, frustrações diversas ou em casos mais extremos pode provocar a morte do envolvido na situação (OMS, 2002).

Neste sentido, a violência e suas formas de manifestação, tornaram-se um problema de saúde pública, sobretudo pela dimensão das implicações de ordem emocional e física, ocasionadas em um único indivíduo ou grupo exposto a determinado tipo de manifestação violenta. Dessa maneira, a violência ganhou *status* de endemia em várias partes do mundo e naturalmente, passou a ser uma preocupação fundamental para governos, organizações comunitárias e grupos de defesa dos direitos humanos em vários contextos sociais. Este cenário promove um impacto direto no setor saúde, uma vez que tanto as vítimas diretas da violência quanto os próprios trabalhadores da saúde passam a conviver com os seus efeitos em várias esferas, incluindo a física, psicológica e social, o que requererá apoio social e financeiro por parte de entidades públicas e privadas (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 1994), assim como a criação de políticas públicas que possam ser eficazes no seu combate (OMS, 2002)

De acordo com dados da OMS, que analisou 90 países do mundo, no período de 2008 a 2012, a Venezuela liderou o *ranking* de mortalidade por homicídios com 55,4 óbitos por 100 mil habitantes. Ocupando a 11ª posição o Brasil teve um coeficiente de 21,9 mortes por arma de fogo para cada 100 mil habitantes (WAISELFISZ, 2015), equivalendo a mais de 50 mil pessoas assassinadas no ano de 2012 (LEMOS - IPEA, 2016). Em 2014, a Bahia ocupou o quarto lugar no registro de ocorrência por lesão corporal seguida de morte, ficando atrás de Rio Grande do Norte, Maranhão e Mato Grosso, ocupando o sétimo lugar no índice de latrocínios e homicídios dolosos a Bahia teve um coeficiente de mortalidade de 37,44 por 100 mil habitantes, enquanto que o Brasil teve um coeficiente de 23,41 homicídios dolosos por 100 mil habitantes, ou seja, a Bahia se encontra acima da média nacional (SINESP, 2015). Vale ressaltar ainda que o número de homicídios

poderia ser 18,3% acima dos registrados, ou seja, a cada ano o Brasil tem em média 8.600 homicídios não reconhecidos (CERQUEIRA- IPEA, 2013).

Uma breve análise histórica do problema permite perceber que a violência sempre esteve presente ao longo do desenvolvimento do homem e fez parte da cultura de muitos povos ao longo da evolução humana. Não obstante, a violência se caracteriza como uma das principais causas de mortes de pessoas jovens, principalmente entre a adolescência e a faixa etária anterior aos 45 anos de idade, no mundo inteiro (DAHLBERG, KRUG, 2007, VELOSO et al, 2013). No que tange à realidade brasileira, por exemplo, de 1980 a 2012 enquanto nossa população teve um aumento de 61%, as mortes ocorridas por arma de fogo tiveram aumento de 387% (WAISELFISZ,2015).

Em muitas situações, as manifestações de violência estão relacionadas com as condições sociais, econômicas e educacionais do indivíduo, sendo que a falta de possibilidade de crescimento social, representada pela ausência de ocupação formal ou emprego, acesso à educação de qualidade, bem como à bens de serviço e consumo, contribuem para o desencadeamento de múltiplas violências, principalmente em zonas populacionais muito densas, caracterizadas pela não presença do estado e seus benefícios sociais. Esta realidade é bastante comum em muitos países de subdesenvolvimento social, mas também se apresenta em uma escala menor de letalidade em países onde o desenvolvimento econômico e social atingiu patamares recomendados por órgãos internacionais de observação (MINAYO, 2005).

A violência e suas manifestações são demasiadamente custosas para a sociedade e governos como um todo, sendo que os gastos financeiros e os prejuízos sociais são muito elevados para os países e indivíduos assolados por este problema de ordem social. Muitas estimativas dão conta de uma elevada quantia financeira, na casa de bilhões de dólares, que é empregada para o tratamento e a reabilitação de indivíduos acometidos pelo agravo. No Brasil, em 2013, os gastos com a violência foram de 258 bilhões de reais, equivalente a 5,4% do Produto Interno Bruto (PIB), os custos gerados por mortes violentas superam R\$ 79 bilhões, ou 1,5% do PIB (IPEA, 2014). Além disso, existe o dano social e produtivo, uma vez que cada indivíduo, incapacitado física ou emocionalmente, afasta-se do trabalho gerando ônus para o estado e conseqüentemente, a necessidade de substituição de mão de obra especializada, demandando tempo e recursos financeiros. Muitos dessas manifestações ocorrem em residências e local de

trabalho, além daquelas usualmente conhecidas e decorrentes de ações policiais, terrorismos, rebeliões e manifestações (DAHLBERG, KRUG, 2007)

A violência no trabalho se caracteriza como qualquer ação no sentido de infringir os princípios básicos de sustentação dos direitos dos trabalhadores. Tais ações colocam em risco a integridade física, mental e emocional dos atores envolvidos na prestação de determinado serviço, tornando-o vulnerável a episódios de violência. Existe uma preocupação eminente em relação à violência no trabalho, a partir das constatações de casos de manifestação deste fenômeno, sobretudo na área da saúde, como é enfatizado pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (BRASIL, 2012). A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) de 2004 aborda que muitos destes episódios estão relacionados ao tipo de vínculo estabelecido entre os agentes envolvidos no contexto social, envolvendo chefes e trabalhadores subordinados, no cenário do trabalho, agressões promovidas por tomadores e prestadores de serviços de saúde, bem como assédio dos tipos moral e sexual (BRASIL, 2004).

No campo do trabalho, existe uma vulnerabilidade maior para algumas ocupações específicas, nas quais a violência atinge, em grau de risco peculiar, influenciando no rendimento e na qualidade de vida destes profissionais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999). Neste contexto, a violência não fatal é praticada primordialmente contra mulheres trabalhadoras da saúde, enquanto que a violência fatal é praticada contra trabalhadores do sexo masculino, geralmente do comércio, dos bares e restaurantes e também dos transportes urbanos como ônibus e taxis. Nestes casos, a forma mais usual de prática da violência é o roubo seguido de morte (TOSCANO & WEBER, 1995). Neste sentido, a violência no trabalho pode ser caracterizada pela existência de situações onde os trabalhadores sofrem abusos, ameaças ou ataques, em circunstâncias relacionadas com o desenvolvimento de suas atribuições técnicas profissionais, sendo, em muitos casos, colocados em perigo, implícita ou explicitamente, sua segurança, seu bem-estar ou sua saúde (CEZAR; MARZIALE, 2006).

A violência no trabalho pode ser provocada por alguém externo, pelo cliente ou até mesmo pelos próprios trabalhadores (CAL/OSHA, 2005), ou seja, o agente causador pode não ter qualquer relação de negócio legítimo com o local de trabalho, podendo ser um cliente ou ex-cliente. Este é o tipo mais comum de manifestação da violência vivenciada pelos trabalhadores de saúde, estando diretamente relacionado com a

localização da instituição (CONTRERA-MORENO; CONTRERA-MORENO, 2004). Por outro lado, também pode acontecer entre trabalhadores, por colegas do mesmo nível hierárquico ou por um agente pertencente a um nível hierárquico maior, como por exemplo, gerentes e supervisores, evidenciando a complexidade e o desafio associados a esta temática, no cenário de atuação profissional, na área da saúde (CAL/OSHA, 2005).

Neste sentido, e por todo o exposto, os trabalhadores em saúde são mais suscetíveis às manifestações de violência, sobretudo pelas agressões praticadas por tomadores de serviços médicos (TOSCANO E WINDAL, 1994; TOSCANO E WEBER, 1995). O elevado número de atos de violência no trabalho quando se trata do setor saúde pode ser justificado pela falta de leitos nos hospitais, ausência de equipamentos e remédios, os quais muitas vezes impossibilitam a intervenção imediata para as pessoas que precisam ser atendidas nos serviços de saúde e acarretam em insatisfações e frustrações, prejudicando as relações do cliente com os trabalhadores de saúde. Dessa forma, os usuários podem contestar agressivamente aos trabalhadores (CURBOW, 2001), que são aqueles com os quais tem o contato mais próximo. Além disso, os insuficientes salários dos trabalhadores de saúde, atrelados à necessidade do emprego pode acarretar em uma competitividade entre os trabalhadores em busca do reconhecimento almejando posições melhores (ENGELMAN, 2015).

A violência, conseqüentemente, pode interferir nas relações interpessoais, na organização (GUIMARÃES, RIMOLI, 2006), colocando em risco a qualidade da assistência prestada, a produtividade e o seu desenvolvimento (DI MARTINO, 2002). Assim, a violência no trabalho pode ocasionar graves problemas no processo de trabalho e na eficácia dos serviços do sistema de saúde, bem como na saúde dos trabalhadores, podendo aumentar a insatisfação dos usuários, acarretando reações de agressividade (CAMPOS, PIERANTONI, 2010). A violência no trabalho tem sido desafiadora para a identificação das suas repercussões e manifestações, devido às disparidades de como as transformações no trabalho interferem na vida dos trabalhadores (DEJOURS, 2008; OLIVEIRA, NUNES, 2008).

Diante disso, cria-se um cenário desafiador para profissionais e estudiosos, no sentido de entender, de forma mais ampla, sobre esta problemática, na medida em que tais reflexões possam indicar maneiras eficientes de atuar diante desta realidade não desejável para o contexto do trabalho em saúde, incentivando a promover políticas

eficazes no combate à violência. Dessa forma, uma análise detalhada acerca das condições iniciais, promotoras das situações de violência no trabalho, é imprescindível para a minimização ou prevenção das ocorrências ou do risco de ocorrência, em todas as esferas do problema. Esta redução ou contingenciamento das situações promotoras das manifestações da violência, no cenário da saúde, impactará na melhoria da qualidade do trabalho prestado e no bem-estar de todos os envolvidos. Assim, este trabalho colocou como proposta central a resolução das seguintes questões: Quais são os fatores associados a violência presenciada e vivenciada por trabalhadores da saúde em municípios baianos?

## **2. OBJETIVOS**

Geral:

Identificar os fatores associados à violência vivenciada e presenciada por trabalhadores da saúde em municípios baianos

Específicos:

- Delimitar os fatores associados à violência fora do trabalho entre trabalhadores de saúde em municípios baianos.
- Identificar os fatores associados a violência presenciada no ambiente de trabalho, pelos trabalhadores de saúde em municípios baianos.



### **3. REFERENCIAL TEÓRICO**

A delimitação do referencial teórico é fundamental para sistematizar o plano de ação do pesquisador e auxiliar na promoção de uma análise objetiva sobre aquilo que se deseja pesquisar. Além disso, o referencial teórico serve para dar sustentação aos eventos que estão sendo demonstrados em campo, permitindo que as conclusões do estudo possam emergir de sua estrutura teórica, com base na relação entre aquilo que é percebido pelo observador (pesquisador) e o que é previsto na teoria adotada por este referencial (MINAYO, 2009). Nesse sentido, a teoria utilizada em cada referencial é sistematicamente construída, a partir de métodos reconhecidos, e serve para justificar a existência de fatos ou eventos em um dado contexto de investigação (SEVERINO, 2007). Dessa maneira, o referencial teórico buscará contextualizar e fundamentar dimensões do tema Violência na sociedade e Violência no Trabalho.

#### **3.1 A violência como fenômeno social**

Em uma análise mais fundamental, a violência é caracterizada como um fenômeno social e histórico, uma vez que exprime uma maneira muito peculiar associada ao desenvolvimento humano ao longo do tempo, refletindo uma forma muito usual para impor certa visão de mundo ou até mesmo atingir a dado objetivo individual ou coletivo. No cenário atual, a violência e suas várias manifestações configuram um problema endêmico de saúde pública. Esta constatação está relacionada com a percepção da influência da qualidade de vida individual e também coletiva de prestadores de serviços de saúde, bem como dos seus tomadores, uma vez que as manifestações violentas interferem diretamente no bem-estar da população, exigindo a adoção de políticas públicas de largo alcance, no sentido de promover o combate e a prevenção da violência no trabalho como um todo (MINAYO, 2015).

Dessa maneira, a violência pode ser entendida como um evento social, presente em praticamente todos os contextos e que se assemelha a uma epidemia, resultante de desequilíbrios sociais, disputas financeiras e econômicas, desordem urbana, lutas entre classes e questões de gênero. Dessa forma, pode revelar os traços de uma sociedade desigual social ou economicamente que afeta os seus indivíduos, refletindo nas relações entre eles e entre as instituições nela estabelecidas (MINAYO e SOUZA, 1993).

Por outro lado, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica a violência como um evento ou problema de saúde pública mundial no qual um ou mais indivíduos utilizam-se de força intencional com o objetivo de promover privações físicas ou psicológicas a outras pessoas ou a si mesmo, ocasionando ferimentos ou até mesmo a morte. Este fenômeno possui crescimento vertiginoso, sobretudo em países subdesenvolvidos, no que se refere ao uso de violência para promover danos físicos a terceiros, o que é refletido em altas taxas de agressões e homicídios ao redor do mundo (OMS, 2002).

A manifestação de comportamentos violentos está organizada de forma piramidal e contempla várias situações da realidade da violência, sendo que muitas das ocasiões onde algum indivíduo de comportou de forma violenta, jamais serão relatadas as autoridades legais. Assim, na base desta pirâmide pode-se destacar a faixa mais ampla de manifestações violentas relacionadas aos aspectos sociais e percebidas em pesquisas de base populacional. No centro desta pirâmide, estão destacados os casos de violência nos quais os indivíduos procuram atendimento especializado em centros de saúde e delegacias. Finalmente, destacam-se os casos de óbitos gerados pela violência, o que revela a face mais cruel e notificada da presença da violência em uma sociedade civil (WHO, 2014).

No Brasil, mais de 40000 pessoas perdem a vida por ano, por conta do tráfico de drogas, latrocínios e crimes cometidos com armas brancas. Além dos mortos, esses conflitos geram uma demanda muito grande de pessoas que precisam se deslocar entre cidades ou até mesmo entre países, gerando crises humanitárias sem precedentes, o que coloca os refugiados em condições sub-humanas para seu desenvolvimento (ANISTIA INTERNACIONAL, 2015).

Do ponto de vista do vocabulário latino, o termo violência vem da palavra *vis* e está relacionada com a possibilidade de impor autoridade a partir da força, promovendo constrangimento e superação física sobre o outro que é dominado. Neste sentido a violência expressa a gana que um indivíduo tem em se apoderar do outro ou de seus pertences por meio da força desproporcional e não autorizada, promovendo subserviência e sofrimento. Por outro lado, e de acordo com o senso comum, a violência está associada à prática de crimes, à manutenção de uma conduta corrupta ou até mesmo de pecado. Entretanto, no cenário atual, a manifestação de violência é muito mais percebida na face

criminal, sobretudo na violência contra o outro, uma vez que evidencia o caráter infrator e criminoso de quem pratica o ato de violência. Deste modo, esta conduta vai de encontro ao princípio fundamental dos direitos de igualdade, liberdade e de posse difundidos na sociedade moderna, em várias conjunturas sociais e culturais (MINAYO, 2005).

A violência pode ser tipificada atualmente como física, econômica e moral. O primeiro tipo está associado à violação da condição física do indivíduo, por meio de agressões, homicídios, estupro e roubos. Já a violência econômica, relaciona-se com a apropriação não autorizada de bens do outro e abuso de poder econômico. Finalmente, a violência moral se refere a uma conduta agressiva no sentido de promover assédios moral, sexual, constrangimento e dominação não autorizada, promovendo sofrimento e desalento, o que compromete a dignidade e os direitos humanos do indivíduo acometido pelo ato violento (MINAYO, 2005).

Assim, a evolução sobre a necessidade de punição para atos violentos denotou um avanço democrático do homem, no sentido de os perceber enquanto uma violação da própria ideia fundamental do convívio social e igualitário. Destarte, a sociedade é construída com o propósito de garantir o direito coletivo de bem-estar, independentemente da visão ultrapassada daquele determinado membro da comunidade, que porventura não atingiu a maturidade para a superação do conceito da prática de violência como o ato saudável e para atingir seus próprios objetivos, em detrimento daqueles referentes ao coletivo (MINAYO, 2005).

Outra justificativa para a manifestação da violência está associada com a falta de capacidade do indivíduo ou grupo atingir um determinado objetivo político, econômico ou social de forma legítima e pacífica. Neste contexto, a violência representa uma ferramenta de implementação necessária à aquisição do poder almejado por meios não autorizados. Desta forma, é uma materialização da fragilidade da argumentação e da habilidade de convencimento inerentes aos humanos, sendo negativa na sua concepção e prática (ARENDETT, 1994).

A violência pode causar sensação de insegurança, falta de comprometimento social e profissional, desgaste psicológico e problemas de saúde. Os atos violentos podem ser cometidos no âmbito doméstico, por parentes ou invasores, em instituições de saúde, segurança, no trabalho, em empresas e em espaços públicos, como ruas e avenidas. Pode ser entendida como um evento presente em todos os cenários sociais, o que configura um

desafio para governo e sociedade no sentido de promover políticas de prevenção e combate a estas manifestações (MINAYO, 2005).

Apesar dos homens serem as principais vítimas de mortes violentas e lesões físicas, alguns grupos são mais vulneráveis à violência não fatal, como, crianças e adolescentes, mulheres e idosos, carregando suas consequências ao longo da vida. Muitos integrantes destes grupos sofrem violência por estarem, em dependência social e econômica dos seus agressores, situação que pode potencializar as suas manifestações (WHO, 2014).

No caso das crianças, será considerada violência qualquer ação que possa impedir ou dificultar seu pleno desenvolvimento físico, mental ou emocional, bem como qualquer tentativa de violação do estatuto da criança e do adolescente (ECA), que estabelece como dever de todos os agentes da sociedade zelar pela integridade social e física das crianças e adolescentes. Em muitas situações envolvendo manifestação de violência contra este grupo, está presente uma forma desigual de poder e força o que pode ocasionar superação física e detrimento da estrutura psíquica e emocional da criança ou adolescente envolvido, promovendo domínio ou exclusão social e econômica por parte do agressor. Além disso, muitas das condições promotoras desse tipo de violação dos direitos da criança e do adolescente são produzidas pelo próprio estado, uma vez que não aplica políticas públicas que possam garantir o desenvolvimento pleno das crianças e adolescentes (BRASIL, 2002; DESLANDES, et al., 2005).

Ainda em relação a este cenário específico, envolvendo crianças e adolescentes, um estudo realizado no Município de Feira de Santana, Bahia, nos anos de 2003 e 2004, mostrou que o agressor difere conforme o tipo de violência praticada contra criança, sendo, em maior incidência os pais, agressores para negligência; a violência física provocada por madrasta e “outros agressores”; a violência psicológica provocada por mãe, pai, padrasto, madrasta, "outros familiares", "outros agressores"; e a violência sexual provocada pelo padrasto, "outros familiares/ agressores" (COSTA et al.; 2007).

No caso específico das mulheres, ainda está envolvida a questão de gênero como resquício de uma sociedade machista e ultrapassada em relação aos direitos e conquistas femininas.

As manifestações violentas vão desde verbais, passando por agressões físicas, como espancamentos e estupros, perpassando também por dominação emocional e exclusão social e financeira, além de violência racial, mutilação dos órgãos genitais e exploração sexual não autorizada. Em casos mais graves, a mulher é assassinada e os agressores são geralmente alguém próximo da vítima como companheiros ou ex-companheiros, componentes da família ou até mesmo colegas de trabalho ou agentes públicos (SCHRAIBER et al., 2002).

Em muitas situações, este tipo de violência também pode ser explicado a partir de uma questão de gênero, sustentada historicamente e baseada na dominação e poder, e que sempre foi entendida como legítima em grandes extensões temporais do desenvolvimento da sociedade atual (FONSECA, 2009). Neste contexto, o papel da mulher estava associado a afazeres doméstico e a criação e educação dos filhos, ao mesmo tempo em que estava submetida à vontade do seu companheiro e mantenedor do lar, não tendo direito de expressar opiniões, estudar, votar ou até mesmo exercer funções profissionais fora do ambiente doméstico. Tal comportamento continua arraigado na sociedade atual, apesar das várias conquistas de direitos importantes e fundamentais por parte das mulheres (SCHRAINER, 2006),

Por outro lado, a condição de fragilidade física e emocional dos idosos permite que este grupo esteja vulnerável à ocorrência de violência. Muitos deles são dependentes de familiares e necessitam de apoio financeiro na fase mais aguda da vida e que pode explicar várias manifestações violentas por parte de desconhecidos e familiares. Além disso, muitos idosos são mantenedores familiares, uma vez que são aposentados e este fator financeiro também é importante para a deflagração e algum evento que possa gerar violência contra esta pessoa idosa, situação que demandam proteção do estado e assistência social por meio de organizações sociais (FLORÊNCIO et al., 2007).

Em termos gerais, a violência pode ser classificada de acordo a sua natureza como física; sexual; psicológica; relacionada à privação ou ao abandono e a sua tipologia enquanto autodirigida; interpessoal; coletiva (MINAYO, 2005; DAHLBERG, KRUG, 2007). A violência física é caracterizada pelo uso intencional de força, no sentido de provocar ferimentos ou até mesmo a morte a si ou a terceiros. Pode ser utilizada com o objetivo de forçar outra pessoa a uma prática sexual não consentida, o que caracteriza a violência sexual, que está relacionada com a prática sexual ou pornográfica com objetivo

de excitação, promovida por meio de intimidação ou ameaça, mediante a possibilidade de punição social, perda de emprego, desvantagem pessoal, constrangimento, aliciamento ou agressão física e psicológica, ressaltando-se que tais delitos podem ser praticados em relações heterossexuais ou homossexuais (MINAYO, 2005).

Além destas, a violência também pode ser manifestada na esfera psicológica, é caracterizada pelo emprego de uma verbalização agressiva e humilhante, com o intuito de impor uma hierarquização, vontades pessoais ou até mesmo com a intenção intimidar, amedrontar ou controlar um ou vários indivíduos de um grupo (SULLIVAN, 1999). A exposição à violência psicológica pode promover um desequilíbrio devastador naquele que sofre o ato, principalmente quando esta forma de agir se torna padronizada, com o intuito de denegrir a moral, a dignidade ou até mesmo o estado psíquico do indivíduo, comprometendo toda atividade profissional, bem como a saúde física do indivíduo afetado por esta violência (HIRIGOYEN, 2002). Outra forma de manifestação da violência é caracterizada pelo abandono de um indivíduo necessitado de cuidados em situações especiais, o que referenda a negligência como ato de violência contra o outro dependente na relação (MINAYO, 2005).

Em relação aos indivíduos que praticam os atos violentos, as manifestações podem ser tipificadas em três categorias gerais: a violência dirigida, que é praticada contra o próprio indivíduo (auto-inflagida) e refere-se ao comportamento suicida ou ao de auto-flagelação e mutilação. Violência entre pessoas, que pode ser praticada contra parceiros íntimos ou integrantes familiares e residentes no mesmo local do agressor, bem como contra membros da sociedade comum, porém fora da residência de origem do agressor. As formas mais usuais de manifestação do primeiro tipo de violência estão relacionadas com o abuso físico e sexual de menores, violência entre companheiros conjugais e tratamento inadequado ou constrangedor aos idosos. Já no segundo grupo, as manifestações mais comuns são: a violência contra adolescentes e jovens, estupros praticados por terceiros, além daquelas praticadas em espaços institucionais como escolas, empresas, prisões e asilos (DAHLBERG, KRUG, 2007).

Neste sentido, muitas destas manifestações ocorrem de maneira coletiva, o que caracteriza um ato de violência social, de ordem política ou até mesmo de abuso de poder econômico, e que denota a existência de causas ou motivos para a prática dos atos,

frequentemente percebidas em manifestações sociais, políticas, por melhoria de condições de trabalho e avanços de carreira em alguns setores públicos. Destaca-se, neste contexto, a prática de crime por facções organizadas, ataques terroristas contra civis ou instituições e órgãos governamentais, rebeliões em cadeias e presídios. Além disso, muitas destas manifestações violentas visam desestabilizar economicamente uma região ou empresa, na medida em que os ataques atingem o meio produtivo primordial de um setor, comprometendo a economia de determinado local geográfico (DAHLBERG, KRUG, 2007).

A tipologia da violência pode ser compreendida através do esquema da Figura 1.

Tipologia da violência.

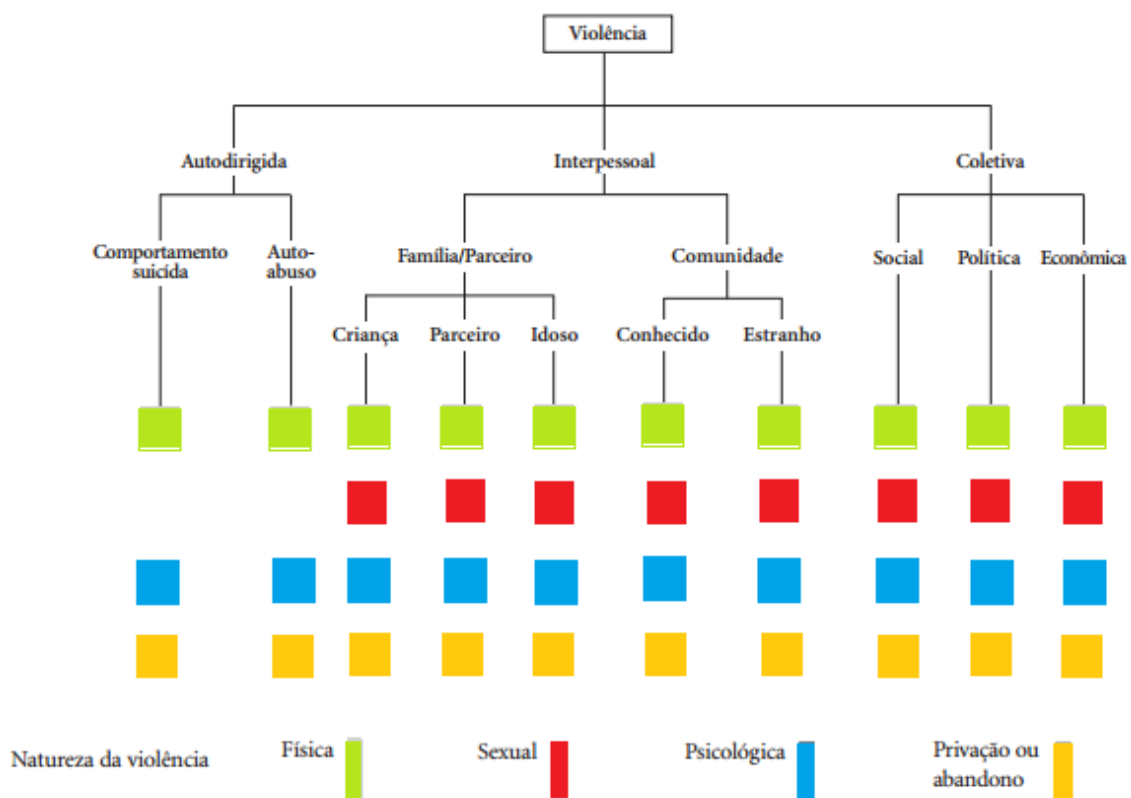


Figura 1: Classificação da violência. Fonte: DAHLBERG, KRUG, 2007

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a explicação das causas da violência pode ser feita em um diagrama de níveis (FIGURA 2) elencados da seguinte maneira:

O nível primordial elenca os fatores biológicos e pessoais de indivíduos relacionados e possibilita uma análise comportamental em relação aos fatores que podem potencializar a ação de violência praticada pela pessoa ou contra a mesma. No nível seguinte (segundo), estão colocados os fatores de relação ou relacionais, permitindo uma análise das relações interpessoais e sociais, no campo do trabalho, dos colegas de escola e outros grupos sociais, na tentativa de perceber seu papel na promoção de violência como agressor ou como vítima. Para as crianças e adolescentes, o grupo de amigos tem um papel fundamental na tomada de decisão a respeito de práticas relacionadas a violência.

O terceiro nível aborda os fatores relacionados à vida em comunidade, permitindo investigar a influência na promoção de manifestações de violência. Neste sentido, os problemas sociais mais comuns são importantes para a tomada de decisão na sua prática. Tais situações, comuns em comunidades com altos níveis de pobreza estão relacionadas com a educação de baixa qualidade, a falta de oportunidades no mercado de trabalho, o tráfico de drogas e a exploração sexual de jovens. O quarto nível está associado com fatores sociais mais gerais e que de certa forma, normatizam aspectos culturais de determinada região. Neste sentido, manifestações de violência por parte da polícia na tentativa de resolver questões de ordem pública, machismo ou até mesmo a prática de suicídio podem ser explicados a partir de uma construção cultural de cada região (DAHLBERG, KRUG, 2007).

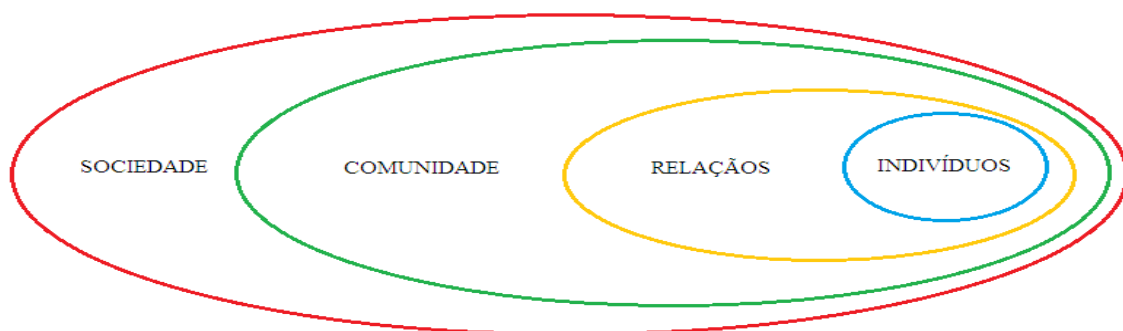


Figura 2: Modelo ecológico para compreender a violência (DAHLBERG, KRUG, 2007).

Dessa forma, a prevenção da violência em seu sentido mais ativo deverá levar em consideração aspectos de causas e efeitos e da complexidade dos cenários e dos indivíduos onde estas manifestações são produzidas. Desta maneira, estão presentes os fatores e características de ordem biológica, social, econômica e subjetiva. Por outro lado,



mesmo com todo o caráter subjetivo e complexo associado às manifestações violentas em vários âmbitos da sociedade, é importante entender que seus efeitos promovem desgastes importantes e interferem no bem-estar e na saúde individual e coletiva dos componentes de uma comunidade como um todo, além de influenciar na qualidade do serviço prestado na área da saúde, porque requer atendimento especializado (MINAYO, 2005).

Dessa maneira, a violência e suas manifestações prejudicam o bem estar da população, obrigando a um grande gasto de recursos financeiros por parte do governo e organizações, na tentativa de resolver problemas relacionados a estas mazelas. Em muitos casos os impactos da violência são irreversíveis e promovem o afastamento definitivo dos indivíduos afetados da vida produtiva, o que pode ocasionar outros problemas como alcoolismo, depressão, suicídio, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e impotência sexual (OMS, 2002).

A maioria dos estudos produzidos sobre esta temática aponta que a violência e suas manifestações são um produto das desigualdades enfrentadas para o desenvolvimento de condições essenciais para uma vida organizada e digna, levando em considerações, as oportunidades de educação, saúde e segurança pública e justiça, pilares importantes para garantir que todas as pessoas possam ter oportunidades de crescimento social e financeiro. Isso depõe contra a ideia de que tais manifestações violentas estejam ligadas apenas a falta de condição financeira.

Estudo realizado no Município de São Paulo, analisou as Taxas de mortalidades por homicídio entre os anos de 1996 a 2013, mostrou os jovens como as maiores vítimas e pessoas do sexo masculino, além disso, o estudo indicou as maiores taxas em regiões mais periféricas, onde as desigualdades sociais são mais evidentes. (PERES e ROUTTI, 2015). Outro estudo realizado no Departamento de Polícia técnica do município de Feira de Santana, cuja população foi composta por vítimas de lesões por causas externas, no período de 2006 a 2008, revelou a maior prevalência de vítima, entre pessoas do sexo feminino, e a maioria dos agressores do sexo masculino (75,9%) (LACERDA, et al. 2013). Estudo ecológico realizado no Brasil, de 2000 a 2012, com óbitos de jovens de 15 a 29 anos, revelou as causas externas com maior prevalência (71,4%), com a maioria de vítimas do sexo masculino (79,6%), cor parda (52,1%), e baixa escolaridade (69,9%) (NEVES e GARCIA, 2015).

### 3.2 A Violência no trabalho: um olhar para os trabalhadores de saúde

A violência no trabalho tem sido mundialmente reconhecida como um grande desafio para Saúde Pública. Organização Internacional do Trabalho (OIT) publicou em 1998 a primeira edição do relatório abordando a problemática da violência no trabalho, intitulado *Violence at Work*, no qual são evidenciadas ações e recomendações na tentativa de resolver este impasse (CHAPPELL, DI MARTINO, 2000). A OIT (2003) conceitua a violência no trabalho como sendo um conjunto de ações, ofensivas ou comportamentais, capazes de gerar agressões físicas ou verbais, humilhações no âmbito do desenvolvimento de suas atribuições profissionais ou como resultado de seu trabalho, inclusive situações que envolvem o deslocamento do trabalhador entre sua casa e o trabalho.

Segundo Simões (2016), a violência no trabalho pode ser definida como:

...ato agressivo entre duas ou mais pessoas, que coloca em risco a segurança, a saúde e o bem estar dos colaboradores no seu próprio local de trabalho. Esta ação, que tanto pode ser espontânea como ocorrer de modo continuado, pode assumir diversas formas como a discriminação, agressões físicas ou verbais, assédio moral ou sexual, entre outras. Este fenômeno tem consequências diversas, a que se deve prestar bastante atenção, pois nem todas são visíveis e nem todas se manifestam no momento da agressão. Pode provocar lesões imediatas ou mais tardias, e a nível físico ou psicológico. (SIMÕES, 2016, p.8)

Em várias situações, tais manifestações são presenciadas em espaços de atribuições profissionais, sendo promovidas por indivíduos alheios a estes espaços, por trabalhadores ou entre trabalhadores, por prestadores de serviços ou tomadores dos serviços, mediante insatisfação gerada por alguma demanda particular ou de terceiros. Tais evidências influenciam negativamente na qualidade dos serviços prestados, bem como na qualidade do trabalho como um todo, algo que interfere na vida social das pessoas envolvidas nestes episódios (SIMÕES, 2016).

Para auxiliar na compreensão de aspectos particulares relativos à saúde, no que diz respeito ao trabalho em saúde como o pilar fundamental para o desenvolvimento de uma cultura do cuidar ou produção do cuidado, faz-se necessário o entendimento sobre a magnífica organização do trabalho em saúde e do emprego de tecnologias específicas que possam potencializar a arte do cuidar, evidenciando uma característica humana, baseada em uma ética do cuidar. Deste modo, o trabalho apresenta-se de forma diferente na ótica

de cada trabalhador, sendo que a relação traçada por cada um destes profissionais evidencia a forma peculiar como cada um significa o trabalho em saúde, sendo que o cuidado passa a ser o objetivo maior na realização de suas tarefas cotidianas (FRANCO e MERHY, 2012).

No ambiente de trabalho em saúde, as manifestações da violência podem ser caracterizadas como *violência externa*, aquela proveniente da ação abusiva (geralmente um crime: furto ou roubo) de um indivíduo não pertencente ao espaço de trabalho onde o ato é cometido, evidenciando os trabalhadores em saúde como um grupo de risco, principalmente quando as unidades de saúde estão sediadas em regiões com um histórico de violência urbana elevado, o que reflete disparidades sociais ou uso de drogas; *Violência provocada pelo usuário*, que atinge diretamente o trabalhador que presta o serviço em saúde, relacionada com as condições emocional ou social dos pacientes, já que em muitos casos, o serviço é prestado a usuários de drogas ou pacientes desequilibrados psicologicamente ou sendo praticada por parentes de pacientes, insatisfeitos com alguma condição observada no atendimento; *violência interna*, que é praticada pelos próprios trabalhadores da saúde, no âmbito do trabalho. Estas ocorrências contribuem para um contínuo desgaste da qualidade das afinidades e empatia entre os trabalhadores, promovendo o enfraquecimento das boas relações, denotando uma estruturação administrativa inadequada ou do cenário do trabalho, o que pode refletir em insatisfações e comportamentos arbitrários durante o exercício da profissão; *violência ligada ao relacionamento pessoal* que geralmente envolve familiares, companheiros íntimos ou ex-companheiros ou até mesmo por alguém que faça o ou não parte do ciclo de amizade do trabalhador e é cometida no âmbito do desenvolvimento de suas atribuições profissionais ainda em seu local de trabalho, contribuem, de forma muito incisiva, para a queda da qualidade de vida e bem estar do agredido. Neste tipo de manifestação, colegas são vítimas e praticantes desta violência que pode ser caracterizada por meio de assédio moral ou até mesmo agressão física, principalmente quando está envolvida a questão da hierarquia do trabalho (CAL/OSHA, 2002). Assim, a violência no trabalho em saúde seria a relação existente entre o profissional e o agressor, evidenciada por vários fatores de determinações, incluindo as condições e organização do espaço e do próprio trabalho (CURBOW, 2001)



Figura 3: Modelo conceitual para violência no trabalho em saúde  
 Fonte: CAMPOS, 2008

No contexto de estudo, pode-se diferenciar, do ponto de vista conceitual, a violência do trabalho e no trabalho. O primeiro tipo é caracterizado pela degradação das condições básicas para o bom desempenho das atividades profissionais, por parte do trabalhador, o que influencia diretamente na sua produtividade e bem estar, uma vez que estas condições inapropriadas potencializam os riscos de acidentes e doenças provenientes da atividade profissional em condições não ideais. O segundo tipo se refere aos atos agressivos praticados por indivíduos relacionados direta ou indiretamente com certo ambiente de trabalho. Neste caso, é mais comum o tipo de violência psicológica, manifestada na forma de assédio moral, uma vez que estão latentes as relações profissionais, cargos, hierarquia e salários, de modo que a produtividade e a saúde física do afetado também são degradadas (CHAMPPEL e DI MARTINO, 2000; DEBOUT E LAROSE, 2003).

Segundo a OIT (2002) alguns setores são mais propensos à ocorrência da violência, embora se reconheça que ela esteja potencialmente presente em todos os contextos das atividades profissionais. Neste sentido, as áreas da saúde e serviços sociais lideram os casos de manifestações de violência, já que estes profissionais estão expostos a condições de tensão, diariamente, e ao mesmo tempo, lidam com um público variado, que em muitos casos, é formado por indivíduos desequilibrados emocionalmente ou em situação de insegurança social, fato que aumenta o risco para este grupo. O relatório da OIT, apontou uma incidência de 25% da totalidade dos casos de manifestação de violência, como sendo provenientes do setor de saúde, principalmente em emergências,

onde existe uma probabilidade considerável para a ocorrência de agressões físicas e verbais. Vale ressaltar, que neste cenário, a maior parte dos trabalhadores é do sexo feminino, o que relaciona o gênero com a manifestação da violência, no âmbito do trabalho (OIT, 2002).

De acordo com a OIT, a manifestação de violência na área da saúde atingiu níveis alarmantes em todas as regiões mundiais, entretanto, estes níveis, mesmo que elevados, ainda não retratam com fidedignidade a realidade vigente dentro da área da saúde. Em muitas situações, os profissionais que sofrem a violência no âmbito do desempenho de suas atividades não relatam o ocorrido ou até mesmo sentem constrangimento ou vergonha em relatar tal circunstância. Em muitas situações, não é feita qualquer denúncia ou registro, com o intuito de proteger o emprego ou obedecer a uma hierarquização dentro do ambiente de trabalho. Por outro lado, não há programas especializados, por parte dos governos ou instituições para tratar diretamente esta problemática, o que contribui para uma estimativa abaixo dos níveis reais de violência (TOSCANO e WEBER, 1995; GOODMAN et al., 1994, HELOANI, 2004).

Entre os tipos de violência sofrido pelos trabalhadores de saúde, são definidas e elencadas as subcategorias a seguir: Violência nas relações de trabalho - é percebida a partir da manifestação de abuso de autoridade por parte de algum integrante da equipe e que ocupa uma posição mais elevada na hierarquia da organização do trabalho (autoritarismo). Em muitos destes episódios, há a extrapolação por meio de agressões verbais e físicas, interpelações públicas e intencionais, situações de humilhação e tratamento desigual perante os demais membros da equipe de trabalhadores, o que promove queda do bem-estar do trabalhador e conseqüentemente, da qualidade do serviço por ele prestado. Esta categoria de manifestação é subdividida em dois tipos: física e psicológica. Neste caso, as manifestações de violência física são percebidas com mais clareza e se observa a utilização de força e truculência contra a vítima, que em muitos casos não tem chances de defesa. Por outro lado, a manifestação de violência psicológica tem uma percepção muito sutil e necessita em muitos casos, de um acompanhamento profissional para que a vítima possa externar tal experiência (OLIVEIRA & NUNES, 2008).

Esta forma de violência impõe traumas muito severos e difíceis de serem revertidos, uma vez que é cometida de forma padronizada e repetitiva, promovendo

sofrimento e submissão ao agredido, sendo classificada das seguintes maneiras: ameaça, promove coação da vítima ou das vítimas através de juramento de uso de algum meio para promover sofrimento, constrangimento desgaste psicológico ou medo, como o objetivo de obter vantagens pessoais, financeiras ou sexuais; assédio, postura inadequada em um determinado ambiente com a finalidade de impor constrangimento, sofrimento ou subserviência à vítima da agressão. Este tipo de manifestação pode ocorrer de forma falada, visual ou até mesmo física e deteriora as relações de trabalho, bem como a dignidade humana e a qualidade de vida da vítima. O *Bulling e Mobbing*, é uma espécie de assédio de ordem psicológica que pode ser caracterizado a partir da adoção de uma conduta ofensiva e de perseguição a alguém por conta de alguma característica específica como obesidade, o sexual, cor da pele, local de origem, entre outros. Nestes casos, a vítima se sente incapaz de reagir e tem grande prejuízo de ordem psicológica e social, o que compromete seu rendimento no trabalho e promove distúrbios comportamentais nos meios familiares e profissionais. (OLIVEIRA & NUNES, 2008).

Outra categoria é a violência na organização do trabalho que está associada com a organização geral do trabalho e promove risco de saúde aos trabalhadores. Linhas de produção inadequada e turnos de trabalho muito extensos são casos clássicos de uma organização imprópria e que provoca queda na produtividade do trabalhador, bem como de seu bem-estar pessoal. Já a violência nas condições de trabalho está ligada à estruturação material do local do trabalho. Neste caso, o trabalhador comumente está exposto a riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos ou por acidentes, ocorrido pela falta de condições adequadas para o desempenho de suas atribuições profissionais. A violência de resistência representa as manifestações trabalhistas em busca de melhorias nas condições do trabalho e que em muitos casos fogem ao controle, promovendo badernas e agressões entre os próprios trabalhadores ou entre estes e terceiros. Em muitas destas situações ocorre o embate com forças policiais e de seguranças particulares. A violência de delinquência é a ação provocada por agentes que estão diretamente ou indiretamente relacionados com o trabalho. Tais ações são classificadas como crimes do ponto de vista social ou legal. A violência simbólica é a manifestação que leva em consideração algumas características específicas do trabalhador ou de uma categoria específica. Nas situações mais comuns são percebidas discriminações por conta da cor da pele, escolaridade ou qualificação, bem como a legalidade ou remuneração da função desempenhada pelo trabalhador (OLIVEIRA & NUNES, 2008)

Em relação à ocorrência da violência psicológica, é importante salientar que este tipo de manifestação é silencioso e sutil para a maioria das pessoas em um grupo de trabalhadores, sendo de difícil percepção e enfrentamento. Na maioria das situações, é conhecida, apenas, por quem comete e por quem sofre o ato de violência. Uma caracterização típica desta manifestação é o assédio moral, promotor de um desequilíbrio emocional, influenciando no declínio da produtividade profissional, na degradação de autoestima pessoal, bem como na queda da qualidade da saúde física da vítima. Além disso, este tipo de violência configura uma violação dos direitos básicos do cidadão, condição necessária e fundamental para que todas as pessoas possam viver em harmonia social, em todos os setores, inclusive no desempenho de suas atividades profissionais (COSTA e MARZIALE, 2006). Este tipo de violência pode gerar efeitos graves tanto para a produtividade do próprio trabalhador, como para sua própria saúde física. Além disso, existe o caráter subjetivo associado às manifestações e percepção deste tipo de violência, o que coloca o trabalhador em uma condição de vulnerabilidade diante do trabalho e de outros colegas ou pacientes. Sendo assim, a exposição do profissional, por tempo prolongado, a este tipo de violência pode promover desequilíbrios duradouros, capazes de alterar toda sua rotina, interferindo nas relações pessoais, trabalho e condição mental como um todo (TOBIN, 2001).

Assim, algumas pesquisas têm mostrado a magnitude das ocorrências de violência no trabalho. Estudo apresentou os aspectos da violência praticada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), na cidade de Belo Horizonte, em 2003, revelando que cerca de 73,7% dos trabalhadores em saúde haviam sido agredidos verbalmente, durante a realização de suas atribuições profissionais. Este número foi seguido por 23,4% de profissionais que foram ameaçados ou agredidos fisicamente, e 18,8% dos casos trataram da adoção de uma conduta libidinosa inadequada ou assédio sexual. Neste cenário, ameaças e agressões físicas por portadores de arma branca ou até mesmo de fogo foram sofridas por 4,3% dos trabalhadores, sendo que em 1,6% dos registros, estas armas foram usadas, efetivamente, para praticar as agressões (CAMPOS E DIAS, 2007). Santos Junior e Dias (2004) analisaram os dados sobre atos de violência praticados contra médicos em unidades de pronto atendimento (UPA), constatando que, na região de Belo Horizonte, 1,9% dos profissionais foi agredido fisicamente, 45% foram ameaçados de agressão física ou tiveram bens materiais ou familiares ameaçados, enquanto que outras maneiras de

violência, como ofensas, injúria racial, discriminação ou posturas inadequadas, foram observadas por 84% dos profissionais.

Estudo realizado em Salvador, com servidores estatutários revelou que 25,9% dos entrevistados referiram ter sofrido algum tipo de violência no trabalho, sendo os auxiliares/técnicos de enfermagem (28%) e médicos (23,9%) as principais vítimas(SILVA et al, 2014). Observando os dados sobre a violência no cenário de trabalho em saúde, Leather (2001), constatou que a grande maioria das agressões ou ameaças praticadas neste contexto, foi cometida por pacientes do próprio sistema. O estudo revelou uma prevalência de 69% dos casos, embora se reconheça que os trabalhadores em saúde estejam expostos a diversos tipos de manifestação de violência. Na maioria das ocasiões, o comportamento do paciente é inadequado e está diretamente relacionado com a vulnerabilidade social ou com a condição psíquica, uma vez que muitos deles fazem uso de álcool, drogas, apresentam comportamento agressivo ou são portadores de distúrbios mentais, aumentando a tensão no momento da prestação do serviço médico. Por outro lado, existem evidências, porém imprecisas sobre a interferência do gênero, na prática da violência. De acordo com o pesquisador supracitado, estes casos estariam relacionados com a distribuição de homens e mulheres nas ocupações dos setores médicos ou até mesmo com a ocupação dos cargos no serviço de atendimento.

Desta forma, este cenário acaba por gerar problemas durante o atendimento, uma vez que contribui para aumentar a insatisfação dos pacientes, que retribuem de forma agressiva ou inadequada às intervenções dos profissionais. Neste sentido, seria importante uma análise maior sobre quais as situações que deveriam ser evitadas no momento de atendimento, no sentido de proporcionar uma intervenção mais segura para o paciente, bem como para o próprio profissional, evitando manifestações violentas, neste momento. Assim, as manifestações violentas, relacionadas ao comportamento psíquico, agressões verbais ou assédios moral ou sexual são mais sutis e muitas vezes negligenciadas, o que contribui para a degradação das ações que poderiam ser tomadas para resolver este problema. Por outro lado, em relação às agressões físicas, as medidas são paliativas e não estendidas a todo o sistema, o que dificulta o enfrentamento do problema nas unidades de saúde (LANCMAN et al, 2009).Para se proteger das situações de violência dentro do ambiente de trabalho, os trabalhadores da saúde lançam mão de estratégias defensivas como hostilidade ou até mesmo agressão a outros colegas, negação e distanciamento



afetivo dos colegas de trabalho e pacientes (DESLANDES, 2000; COSTA, 2005). Em muitas situações, existe o enfrentamento ou o confronto entre profissionais e clientes ou até mesmo entre profissionais, o que configura uma situação de explosão da tensão acumulada por excesso de exposição aos fatores de risco. O resultado desta manifestação promove a autodesvalorização profissional, insegurança no trabalho e queda da autoestima (DESLANDES, 2000). Quando a violência é praticada entre profissionais da saúde e envolvem cargos ou chefias, o resultado mais provável é o assédio moral ou sexual (MORAIS, 2009), o colocando o trabalhador em uma condição de submissão, impotência e fragilidade, uma vez que o emprego pode ser visto como o bem maior a ser protegido naquele momento, em detrimento da saúde e da dignidade humana, refletindo, na maioria das vezes, na não denunciado agressor (MOURA, 2005).

Em casos extremos, o trabalhador pode manifestar uma insatisfação elevada, provocando desequilíbrios agudos, surtos psicóticos ou até mesmo vir a óbito (COSTA, 2005). Neste sentido, é importante a adoção de políticas eficazes na redução ou minimização dos fatores de risco que podem potencializar as manifestações dos casos de violência no ambiente de trabalho, circunstâncias que seria capaz de ser construídas a partir do avanço nas condições de trabalho, redução dos níveis de estresse, diminuição da competitividade do ambiente profissional e uma escala de trabalho adequada (COSTENARO et al., 2008). Entretanto, esta realidade desejável é bastante utópica, em muitas situações, porque na grande parte dos centros de saúde, o número de profissionais é pequeno em relação à demanda por serviços médicos, o que provoca uma sobrecarga de trabalho para cada um dos profissionais, além do estresse (DESLANDES, 2000; COSTA, 2005). Este cenário acaba gerando insatisfação nos clientes ou até mesmo nos familiares dos pacientes, contribuindo para o aumento do risco de manifestação da violência (COSTENARO et al., 2008).

Dessa forma, torna-se importante o debate em torno da implementação de medidas ou políticas que possam minimizar as manifestações de violência no cenário do trabalho na saúde. Neste sentido, é preciso fortalecer algumas ações que já são estabelecidas por organismos internacionais, como por exemplo, a OIT, com o intuito de promover melhorias nas condições de trabalho, redução do estresse e da sobrecarga de atividades, contribuindo para a prestação de um serviço médico mais humanizado e qualificado, bem como protegendo e zelando pelas condições gerais do profissional prestador do serviço

(CAMPOS e PIERANTONI, 2010). Contrera-Moreno e Contrera-Moreno (2004) apontam questões importantes que relacionam a prática da violência com as condições regionais, estrutura de cada centro de saúde, o que impõe a necessidade de uma análise detalhada sobre essas realidades, podendo se possa chegar a resultados destes cenários particulares.

### **3.3 O Sistema Único de Saúde e as condições de emprego**

Criado pela Constituição Federal de 1988, a implementação do Sistema Único de Saúde caracterizou-se como o maior exemplo do Brasil no desenvolvimento de política pública para a inserção social daqueles que não teriam acesso à saúde em condições corriqueiras (MENDES, 2013). O nascimento desse grande projeto se deu a partir do estabelecimento da saúde como um direito básico e garantido pelo estado a todo cidadão brasileiro, desde o seu nascimento. Desta forma, o desenvolvimento do SUS se deu a partir da criação de um sistema que pudesse englobar as ações em saúde de forma descentralizada e de ação estendida e universal (PAIVA, TEIXEIRA, 2014). Esta grande estrutura se coloca, hoje, como a única maneira de acesso à saúde para a grande maioria dos brasileiros, sendo responsável por ações em várias áreas como, vigilância sanitária, transplantes de órgãos, distribuição de medicamentos de uso contínuo ou não, vigilância epidemiologia, bem como sangue e seus derivados. O SUS também presta atendimento, mesmo que ocasional, aos milhões de brasileiros usuários de planos de saúde privados, principalmente no caso de falta de cobertura parcial ou total de alguns procedimentos médicos (MENDES, 2013).

Sem dúvida, o SUS desponta como um dos maiores sistemas públicos e de acesso direto à saúde em todo o mundo. Ele conta com uma super estrutura, com mais de seis mil hospitais espalhados por todas as regiões brasileiras, além dos convênios que são estabelecidos entre o setor público e os centros privados de saúde. Também é responsável pela realização de um elevado número de procedimentos médicos anuais, cerca de dois bilhões, além de mais de uma dezena de milhões de internações de pacientes em hospitais, de milhões de procedimentos relacionados ao tratamento de doenças graves como câncer e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), em todo o país. Ainda neste contexto, o SUS é responsável pelo programa nacional de vacinas, através do sistema nacional de

imunizações e de outros programas para prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis e a própria AIDS, além da saúde geral de mais de 150 milhões de brasileiros em todos os cantos do país (MENDES, 2013).

No entanto, em aspectos gerais, a teia de serviços prestados pelo SUS não atende às expectativas em relação às demandas em vários setores da saúde em diferentes frentes e regiões do país, o que promove um desequilíbrio e dificuldade para os pacientes receberem a prestação de serviços, principalmente aqueles especializados (VIANA, 2006). Neste sentido, há uma discrepância entre o que está garantido pela Constituição brasileira e pelas leis auxiliares que foram criadas em benefício da população e aquilo que realmente acontece no setor público da saúde, uma assistência demorada e limitada aos que buscam proteção neste sistema. Na maioria dos casos, existe uma demora alarmante para procedimentos simples como consultas e exames básicos e esta limitação aumenta em eventos mais complexos como cirurgias ou intervenções mais elaboradas, o que reflete a falta de organização, verbas destinadas ao sistema, bem como pessoal para aumentar a capacidade de atendimento por parte do SUS (O'DWYER, et al., 2008).

Dessa forma, está posto um grande dilema relacionado com a melhoria nas condições de acesso e assistência por parte do SUS aos pacientes que buscam ingresso neste sistema. É consenso, entre os estudiosos que o SUS deve ser repensado, no sentido de promover mais rapidez no atendimento, bem como aumentar a qualidade desta assistência prestada para todos os cidadãos brasileiros. Faz-se necessária uma reformulação, buscando a ampliação dos serviços associada com um aumento da malha de atendimento para a população que cresce constantemente, uma vez que este sistema pode ser considerado, apesar de público, excludente, pois não proporciona as mesmas condições de acesso à saúde de qualidade para todos os habitantes do Brasil, em iguais condições de qualidade, rapidez e humanidade, apesar da universalização do serviço e uma aparente racionalização na gestão de destinação de verbas e financiamento do sistema (GAWRYSZEWSKI, 2012).

Neste contexto, uma boa Atenção Primária à Saúde (APS) poderia servir para desafogar o sistema como um todo, uma vez que na falta desse acesso, muitos pacientes procuram unidades de maior complexidade, inclusive para tratar de problemas simples e que poderiam ser resolvidos em unidades de saúde próximas da residência do usuário.

Além disso, esta assistência básica poderia estabelecer uma consciência preventiva de saúde, centrada no indivíduo, melhorando seu bem estar e sua relação com o sistema de prestação de serviços médicos (CAMPOS et al., 2014). Muitos estudos confirmaram que a APS, quando implementada de forma organizada e uniforme, daria conta de solucionar mais de 80% dos casos relacionados a problemas de saúde ainda nas unidades básicas, por meio de programas específicos que possam proporcionar não só a assistência em casos necessários, como a disseminação de práticas e atitudes de promoção e prevenção da saúde (STARFIELD, 2002).

Além disso, a APS pode promover um serviço de seleção e encaminhamento para o tratamento dos pacientes em casos de necessidade, apesar de uma perceptível limitação do SUS na tentativa de organizar estas demandas associadas à ordenação de vagas e o atendimento para os níveis mais elaborados de atendimento (CAMPOS et al., 2014), fazendo com que esses usuários recorram aos níveis de média e alta complexidade, gerando outro problema, a superlotação, algo muito familiar para a maioria dos pacientes que recorrem ao sistema, sobretudo para aqueles que não tem acesso aos programas básicos de saúde da família. Este cenário acaba promovendo desalento e falta de esperança nos usuários que, em meio às dificuldades encontradas, acham normal que os serviços sejam prestados com morosidade e falta de qualidade perceptível.

No SUS, o papel centralizador atrelado ao serviço médico hospitalar, é uma premissa da articulação deste sistema, o que promove uma indesejável sobreposição da assistência sobre a prevenção. Esta situação está em conflito com a sua própria ideia de estruturação, que deveria ser uma rede organizada, articulada e capaz de solucionar problemas desde a atenção básica até intervenções mais elaboradas, que se dão no nível de média e de alta complexidade (PIRES, et al., 2010). Dessa forma, o SUS pode ser caracterizado como um sistema que não presta a atenção necessária para seus usuários, o que promove descaso, em muitas situações para aqueles pacientes que não necessitam de grandes intervenções médicas ou tecnológicas. Esta situação reflete um despreparo na gestão, bem como no treinamento especializado para os profissionais que lidam direto com estas demandas diariamente nos centros de saúde do país (O'DWYER, et al., 2008), situações de estresse que podem estar relacionadas com as manifestações de violência no cenário da saúde, seja por parte de trabalhadores ou até mesmo pacientes.

Além dos problemas citados anteriormente, a falta de um quantitativo de profissionais que pudessem lidar diretamente com as demandas existentes no SUS, caracteriza-se como um ponto importante para explicar várias das manifestações de violência no cenário da saúde. Esta limitação do número de profissionais acaba por sobrecarregar o restante da equipe em atendimento e contribui para a queda da qualidade do serviço prestado, gerando situações de conflitos e tensões entre os trabalhadores, bem como prestadores e tomadores dos serviços médicos de forma geral. Neste sentido, um estudo apontou que na rede pública do estado do Rio de Janeiro, esta falta de recursos humanos é maior na área de enfermagem, seguida por médicos de clínica geral e logo após os de outras especialidades (O'DWYER, et al., 2008), o que promove, além de casos de violência, uma exacerbada competição profissional, causando diminuição qualidade do serviço.

Neste sentido, muitos aspectos relacionados ao funcionamento e gerenciamento do SUS, bem como da constatação da violência no cenário do trabalho em saúde, no Brasil, tem sido apontado em várias pesquisas ao longo da última década. Um destes estudos, realizado em Natal no ano de 2009, mostrou que os acompanhantes (86,53%) se destacam como principal agressor para violência ocupacional, seguido pelos pacientes (62,45%) (MORAIS FILHO, et al., 2010). Outro estudo realizado em um hospital público de Natal, entre 2011 e 2012, revelou que 15,2% dos trabalhadores elencaram o comportamento violento dos acompanhantes, 12,2% chamaram a atenção para o comportamento hostil dos próprios trabalhadores; 11,4% citaram a insegurança para exercer as suas funções profissionais, enquanto que 11,2% chamaram a atenção para os casos de pacientes transtornados ou violentos e problemas relacionados com a estrutura física dos centros hospitalares (SOUZA et al., 2013).

Além disso, o tipo de vínculo do trabalhador com a instituição pode estar relacionado com a violência ocupacional, uma vez que muitos gestores têm optado por contratos temporários. Esta condição de prestação temporária de serviço produz insegurança no profissional de saúde, uma vez que este tipo de contrato é de curta duração e geralmente termina no momento em que ele está mais adaptado, provocando uma ruptura e desgaste na relação deste trabalhador com seu mantenedor (VASCONCELOS et al., 2012). Esta tensão acaba sendo refletida na qualidade do serviço prestado, sobretudo se um veterano for substituído por outro menos experiente e adaptado ao

contexto em questão. Em muitas destas situações, os pacientes podem manifestar violência contra os profissionais ou até mesmo contra outros pacientes, na medida em que perceberem que a qualidade do serviço é insatisfatória ou se o profissional em questão não se mostra disposto ou capaz de resolver a demanda específica deste paciente (PARAVIC; et al., 2004). Por outro lado, a substituição promove uma ruptura técnica, uma vez que o novo profissional pode ser menos capacitado ou envolvido com aquele cenário hospitalar específico (VASCONCELOS et al., 2012).

Dessa forma, o comportamento dos profissionais acaba sendo moldado em função destas possíveis manifestações, sendo que muitos deles optam por comportamentos defensivos, práticas violentas contra outros colegas ou pacientes, tornam-se isolados, implicando em um tratamento não (DESLANDES, 2000; MOURA, 2005). Em um estudo realizado em Natal, 2009, verificou-se que as manifestações de violência estavam relacionadas com os cargos de chefia (23,67%), seguida por médicos (22,86%) e equipe de enfermeiros (19,18%) (MORAIS FILHO, et al., 2010). Além da insatisfação por parte dos usuários com os serviços prestados e do vínculo de trabalho da instituição com o trabalhador, características puramente pessoais, empenho profissional, expectativa da profissão, fatores geográficos relacionados à localização dos centros onde se presta os serviços médicos, carga horária elevada de trabalho, bem como o desenvolvimento das atividades profissionais em locais de demasiada violência podem contribuir para um comportamento hostil por parte do trabalhador em saúde ou até mesmo para prováveis manifestações de violência contra colegas, chefes ou pacientes (LEVIN et al. 1998).

O Ministério da Saúde classifica o tipo de manifestação de violência aos pacientes (usuários) como violência institucional, definindo-a como:

“Aquela exercida nos/pelos próprios serviços públicos ou privados, por ação ou omissão. Pode incluir tanto a dimensão mais ampla da falta de acesso ou da má qualidade dos serviços, estendendo-se às próprias relações de poder entre os usuários e os profissionais dentro das instituições, até uma noção mais restrita de dano físico intencional” (BRASIL, 2009).

É aquela que se promove e é percebida em lugares institucionalizados, tendo como pressuposto as regras e normas de organização e funcionalidade sendo ancorado na manutenção de um ambiente burocrático e politizado, que depõe contra o estado social e justo. Neste caso, a vítima é pormenorizada diante do papel de poder de tal instituição.

No campo da saúde, sobretudo na pública, representada pelo SUS, existe uma descaracterização evidente do paciente como indivíduo e crítico, sendo o mesmo tido como incapaz, em muitos casos, de oferecer qualquer subsídio para a melhoria do seu próprio bem-estar. Deste modo, houve o desenvolvimento de um ambiente voltado para a técnica e a burocracia, em detrimento da humanização do setor, situação que proporcionou o surgimento de uma proposta de política voltada para programas transversais que buscam a humanização na saúde (MINAYO, 2007).

A maneira como desempenhamos nossas tarefas profissionais, a forma pela qual desenvolvemos o nosso ofício, não importando qual seja ele, é caracterizado como processo de trabalho. Desta forma, o trabalho pode ser conceituado e caracterizado como o conjunto de atividades específicas através das quais o homem pode interferir sobre um objeto de interesse, tentando modificá-lo em um processo produtivo e geral. Tal processo de trabalho é desenvolvido com um objetivo bem claro e específico, fazendo com que o trabalhador possa lançar mão de técnicas e estratégia para atingi-lo. Portanto, a organização do processo produtivo leva em consideração a existência deste objetivo que é perseguido a partir de estabelecimento de critérios e normas capazes de reger tal processo produtivo (FARIA, et al, 2009).

Neste contexto, a saúde também pode ser entendida como um grande setor produtivo, uma vez que o ato de cuidar representa o objetivo primordial neste panorama. Além disso, na área da saúde, o produto e o processo são fatores componentes e indissociáveis do trabalho, uma vez que, neste cenário, o cuidar é o objetivo fundamental da atividade profissional em saúde. Desta maneira, a prestação de um atendimento humanizado é uma tarefa que confronta diversos atores sociais, tais como: pacientes, enfermeiros, médicos e auxiliares, evidenciando necessidades diferentes, porém com a finalidade de promover o bem-estar de todos no ambiente de trabalho (ASSUNÇÃO, 2012)

Assim, as discussões a respeito da temática que envolve o trabalho e seus meios produtivos são importantes e necessárias para estabelecer uma compreensão acerca da estrutura de organização e funcionamento da assistência à saúde, sobretudo, sobre seu papel modificador da realidade social. Neste contexto, é possível entender e interagir com processos de organização do trabalho, o que ajuda no entendimento sobre a distribuição e dimensionamento do trabalho no setor da saúde, permitindo promover uma melhor

distribuição de tarefas para todos os profissionais envolvidos neste cenário. Portanto, fica claro, que o trabalho em saúde, é, sobretudo, um trabalho pautado na coletividade e divisão de tarefas, como o objetivo de promover a melhor qualidade na prestação do serviço médico, bem como o conforto e bem-estar dos pacientes e familiares (MERHY, FRANCO, 2005).

Entretanto, é importante destacar que a realização do trabalho ou do processo produtivo como um todo é influenciado por suas condições básicas. Tais condições estão relacionadas com fatores materiais, biológicos, sociais e psíquicos, sofrendo interferência de ordens financeira ou econômica, organizacional ou até mesmo técnica. Portanto, o conjunto destes elementos determinam as condições para o desenvolvimento do trabalho, de forma geral, algo que tem deposto contra a qualidade do trabalho no setor público de saúde, contribuindo para o detrimento da saúde dos profissionais deste setor (MAURO, et al, 2010).

A perceptível desvalorização das condições de trabalho no setor da saúde tem evidenciado uma crise no sistema de saúde brasileiro, sobretudo, nos hospitais públicos, o que evidencia a dificuldade da gestão por parte dos governantes, bem como o cenário econômico difícil pelo qual passa o país. Esta realidade se agravou com a redução dos investimentos e aportes de verbas para o setor, redução de concursos para contratação de médicos e funcionários, o que impactou diretamente na qualidade do serviço prestado, além de promover desgastes organizacionais das instituições de saúde pública em todo o país. Os reflexos de todos estes problemas são percebidos diretamente na qualidade da saúde de diversos profissionais do cenário da saúde (NICOLA e ANSELMINI, 2005).

Além disso, o estado tem promovido, por meio de todas estas medidas de ordem administrativa, um aumento considerável na insatisfação do material humano que compõe o setor da saúde pública. É notório o movimento de saída ou de insatisfação dos profissionais com as condições atualmente impostas no cenário da saúde no Brasil, sobretudo na esfera pública. Existem alegações acerca de autonomia profissional, problemas relacionados com pressões interna ou hierárquica e também de pacientes e familiares, salários reduzidos e aumento de tarefas durante o trabalho, principalmente pela falta de contratação de novos profissionais (ASSUNÇÃO, 2012)

Neste sentido, e considerando que o homem se configura como o objeto do trabalho, na área da saúde, sendo responsável pelo desenvolvimento de resultados



subjetivos em saúde, além de ser atuante no processo de trabalho, podendo contribuir com a sua eficiência em suas várias etapas de construção. Ainda neste contexto geral, há vários fatores que influenciam ou condicionam a possibilidade de manifestações de violência relacionadas ao trabalho, seus processos de organização e produção, bem como o próprio trabalhador (CAMPOS, DIAS, 2007). Percebe-se que o processo de trabalho em saúde, assim como as condições de trabalho são fatores causais e desencadeadores para a ocorrência de episódios de violência no setor saúde (CAMPOS, 2008; BATISTA, et al., 2011).

### **3.4 Gênero, trabalho e violência**

Apesar do crescente aumento da atividade feminina no mercado de trabalho, as desigualdades são evidentes. No Brasil, os indicadores revelam que, no período de 1993 a 2016, a População Economicamente Ativa – PEA – feminina passou de 39,6% para 46,7% (IBGE, 2016; BRUSCHINI, 2007). No entanto, a taxa de desocupação do sexo feminino ainda é elevada, 50,6%. O relatório *Progresso das Mulheres no Mundo 2015-2016: Transformar as economias para realizar os direitos*, revela que 50% das mulheres com idade para trabalhar fazem parte da população ativa. No caso dos homens, o índice é 77%. No mundo, os salários das mulheres são 24% inferiores aos dos homens (ONU, 2015).

No entanto, a maioria das mulheres ainda desenvolve trabalhos informais e precários, que não possuem proteção legal nem assistência da previdência social, enquanto que uma parcela menor das mulheres, porém qualificada ainda atua em áreas como enfermagem, ensino e serviço social, o que denota uma participação ainda pequena em setores que tradicionalmente são ocupados pelos homens (PASTORE, et al, 2008

Esta presença da força de trabalho feminina em áreas de saúde foi constatada em muitos estudos científicos, em várias partes do mundo. Em alguns países, esta participação ultrapassa a marca dos 75%, sobretudo nas atividades profissionais de menor qualificação acadêmica específica, o que reflete ainda a precarização do mundo do trabalho em relação à participação feminina. Neste mesmo contexto, a participação ou ocupação de cargos ou funções mais qualificadas da área da saúde, por parte da mulher, ainda representa uma minoria expressiva. Neste sentido, esta realidade reforça, em tese,

que o sistema de saúde e sua própria organização reforçam ou revelam características importantes, expressando a maneira arbitrária de desigualdade social associada ao gênero (OMS, 2008).

Esta divisão do trabalho a partir do gênero é uma característica marcante para o cenário da saúde, o que reforça, de forma geral, uma concepção antagônica entre o saber fazer, associado ao exercício da medicina, e portanto desenvolvido por homens, em sua maioria, e o saber cuidar, que geralmente está associado à vocação, e portanto, para esta sociedade, uma atribuição quase que feminina. Este comportamento desigual e não desejável para a organização do trabalho, é quase natural, em muitos contextos, enfatizando a relação de dominador e dominado, uma vez que a hierarquia também é bastante notória em tais relações de trabalho. Além disso, é perceptível a prevalência da atuação feminina nas áreas ligadas à enfermagem, dentro dos serviços de saúde, tais como a área de nutrição, serviços gerais e higienização, reforçando as características de precarização e antagonismo nas relações de trabalho (PASTORE, et al, 2008).

Dessa forma, mesmo havendo uma aparente necessidade da presença de profissionais do sexo masculino em alguns espaços, que geralmente é justificada pela “força masculina”, percebe-se que tais atividades serão desenvolvidas pelas mulheres, se for este o caso necessário, a partir do emprego da “força feminina”. Por outro lado, também é notório que as manifestações de violência em espaços dedicados ao trabalho em saúde são mais comuns em situações ou ocasiões onde as mulheres são maioria dos trabalhadores, principalmente no setor de enfermagem ou serviço social. Esta constatação pode reforçar a relação de fragilidade que o agressor pode ter associado ao gênero da trabalhadora em saúde (COOPER e SWANSON, 2003).

Mas o que seria gênero afinal? O Gênero pode ser entendido como um evento ou construção cultural, de ordem não biológica, e que está associado com a interpretação de fenômenos relacionados à temática das esperanças sociais, no que diz respeito à masculinidade ou feminilidade, de forma geral. Neste contexto, a pluralidade de práticas sociais relacionadas com cada gênero, em particular, demonstra a pujança de cada um destes gêneros, embora se perceba que, em várias sociedades, existe uma tendência de supervalorização do gênero masculino, mesmo em sociedades ditas mais avançadas ou desenvolvidas. Da mesma maneira, o papel da mulher e da feminilidade é visto de formas diferentes, em sociedades distintas, o que revela, sobretudo, um aspecto cultural na

definição de gênero, fazendo com que masculinidade ou a feminilidade sejam, portanto, em linhas gerais, produtos do próprio modo de vida social e cultural de um povo (RIBEIRO, 2004).

Neste universo de pré-determinação de “comportamentos esperados” o papel sexual ou papel de gênero é entendido como uma série de atitudes comportamentais que cada indivíduo deve apresentar para a sociedade, a partir de seu sexo biológico, isto é, a cultura tem um papel importante naquilo que se denomina identidade de gênero, e consequentemente, nas ações que são tidas com autênticas, aceitáveis ou adequadas para um indivíduo, de acordo com seu sexo biológico. Tal comportamento adequado ao gênero é geralmente percebido ao longo do desenvolvimento dos indivíduos, sobretudo, nos primeiros anos de vida, entretanto, há situações motivadas por questões sociais, culturais ou psicológicas, as quais interferem na decisão de que muitos indivíduos possam adotar um comportamento adverso ao que seria esperado para seu sexo biológico, evidenciando aspectos e preferenciais de gênero que não são relacionadas diretamente com a questão biológica. Dessa maneira, o gênero estar além de um padrão estabelecido em sociedades rígidas e representa a interpretação de cada indivíduo sobre seu entendimento da masculinidade e feminilidade, independentemente de comportamentos esperados para homens e a mulheres (RIBEIRO, 2004).

Assim, fica claro, que existe uma construção cultural, transferível, em muitos casos, e que dá conta da expectativa sobre a conduta que deve ser desenvolvida por cada um de seus integrantes, no que diz respeito ao gênero. Neste caso, o comportamento mais comum é esperar que indivíduos possa se comportar de acordo com seu sexo biológico, demonstrando ações que são reconhecidas como pertencentes a homens ou mulheres. Esta construção é podada ou incentivada de acordo com o interesse da própria sociedade (RIBEIRO, 2004). Além disso, esta construção tende a engrandecer o papel do homem como sendo o dominador da relação entre homens e mulheres (NETTO e BORGES, 2013), expressando a ideia de que o homem é possuidor de todo poder sobre as coisas e sobre a mulher, algo que é explicitado como normal em sociedades capitalistas e patriarcais (SAFIOTTI, 2004).

Neste sentido, identifica-se o machismo, termo que MIGUEL e BIROLI (2014) substituem por “dominação masculina” por considerá-lo mais adequado, uma vez que a ideia de dominação da mulher, pelo homem, é difundida em sociedades patriarcais, de

forma contínua e histórica, reforçando, através desse comportamento, o fortalecimento de uma estrutura impessoal e dominante que passou a vigorar no ceio da sociedade, transferindo uma falsa impressão de atribuição de poderes e oportunidades associados a este tipo de conduta. Assim, estas constatações permitem relacionar a questão de gênero com a organização do trabalho a partir de critérios sexuais e sociais, uma vez que as manifestações mais elementares de violência contra a mulher em vários espaços sociais, sobretudo na área da saúde, são primordialmente cometidas por conta da condição do “ser mulher”, julgada como frágil e indefesa, pelo agressor, em muitas situações de tensão (MORI, 2004).

A questão de gênero e trabalho também sofreu interferências sociais e culturais durante toda a história da humanidade. Na maioria das sociedades, mulheres e homens sempre desempenhavam atividades laborais diferentes e específicas para cada um dos gêneros. Esta diferenciação também sempre foi estendida à remuneração, quando existia, para o caso das mulheres (KURZ, 2014). Além disso, a mulher passou por um longo e doloroso processo de integração no mundo do trabalho profissionalizado, isto é, aquele desenvolvido fora do ambiente doméstico. Este fenômeno esteve relacionado diretamente com a questão de gênero e não de sexo, devido a predominância do comportamento patriarcal de dominação do gênero masculino sobre o feminino. Isso influenciou nas lutas das mulheres para assegurar seu direito de desenvolver atividades profissionais, mesmo com remunerações mais baixas (OIT/MTE, 2002)

Neste sentido, pode-se destacar, então, que a construção social e histórica do trabalho sempre esteve relacionada com a temática sexual, execrando a mulher de espaços profissionais fora do ambiente caseiro. Durante um vasto tempo, em praticamente todas as sociedades conhecidas, os homens cultivaram o papel de mantenedor do lar, com atribuições externas, de provento ou sustento, enquanto à mulher cabia o papel de protetora dos filhos, reprodutora e afazeres domésticos e pequenos serviços diários. Isso refletiu durante muito tempo, o próprio pensamento e ideologia da sociedade sobre papel da mulher, sempre renegado ao segundo plano, no que se refere aos aspectos social e profissional (HIRATA; KERGOAT, 2007)

Este cenário é fortalecido com a revolução industrial e a profissionalização da mão de obra em espaços específicos, como fábricas e indústrias. Nessa quebra de paradigma

do trabalho, a mulher tem o seu papel de feitora dos trabalhos domésticos reforçado, uma vez que para os homens, passou a vigorar um sistema que remunerava a força de produção em ambientes não externos, influenciando na divisão sexual e história do trabalho. Esta nova formulação da sociedade trabalhista foi fundamental para sustentar a ideia da mulher como limitada na tarefa de realizar atividades do trabalho fora do lar, arraigando a sustentação de um comportamento machista e patriarcal no mundo do trabalho (BRUSCHINI; RICOLDI, 2008).

Neste contexto, as atividades caseiras, em sua própria casa não configura trabalho, de acordo com os estudos relacionados com a temática do trabalho, algo que é interpretado diferentemente, no momento em que uma mulher passa a desenvolver a função de empregada doméstica na casa de terceiros, fato que mostra a própria desvalorização do trabalho realizado no ambiente domésticos e, na maioria das vezes, por mulheres (BRUSCHINI, RICOLDE, 2008). Além disso, a maternidade sempre foi, no mercado de trabalho, uma questão muito sensível e que interfere na própria inserção da mulher no mercado profissional, quanto na sua própria permanência nele, uma vez que a conciliação de tarefas domésticas e profissionais nem sempre é entendida como benéfica no mundo do trabalho (KURZ, 2014)

Por outro lado, há, neste novo cenário, uma parcela de mulheres, que tiveram acesso a uma educação qualificada e por isso ocupam postos de trabalhos especializados, com boa remuneração, o que proporciona uma independência financeira e social, dentro do mercado de trabalho atual. Em contrapartida, ainda é grande o número de mulheres que, por falta de oportunidades, sobretudo, na educação continuam a ocupar vagas de subempregos, com remunerações baixas e precarização dos direitos e trabalho, evidenciando uma situação de bipolarização no mercado de trabalho feminino. Tal panorama reflete uma situação antagônica, quando comparamos mulheres escolarizadas e não escolarizadas, bem como mulheres e homens, de forma geral, no mundo do trabalho (HIRATA, 2011, 2010).

Esta precariedade e também a bipolarização afetam profissionais homens e mulheres, embora se perceba que as mulheres, por questões históricas e de gênero, acabam sendo mais penalizadas no mercado de trabalho, uma vez que, por conta das relações de poder construídas na sociedade, que pregam a submissão feminina, acabam

por levar as mulheres menos escolarizadas para funções menos qualificadas que os homens nas mesmas condições, fato que expõe um comportamento social ainda vigente nos dias atuais. O resultado prático desta moléstia social é a ocupação de vagas de subempregos, com remuneração baixa e pouco ou nenhum acesso a benefícios sociais ou trabalhistas por parte das mulheres (OIT/TEM, 2002).

Assim, esta estruturação do organograma profissional demonstra uma estrutura rígida e hierárquica que enfatiza possíveis relações de poder e desigualdade social. Estas situações podem desencadear ocorrências de assédio moral ou até mesmo sexual, uma vez que as mulheres estão mais propensas a estas situações, por uma série de fatores. Neste sentido, muitas das posições ocupadas pelas mulheres no mundo moderno podem proporcionar as manifestações de violência contra elas, sobretudo por conta das várias jornadas desenvolvidas pelas mulheres em casa e no trabalho, justificando uma vulnerabilidade maior para este grupo de profissionais em relação à prática de várias formas de violência (MORI, 2004).

O que fica claro, a partir do exposto, é que a maior participação das mulheres no mercado de trabalho, principalmente na área de saúde, também proporcionou uma maior vulnerabilidade desta profissional em relação a vários tipos de violência, sobretudo os assédios sexual e moral. Estas manifestações estão, sem dúvidas, ligadas à própria divisão sexual do trabalho, o que pode propiciar alguma ação por parte do agressor, a partir da posição que ocupa nesta hierarquia do trabalho, que geralmente é mais elevada. Apesar deste tipo específico de violência não acontecer apenas em espaços onde existe uma hierarquização do trabalho, é mais perceptível neste tipo de cenário, mostrando que a maior parte das vítimas são mulheres, que desenvolvem traumas psicológicos, mentais e sociais graves, ao longo de suas vidas (QUEIROZ et al, 2011).

No caso do Brasil, é possível perceber a existência de uma realidade na qual a mulher é violentada em vários setores sociais, em casa e no trabalho, mesmo que estas manifestações estejam maquiadas por meio da estrutura social vigente e o preconceito velado para com o gênero feminino. Em muitas ocasiões, as mulheres são vítimas de manifestações de violência no setor público e também em meios privados, o que reforça uma sociedade autoritária e descompromissada, de forma geral com esta realidade não desejável, o que está refletido na divisão do próprio trabalho, bem como na sua

precarização (QUEIROZ et al, 2011). Este cenário desafiador tem sido denunciado por meio de várias pesquisas, que na maioria das situações de violência identificaram a presença de profissionais mulheres, jovens, com pouca instrução educacional, o que aumenta a potencialidade para tais manifestações violentas (CURBOW, 2003).

Neste tocante e referindo-se aos espaços domésticos, existe uma maior percepção sobre a ocorrência de violência física, moral ou sexual. Esta mesma realidade, entretanto, é de difícil percepção nos espaços profissionais onde as mulheres atuam, sendo muito sutil a verificação da ocorrência de manifestações relacionadas ao assédio sexual, sobretudo, o que não implica na não ocorrência deste tipo de violência. Em muitas situações, as vítimas se sentem incapacitadas para denunciar a agressão ou buscar ajuda, uma vez que temem pelo entendimento sobre sua reputação pessoal, medo de perder o posto de trabalho ou até mesmo medo de uma exposição social exacerbada (PALACIOS et al, 2003).

No entanto, Santo e Izumino (2005), consideram que o patriarcado por si só não justifica os atos de violência que vitimizam as mulheres. Os autores analisam que essas ocorrências se dão pelo domínio, exercido por homens e por mulheres, mesmo que esse domínio não ocorra de forma semelhante para ambos.

Por outro lado, o Centro Regional de Informação das Nações Unidas, considera que a violência contra a mulher ocorre pelas diferenças de poder, justificado pelo patriarcado, a discriminação enraizada pela cultura e distinções que ocorrem no mercado econômico. Segundo o Secretário Geral, os homens utilizam desses atos de violência como forma de controlar as mulheres, seja de origem conflituosa, por princípios particulares ou pela serenidade do Estado (UNIRIC, 2016).

Neste sentido, a causalidade da violência no trabalho, ocorrida pela divisão sexual, é a desigualdade de gênero. Essas distinções sexuais no mercado de trabalho implicam na discriminação, consolidada pelas disparidades salariais e agressões físicas e psicológicas (FELTES, 2014).

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 Delineamento da pesquisa**

Este trabalho foi um recorte da Pesquisa multicêntrica “Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia”, desenvolvido entre os anos de 2010 a 2012 pelo Núcleo de Epidemiologia (NEPI) e pelo Núcleo de Saúde Coletiva (NUSC) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), com o apoio da Universidade Federal da Bahia (UFBA), da Universidade Federal do Recôncavo Baiano (UFRB), da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC) e da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Trata-se de um estudo exploratório de corte transversal. No Delineamento transversal, “causa” e “efeito” são observados ao mesmo tempo (PEREIRA, 2012). O Estudo transversal é a observação direta de uma quantidade calculada de indivíduos em uma única oportunidade, num prazo determinado de tempo (MEDRONHO, 2009).

A investigação de corte transversal fornece um retrato de como as variáveis estão relacionadas, naquele momento e informa a distribuição de um evento, na população, em termos quantitativos (PEREIRA, 2012).

### **4.2 Local da pesquisa**

O estudo original foi realizado no Distrito Sanitário do Centro histórico de Salvador e nos municípios de Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus, Jequié e Itabuna.

Feira de Santana, segunda maior cidade da Bahia, possuía 561.459 habitantes em 2010 (IBGE, 2010). As unidades de atendimento à saúde da rede básica e da rede de média complexidade eram divididas em 83 Equipes de Saúde da Família (ESF), 76 Unidades de Saúde da Família (USF) e 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 6 policlínicas e 12 serviços de referência.

Santo Antônio de Jesus possuía 90.949 habitantes em 2010 (IBGE, 2010). A rede básica de saúde era constituída por 21 ESF lotadas em 19 USF. A rede de média complexidade era composta por dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); uma Policlínica; um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).



Itabuna possuía 204.668 habitantes em 2010 (IBGE, 2010). A rede básica de saúde era composta por 23 ESF lotadas em 16 USF e 10 UBS. A rede de média complexidade era constituída por um CAPS Álcool e Drogas; um CAPS infantil; um CAPS II; dois Centros de Referência; um CEREST; um Centro de Prevenção em Oncologia; um Centro de Referência em Doenças de Anemia Falciforme; um Centro de Reabilitação e Desenvolvimento Humano; um Centro de Referência de Hipertensão Arterial e Diabetes; um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); uma Policlínica; um Programa Ótico para a Infância; e um Centro de Referência em Saúde do Idoso.

Jequié possuía 143.143 habitantes em 2010 (IBGE, 2010). A rede básica de saúde era composta por 24 ESF alocadas em 15 USF (61,9% de cobertura) e quatro UBS. A rede de média complexidade era composta por um ambulatório de Saúde Mental; um CEREST; um Núcleo Municipal de Prevenção e Reabilitação; um CEO; um Centro de Referência em Saúde Sexual; dois CAPS.

O Distrito Sanitário do Centro Histórico de Salvador tinha 69.088 habitantes em 2012 (SALVADOR, 2012). A Rede Básica era composta por duas USF em que estavam alocadas quatro ESF (23,2% de cobertura) e por seis UBS. A rede de média complexidade era constituída por um CEO e um CAPS.

#### **4.3 População de estudo e amostra**

No estudo multicêntrico, a definição da população de estudo foi feita através de levantamento prévio da estruturação da rede de serviços de atenção básica e média complexidade nos municípios e conduzido levantamento do número de trabalhadores em cada unidade. Foi utilizado como unidade de análise o trabalhador de saúde, empregado no sistema municipal de saúde das cidades incluídas neste estudo.

A definição do tamanho amostral foi feita após levantamento, em cada município, do número de trabalhadores na atenção básica e média complexidade. Para o presente estudo, o cálculo amostral foi realizado no software OpenEpi, versão 3, assumiu-se um erro aceitável de 3% e considerou-se a prevalência de violência no trabalho de 25,9%, encontrado em estudo realizado em Salvador, (SILVA et al, 2014). No estudo multicêntrico, a seleção dos trabalhadores de saúde estudados foi feita através de

amostragem por conglomerado, estratificada por área geográfica e por nível de complexidade existente na rede.

Foram utilizadas várias etapas para a seleção dos trabalhadores, chegando a um total de 3084 trabalhadores de saúde, nos municípios de Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus, Jequié e Itabuna e no Distrito Sanitário do Centro histórico de Salvador.

#### **4.4 Instrumento de coleta de dados**

No estudo multicêntrico “Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia, utilizou-se um questionário (ANEXO A) contendo oito blocos de questões que incluem informações sobre: Bloco I: características sociodemográficas; Bloco II: informações gerais sobre o trabalho; Bloco III: informações gerais sobre o ambiente de trabalho; Bloco IV: características psicossociais do trabalho; Bloco V: atividades domésticas e hábitos de vida; Bloco VI: capacidade para o trabalho; Bloco VII: aspectos relacionados à saúde do trabalhador e Bloco VIII: vitimização. Para este estudo foram utilizadas informações contidas nos Blocos I, II e VIII.

#### **4.5 Variáveis do estudo**

Neste estudo houve dois desfechos, logo uma variável dependente foi a violência ocorrida no local de trabalho detectado através do questionário que continham perguntas cuja respostas foram dicotomizadas em sim e não:

1. Você sente sua segurança pessoal ameaçada no seu trabalho?
2. Você sente-se ameaçado quanto à segurança de seus pertences e bens pessoais no trabalho?
3. Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça no seu local de trabalho, praticado por usuários do serviço de saúde?
4. Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça no trabalho, praticado por parentes, acompanhantes ou vizinhos do usuário do seu serviço de saúde?

5. Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a usuário dos serviços?

6. Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a outro colega de trabalho?

7. Você já pensou em mudar o seu local de trabalho em função de episódios de agressão ou ameaça?

Vale ressaltar que para identificar a ocorrência de violência ocupacional foi criada uma variável composta, utilizando as questões, 3, 4, e 6.

A outra variável dependente foi a violência sofrida pelo trabalhador fora do local de trabalho, através das seguintes questões:

8. Você sofreu alguma agressão nos últimos 12 meses (fora do trabalho)?

9. Quem praticou a violência.

Como variáveis independentes foram avaliadas as características sociodemográficas: sexo (masculino e feminino); faixa etária ( $\leq 40$  anos e  $> 40$  anos); raça/cor da pele (negro e não negro); situação conjugal (com companheiro e sem companheiro); nível de escolaridade ( $\leq 11$  anos de estudo e  $> 11$  anos de estudo) e renda ( $\leq 2$  salários mínimos e  $> 2$  salários mínimos) e as características gerais sobre o trabalho: categoria profissional (Administrativo/ técnico de nível médio, agente de saúde/ agente comunitário de saúde, serviços gerais, vigilante, técnico de enfermagem, médico, enfermeiro, outros profissionais de nível superior e outros); unidade de saúde (baixa complexidade e média complexidade); vínculo empregatício (efetivo e não efetivo); jornada de trabalho semanal ( $\leq 40$  horas semanais e  $> 40$  horas semanais); tempo de trabalho na unidade ( $\leq 5$  anos e  $> 5$  anos).

#### **4.6 Análise de dados**

Para a análise dos dados foram utilizados os pacotes estatísticos *Statistical Package the Social Sciences* (SPSS) for Windows, versão 15.0, o programa Epi-Info na versão 6.0, e STATA na versão 10.0, assumindo o nível de significância de 5% para todos os testes.

Inicialmente foi realizada a estatística descritiva para a descrição da distribuição das variáveis dependente e independentes na população estudada, calculando as frequências absolutas e relativas dos dados.

Em seguida foi realizada a análise bivariada para identificar os fatores associados à violência. Foram calculadas as medidas de prevalência, razão de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos a 95% de confiança (IC = 95%).

Foi utilizada a regressão logística para identificar a associação dos fatores individuais à violência sofrida pelo trabalhador. A técnica de regressão logística permite analisar como as variáveis interferem no surgimento de um determinado acontecimento (HOSMER; LEMESHOW, 2000).

#### **4.7 Aspectos éticos**

A pesquisa “Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia”, está de acordo com a resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde, e os protocolos de pesquisa foram avaliados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana sob parecer nº 267/2009. Na pesquisa principal, os indivíduos participantes foram devidamente informados sobre os possíveis riscos e benefícios da pesquisa e concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que consta de convite à participação voluntária, objetivos da pesquisa, informações de que não haveria ônus para o participante, à conduta de arquivamento e confidencialidade dos dados, justificativa, e contatos dos responsáveis pelo estudo.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 ARTIGO 1

#### FATORES ASSOCIADOS A VIOLÊNCIA SOFRIDA FORA DO TRABALHO POR TRABALHADORES DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA\*

Fabiana Mandelo Casaes

Jorgana Fernanda de Souza Soares

Tânia Maria de Araújo

### RESUMO

O objetivo dessa pesquisa é descrever os fatores associados à violência fora do trabalho em trabalhadores de saúde em municípios baianos. Trata-se de um estudo de corte transversal, exploratório, realizado nos serviços de Atenção Básica e de Média Complexidade do Distrito Sanitário do Centro Histórico de Salvador e nos municípios de Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus, Jequié e Itabuna, nos anos 2011 e 2012. A população do estudo foi constituída por 6.191 trabalhadores. Para a coleta dos dados, empregou-se um instrumento construído com base na revisão da literatura. A análise foi feita através da Regressão Logística Hierarquizada baseada no modelo hierárquico conceitual. A amostra foi constituída de 3.084 trabalhadores. A análise mostrou associação positiva para faixa etária, situação conjugal, escolaridade, categoria profissional e doenças no aparelho respiratório. Verifica-se que apesar do estudo ser representada por um grupo de trabalhadores de saúde, o perfil destes indivíduos é semelhante ao da população em geral.

**Palavras Chaves:** Pessoal de Saúde, Violência, Análise transversal; Modelo hierarquizado

The objective of this research is to describe the factors associated with out-of-work violence in health workers in the State of Bahia. This is an exploratory cross-sectional study carried out in the Primary Care and Medium Complexity services of the Sanitary District of the Historic Center of Salvador and in the municipalities of Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus, Jequié and Itabuna in the years 2011 And 2012. The study population consisted of 6,191 workers. For the data collection, an instrument was built based on the literature review. The analysis was made through Hierarchical Logistic Regression based on the conceptual hierarchical model. The analysis showed a positive association for age, marital status, schooling, professional category and respiratory diseases. It is verified that although the study is represented by a group of health workers, the profile of these individuals is similar to that of the population in general.

**Key words:** Health Personnel, Violence, Cross-sectional analysis; Hierarchical model

\*Artigo nas normas da Revista Ciência e Saúde Coletiva

## INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno social representado pela implementação do uso da força física ou psicológica de um indivíduo ou grupo. Esta manifestação pode ser promovida contra outra pessoa ou contra si mesmo e ocasionar lesões físicas, danos sociais, frustrações diversas ou em casos mais extremos, provocar a morte do envolvido na situação<sup>1</sup>. Nesse aspecto, tem-se uma caracterização mais fidedigna para o que seja entendido como violência, uma vez que não se restringe aos casos onde houve morte ou danos graves, mas acercando-se de todos os possíveis impactos nas relações sociais e nos indivíduos promotores e receptores destas manifestações violentas, sejam elas de ordens física ou psicológica, de limitação ou de deficiência, interferindo na vida de grupos ou indivíduos isolados<sup>2</sup>.

A violência decorre de múltiplos fatores e intensas e complexas relações sociais, aos quais o sujeito está exposto no seu dia a dia. Aas principais influências pertencem aos campos financeiro, psicológico, relacional e institucional, o que a caracteriza, bem como as suas manifestações como um fenômeno altamente complexo, derivando várias interpretações e análises sobre suas condições de ocorrência e prevenção. Neste contexto, pode-se abordá-la em várias esferas sociais e em diversos espaços, entre eles o urbano, algo bastante familiar para muitos moradores das cidades<sup>3</sup>.

As lesões decorrentes de violência e acidentes estão dentro da classificação de mortalidade e morbidade por causas externas<sup>4</sup>. No Brasil, em 2014, as causas externas foram a 3ª causa de mortalidade em geral e de internações hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>5</sup>. Em 2013, os gastos com a violência foram de 258 bilhões de reais, equivalente a 5,4% do Produto Interno Bruto (PIB), os custos gerados por mortes violentas superam R\$ 79 bilhões, ou 1,5% do PIB<sup>6</sup>. Além disso, existe o dano social e produtivo, uma vez que cada indivíduo, incapacitado física ou emocionalmente, afasta-se do trabalho, gerando ônus para o estado e conseqüentemente, a necessidade de substituição de mão de obra especializada, demandando tempo e recursos financeiros<sup>7</sup>.

A gênese da violência é multifacetada, com inúmeros fatores que contribuem para a sua ocorrência. Estudo realizado nos serviços sentinelas de urgência e emergência de

24 capitais brasileiras e no Distrito Federal, entre setembro a outubro de 2011, mostrou que estavam mais expostos à violência homens, jovens, pessoas de pele de cor parda ou preta, com baixa escolaridade e que possuíam atividade remunerada, apresentando-se com maior frequência no período noturno e madrugada, ocorrida na via pública, e com agressor desconhecido<sup>4</sup>.

Os trabalhadores em saúde são suscetíveis às manifestações de violência, sobretudo pelas agressões praticadas por tomadores de serviços médicos<sup>8</sup>, podendo ser provocada por alguém externo, pelo cliente ou até mesmo pelos próprios trabalhadores<sup>9</sup>, ou seja, o agente causador pode não ter qualquer relação de negócio legítimo com o local de trabalho, podendo ser um cliente ou ex-cliente. Este é o tipo mais comum de manifestação da violência vivenciada pelos trabalhadores de saúde, estando diretamente relacionado com a localização da instituição<sup>10</sup>.

Na particularidade dos espaços comunitários, nos quais trabalhadores da saúde se inserem e sofrem com a violência, ainda são escassos estudos focados nesta população. Episódios de violência sofridos fora do trabalho, podem afastar o trabalhador de suas atividades devido à incapacidade temporária ou permanente. Além disso, quando não os ausenta, podem interferir nas relações interpessoais e na organização do trabalho<sup>11</sup>, colocar em risco a qualidade da assistência prestada, a produtividade e o seu desenvolvimento.

Dessa forma, uma análise detalhada acerca das condições iniciais, promotoras das situações de violência, é imprescindível para a minimização ou prevenção das ocorrências ou do risco de ocorrência, em todas as esferas do problema. Assim, esse trabalho tem como objetivo identificar os fatores associados a violência fora do trabalho entre trabalhadores de saúde do Estado da Bahia.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo de corte transversal, exploratório, integrante da pesquisa multicêntrica “Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia”, coordenado pelos Núcleo de Epidemiologia (NEPI) e Núcleo de Saúde Coletiva (NUSC) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), realizado

nos serviços de Atenção Básica e de Média Complexidade do Distrito Sanitário do Centro Histórico de Salvador e nos municípios de Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus, Jequié e Itabuna, nos anos 2011 e 2012.

A definição da população de estudo foi feita por meio de levantamento prévio da estruturação da rede de serviços de atenção básica e média complexidade nos municípios estudados e conduzido levantamento do número de trabalhadores em cada unidade. A população do estudo foi constituída por 6.191 trabalhadores. Para verificar o poder do presente estudo, realizou-se novo cálculo do tamanho amostral, no software OpenEpi, versão 3. Para tal, considerou-se o número total de trabalhadores (N= 6.191), a prevalência de violência de 25,9%<sup>12</sup>, precisão de 3%, nível de confiança de 95%, o que totalizou 724 trabalhadores. Acresceu-se 20% (n= 145) para perdas e recusas, resultando em amostra final de 869 trabalhadores.

Para a coleta dos dados, empregou-se um instrumento construído com base na revisão da literatura e testado em estudo piloto. O questionário, contendo oito blocos, incluiu informações sobre as características sociodemográficas; informações gerais sobre o trabalho; informações gerais sobre o ambiente de trabalho; características psicossociais do trabalho; atividades domésticas e hábitos de vida; capacidade para o trabalho; aspectos relacionados à saúde do trabalhador e vitimização.

Neste estudo a variável dependente foi a violência sofrida pelo trabalhador fora do local de trabalho, definida com base na pergunta: Você sofreu alguma agressão nos últimos 12 meses (fora do trabalho)?, categorizada em sim e não.

As variáveis independentes foram **características sociodemográficas**: sexo (masculino e feminino); faixa etária ( $\leq 33$  anos, 34 – 43 anos,  $\geq 44$  anos); raça/cor da pele (negro e não negro); situação conjugal (com companheiro e sem companheiro); nível de escolaridade (Ensino fundamental, Ensino médio/ Curso técnico, Ensino Superior, Pós Graduação); filhos (sim e não); número de pessoas no domicílio (1-3 pessoas,  $\geq 4$  pessoas), renda (R\$: 689,00; R\$: 690,00 –996,00, R\$:  $\geq 997,00$ ) e categoria profissional (administrativo, técnico de nível médio, agente de saúde/ agente comunitário de saúde, serviços gerais, vigilante, técnico de enfermagem, médico, enfermeiro, outros profissionais de nível superior,). A variável raça/cor da pele foi dicotomizada considerando a categoria negros como pretos e pardos e não negros os brancos, amarelos, origem indígena, não sabe. Faixa etária e renda, variáveis quantitativas originalmente,



foram categorizadas com base nos tercis da distribuição e o número de pessoas no domicílio pela mediana.

As **características gerais sobre o trabalho** representam unidade de saúde (baixa complexidade e média complexidade); vínculo (concurado, contratado pela CLT e não concursado), jornada de trabalho semanal ( $\leq 40$  horas semanais e  $> 40$  horas semanais); tempo de trabalho em anos ( $\geq 9$  anos e  $\geq 10$  anos); garantia de direitos trabalhistas (sim e não); tem outro trabalho (sim e não); turno de trabalho (manhã, tarde, manhã e tarde, noturno, regime de plantão) segurança pessoal ameaçada no trabalho (sim e não); segurança dos pertences ameaçada o trabalho (sim e não). Na variável garantia de todos os direitos trabalhistas foi considerado sim, aqueles que responderam positivamente a todas as categorias: 13º salário, folga, férias remuneradas, 1/3 de adicional de férias e não para aqueles que tiveram uma ou mais respostas negativas para essas categorias.

**Os hábitos de vida** se referem às atividades regulares de lazer (sim e não) e o seu tipo: atividades culturais (sim e não), atividades sociais (sim e não), atividades físicas: (sim e não), assiste TV ou ouve rádio (sim e não), tabagismo (não fumante, ex-fumante, fumante atual), consumo de bebida alcoólica (sim e não).

As **condições de saúde** foram agrupadas de acordo com os capítulos da Classificação Internacional de Doenças – CID-10 em Doenças Infecciosas e Parasitárias (Tuberculose e hepatite), Neoplasias (cânceres), Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos (anemia), Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas (diabetes, obesidade e dislipidemia), Transtornos Mentais e Comportamentais (depressão), Doenças do Aparelho Circulatório (hipertensão, infarto do miocárdio, angina, insuficiência cardíaca e varizes), Doenças do Aparelho Respiratório (rinite, sinusite e asma), Doenças do Aparelho Digestivo (gastrite e úlcera), Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo (alergia e eczema), Doenças do Aparelho Geniturinário (doenças dos rins e infecção urinária), Doenças do Sistema Nervoso (distúrbios do sono), Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (artrite, reumatismo, lombalgia, hérnia de disco, LER/DORT), Sintomas e Sinais relativos à fala e à voz (disfonia) e categorizadas em sim e não.

Os sintomas auto referidos compreenderam dor nas pernas, Dor parte inferior das costas, Dor nos braços, Dor parte superior das costas, Cansaço ao falar, Rouquidão, Cansaço mental, Nervosismo, Sonolência, Insônia, Azia/Queimação, Fraqueza,

Problemas de pele, Esquecimento, Problemas digestivos, Redução da visão, Irritação nos olhos, Palpitações, categorizados em sim e não.

Neste estudo foi proposto um modelo hierárquico conceitual, diante das diferentes dimensões, para investigação dos fatores associados à violência fora do local de trabalho, considerando o modelo ecológico de Dahlberg e Krug<sup>13</sup>. No modelo hierárquico o nível distal foi constituído pelas características do trabalho, o nível intermediário foi estabelecido pelas condições de saúde e os níveis proximais foram compostos por características sociodemográficas e hábitos de vida (Figura 1).

O nível primordial elenca os fatores biológicos e pessoais de indivíduos relacionados e possibilita uma análise comportamental em relação aos fatores que podem potencializar a ação de violência praticada pela pessoa ou contra a mesma. Foram então considerados o bloco de características sociodemográficas e o bloco de condições de saúde.

No nível seguinte (segundo), estão colocados os fatores de relação ou relacionais, no campo do trabalho na tentativa de perceber seu papel na promoção de violência como agressor ou como vítima. Neste nível está as características gerais do trabalho.

O terceiro nível aborda os fatores relacionados à vida em comunidade, permitindo investigar a influência na promoção de manifestações de violência. Neste bloco foram colocadas as variáveis referentes aos hábitos de vida.

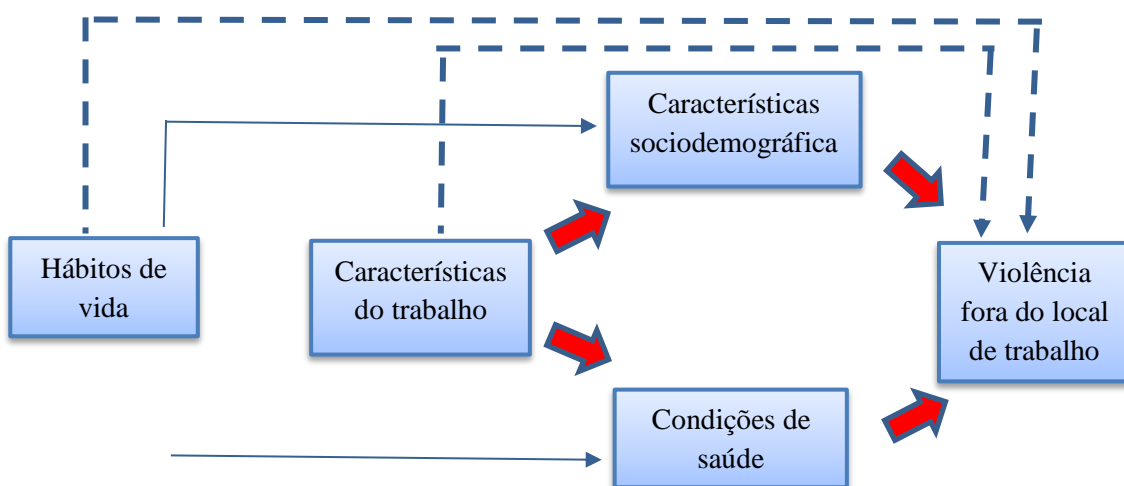


Figura 1: Modelo preditivo hierarquizado para a violência entre trabalhadores de saúde fora do local de trabalho.

Inicialmente foi realizada a análise descritiva por meio das frequências absolutas e relativas dos dados. Em seguida foi realizada a análise bivariada para selecionar as variáveis a serem incluídas nos modelos, empregando-se o teste chi-quadrado de Pearson ao nível de significância de 20% ( $p\text{-valor} \leq 0,20$ ). A análise multivariada foi feita conforme o modelo hierarquizado utilizando a regressão logística para identificar a interferência dos fatores individuais à violência sofrida pelo trabalhador. No primeiro modelo, foram incluídas as variáveis relacionadas ao hábito de vida que tiveram o nível de significância de 20% na análise bivariada e 17% na análise individual dos blocos. Conservaram-se as variáveis com o nível de significância de 10% ( $p\text{-valor} \leq 0,10$ ) e as incluíram no segundo modelo junto com o bloco intermediário, com as características do trabalho que na análise bivariada tiveram o nível de significância de 20%. As variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa ao nível de significância de 10% ( $p\text{-valor} \leq 0,10$ ) permaneceram no terceiro modelo, acrescido das variáveis dos blocos das características sociodemográficas e condições de saúde que na análise bivariada tiveram o nível de significância de 20%. As variáveis que permaneceram no modelo final apresentaram associação estatisticamente significativa com o desfecho ao nível de significância de 5% ( $p\text{-valor} \leq 0,05$ ). Devido à incidência da violência ser baixa, não foi necessário realizar ajustes da medida de associação e seus respectivos intervalos de confiança.

Para a análise dos dados foram utilizados os pacotes estatísticos *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) for Windows, versão 15.0, o programa Epi-Info na versão 6.0, e STATA na versão 10.0.

A pesquisa “Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia”, está de acordo com a resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde, e os protocolos de pesquisa foram avaliados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana sob parecer nº 267/2009. Os indivíduos participantes foram devidamente informados sobre os possíveis riscos e benefícios da pesquisa e concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que consta de convite à participação voluntária, objetivos da pesquisa, informações de que não haveria ônus para o participante, à conduta de arquivamento e confidencialidade dos dados, justificativa, e contatos dos responsáveis pelo estudo.

## RESULTADOS

Do total de 3.084 trabalhadores, 10,1% foram vítimas de violência fora do local de trabalho. A violência, com maior frequência, foi praticada por desconhecidos (50,3%), seguida por esposo (a) (11,6%), vizinho (6,3%), amigo (5,9%), irmão (5,6%), filho (2,3%), mãe (1,7%), pai (0,6%).

A prevalência de violência fora do trabalho, foi mais frequente, em trabalhadores do sexo masculino (12,1%), na faixa etária de 34 a 43 anos (11,9%), em não negros (11,6%), sem companheiro (12,0%), com ensino superior (11,3%), sem filhos (10,2%), renda mensal  $\leq$  R\$ 698,00 (10,7%), médicos (13,8%), enfermeiros (13,7%) e vigilantes (12,2%). Com relação aos hábitos de vida, a prevalência de violência foi maior entre trabalhadores que não possuíam atividades de lazer (11,4%), atividades culturais (10,3%), atividades sociais (10,7%), praticavam atividades físicas (10,5%), assistem TV ou ouve rádio (10,6%), fumavam (11,2%), e consumiam bebida alcoólica (11,4%) (Tabela 1).

**Tabela 1 Violência fora do trabalho segundo variáveis sociodemográficas entre trabalhadores de saúde que atuam na rede básica e de média complexidade.**

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>p-valor</b>
<b>Características sociodemográficas</b>			
<i>Sexo</i>			
Masculino (N= 668)	81	12,1	0,05
Feminino (N= 2396)	229	9,6	--
<i>Faixa etária (anos)</i>			
$\leq$ 33 (N= 1039)	117	11,3	0,00
34-43 (N= 968)	115	11,9	0,00
$\geq$ 44 (N= 1022)	76	7,4	--
<i>Cor/Raça</i>			
Negro (N= 2434)	234	9,6	0,14
Não Negro (N= 585)	68	11,6	--
<i>Situação conjugal</i>			
Com companheiro (N= 1752)	152	8,7	--
Sem companheiro (N= 1309)	157	12,0	0,00
<i>Nível de escolaridade</i>			
Ensino Fundamental (N= 122)	08	6,6	0,41
Ensino Médio/técnico (N= 1091)	112	10,3	0,00
Ensino Superior (N= 834)	97	11,3	0,17
Pós Graduação (N= 452)	40	8,8	--
<i>Filhos</i>			
Não (N= 953)	97	10,2	0,97

Sim (N= 2099)	213	10,1	--
<i>Número de pessoas no domicílio</i>			
1 a 3 pessoas (N= 1588)	155	9,8	--
≥ 4 pessoas (N= 1447)	154	10,6	0,18
<i>Renda</i>			
≤ 698,00 (N= 944)	101	10,7	0,53
690,00 – 996,00 (N= 790)	78	9,9	0,97
≥ 997,00 (N= 824)	81	9,8	--
<i>Categoria Profissional</i>			
Administrativo (N= 504)	47	9,3	0,01
ACS/ Agentes de serviços de saúde (N= 1139)	135	11,9	0,09
Outros profissionais de nível superior (N= 227)	11	4,8	--
Técnico de nível médio (N= 145)	12	8,3	0,09
Serviços gerais/outros (N= 227)	17	7,5	0,12
Vigilante (N= 49)	6	12,2	0,02
Técnico de enfermagem (N= 410)	32	7,8	0,07
Enfermeiro (N= 212)	29	13,7	0,00
Médico (N= 145)	20	13,8	0,00
<i>Hábitos de vida</i>			
<i>Atividades de lazer</i>			
Sim (N= 2545 )	253	9,9	--
Não (N= 498)	57	11,4	0,31
<i>Atividades culturais</i>			
Sim (N= 830)	85	10,2	--
Não (N= 1925)	199	10,3	0,93
<i>Atividades sociais</i>			
Sim (N= 1679)	162	9,6	--
Não (N= 961)	103	10,7	0,37
<i>Atividades físicas</i>			
Sim (N= 1160)	122	10,5	0,46
Não (N= 1480)	143	9,7	--
<i>Assiste TV ou ouve rádio</i>			
Sim (N= 2026)	214	10,6	0,11
Não (N= 613)	51	8,3	--
<i>Tabagismo</i>			
Não fumante (N= 2480)	247	10,0	--
Ex-fumante (N= 351)	37	10,5	0,73
Fumante atual (N= 179)	20	11,2	0,60
<i>Consome bebida alcoólica</i>			
Sim (N= 1088)	124	11,4	0,05
Não (N= 1691)	155	9,2	--

% = prevalência

N = valor total da amostra

n = frequência absoluta

Quanto as características do trabalho, a prevalência de violência fora do trabalho foi mais frequente entre trabalhadores que atuavam na atenção básica (10,7%), eram concursados (10,7%), trabalhavam há mais de 10 anos (10,7%), trabalhavam na unidade há mais de seis anos (10,5%), possuíam jornada de trabalho menor ou igual a 40 horas semanais (14,1%), tiveram treinamento institucional para exercer o cargo (10,5%), tiveram treinamento durante o tempo que exerceu o

cargo (10,3%), não tinham outro trabalho (10,7%), possuíam direitos trabalhistas (11,6%), sentiam sua segurança pessoal ameaçada no trabalho (14,9%), sentiam a segurança de seus pertences

ameaçada no trabalho (14,7%) (Tabela 2).

**Tabela 2 Prevalência de violência fora do trabalho segundo características do trabalho entre trabalhadores de saúde que atuam na rede básica e de média complexidade.**

<b>Características do trabalho</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>p-valor</b>
<i>Unidade de Saúde</i>			
Atenção básica (N= 2518)	269	10,7	0,00
Média complexidade (N= 462)	37	8,0	--
<i>Vínculo empregatício</i>			
Concursado (N= 1966)	210	10,7	0,10
CLT (N= 229)	24	10,5	0,39
Não efetivo (N= 846)	73	8,6	--
<i>Tempo de trabalho</i>			
≤ 9 anos (N= 1224)	115	9,4	--
≥ 10 anos (N= 1821)	195	10,7	0,24
<i>Jornada de trabalho</i>			
≤ 40 horas (N= 85)	12	14,1	0,22
≥ 44 horas (N= 2673)	299	10,1	--
<i>Turno de trabalho</i>			
Manhã (N= 376)	32	8,5	--
Tarde (N= 220)	19	8,6	0,47
Manhã e tarde (N= 1658)	179	9,7	0,22
Noturno (N= 63)	11	17,5	0,01
Regime de plantão (N= 541)	68	12,6	0,02
<i>Tem outro trabalho</i>			
Sim (N= 760)	81	10,1	--
Não (N= 2248)	226	10,7	0,62
<i>Direitos trabalhistas</i>			
Sim (N= 943)	109	11,6	0,09
Não (N= 2075)	198	9,5	--
<i>Segurança pessoal ameaçada</i>			
Sim (N= 1034)	154	14,9	0,00
Não (N= 2028)	156	7,7	--
<i>Segurança dos pertences ameaçada</i>			
Sim (N= 977)	144	14,7	0,00
Não (N= 2083)	166	8,0	--

Quanto as condições de saúde, a prevalência de violência fora do trabalho foi maior entre trabalhadores que possuíam doenças mentais e comportamentais (21,2%), doenças do sistema nervoso (21,3%) e doença infecciosa e parasitária (18,2%). Entre os sintomas, a prevalência foi maior em trabalhadores que relataram rouquidão (13,6%), palpitações (13,5%) e cansaço ao falar (13,4%).

**Tabela 3 Prevalência de violência fora do trabalho segundo condições de saúde entre trabalhadores de saúde que atuam na rede básica e de média complexidade.**

<b>Condições de saúde</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>p-valor</b>
<i>*Cap I- Algumas doenças infecciosas e parasitárias</i>			
Sim (N= 22)	04	18,2	0,17
Não (N= 2967)	297	10,0	--
<i>*Cap II – Neoplasmas[Tumores]</i>			
Sim (N= 18)	02	11,1	0,55
Não (N= 2974)	299	10,1	--
<i>Cap III – Doença do sangue e dos órgãos hematopoéticos</i>			
Sim (N= 226)	33	14,6	0,01
Não (N= 2764)	269	9,7	--
<i>Cap IV- Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas</i>			
Sim (N= 688)	71	10,3	0,78
Não (N= 2299)	229	10,0	--
<i>Cap V – Transtornos mentais e comportamentais</i>			
Sim (N= 122)	26	21,3	0,00
Não (N= 2872)	275	9,6	--
<i>Cap VI – Doenças do sistema Nervoso</i>			
Sim (N= 400)	70	21,3	0,00
Não (N= 2598)	232	8,9	--
<i>Cap IX – Doenças do aparelho Circulatório</i>			
Sim (N= 960)	104	10,8	0,36
Não (N= 2027)	197	9,8	--
<i>Cap X -Doenças do aparelho respiratório</i>			
Sim (N=833)	103	12,4	0,01
Não (N= 2153)	199	9,2	--
<i>Cap XI -Doenças do aparelho digestivo</i>			
Sim (N= 458)	58	12,7	0,04
Não (N= 2532)	242	9,6	--
<i>CapXII – Doenças da pele e tecido subcutâneo</i>			
Sim (N= 545)	73	13,4	0,00
Não (N= 2445)	228	9,3	--
<i>CapXIII – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo</i>			
Sim (N= 896)	107	11,9	0,02
Não (N= 2085)	194	9,3	--
<i>CapXIV – Doenças do aparelho geniturinário</i>			
Sim (N= 315)	48	15,2	0,00

Não (N= 2669)	252	9,5	--
<i>CapXVIII (R47-49)- Sintomas e Sinais relativos à fala e à voz</i>			
Sim (N= 70)	12	17,1	0,04
Não (N= 2922)	289	9,9	--
<b>SINTOMAS</b>			
<i>Dor nas pernas</i>			
Sim (N= 2039)	223	10,9	0,02
Não (N= 998)	83	8,3	--
<i>Dor na parte inferior das costas</i>			
Sim (N= 1723)	189	11,0	0,04
Não (N= 963)	82	8,5	--
<i>Dor nos braços</i>			
Sim (N= 1311)	153	11,7	0,00
Não (N= 1311)	113	8,6	--
<i>Dor na parte superior das costas</i>			
Sim (N= 1453)	164	11,3	0,03
Não (N= 1159)	101	8,7	--
<i>Cansaço ao falar</i>			
Sim (N= 702)	94	13,4	0,00
Não (N= 2299)	208	9,0	--
<i>Rouquidão</i>			
Sim (N= 726)	99	13,6	0,00
Não (N=2283 )	206	9,0	--
<i>Problemas de pele</i>			
Sim (N= 575)	76	13,2	0,00
Não (N= 2442)	228	9,3	--
<i>Esquecimento</i>			
Sim (N= 1431)	184	12,9	0,00
Não (N= 1586)	121	7,6	--
<i>Problemas digestivos</i>			
Sim (N= 1110)	142	12,8	0,00
Não (N= 1915)	165	8,6	--
<i>Cansaço mental</i>			
Sim (N= 1701)	200	11,8	0,00
Não (N= 1306)	104	8,0	--
<i>Nervosismo</i>			
Sim (N= 1659)	202	12,2	0,00
Não (N= 1348)	102	7,6	--
<i>Sonolência</i>			
Sim (N= 1301)	153	11,8	0,00
Não (N= 1689)	150	8,9	--
<i>Insônia</i>			
Sim (N= 1149)	140	12,2	0,00
Não (N= 1849)	164	8,9	--
<i>Azia/Queimação</i>			
Sim (N= 1265)	146	11,5	0,03
Não (N= 1734)	159	9,2	--
<i>Fraqueza</i>			
Sim (N= 963)	121	11,1	0,00
Não (N= 2026)	180	8,9	--
<i>Redução da visão</i>			
Sim (N= 1176)	130	11,1	0,17
Não (N= 1823)	173	9,5	--



<i>Irritação nos olhos</i>			
Sim (N= 1212)	144	11,9	0,01
Não (N= 1791)	162	9,0	--
<i>Palpitações</i>			
Sim (N= 786)	106	13,5	0,00
Não (N=2212 )	198	9,0	--

\*Teste Exato de Fisher

Na análise multivariada, permaneceram associadas à violência fora do ambiente de trabalho a faixa etária  $\geq 33$  anos (RP = 1,53; IC 95%: 1,08-2,19), 34-43 anos (RP= 1,53; IC 95%: 1,08-2,18), situação conjugal (RP= 1,66; IC 95%= 1,26-2,19), escolaridade ensino superior (RP= 1,59; IC95%= 1,04-2,44), enfermeiro (RP= 3,38; IC 95%= 1,01-11,4), Doenças do aparelho respiratório (RP= 1,51; IC 95% = 1,13-2,02) (Tabela 4).

**Tabela 4 Modelo Final dos fatores associados a violência fora do trabalho entre trabalhadores de saúde que atuam na rede básica e de média complexidade.**

Variável	RP	IC 95%
<i>Faixa etária</i>		
$\leq 33$ anos	1,53	1,07-2,18
34-43 anos	1,53	1,07-2,18
$\geq 44$ anos	1,00	
<i>Situação Conjugal</i>		
Sem Companheiro	1,66	1,26-2,19
Com Companheiro	1,00	
<i>Nível de escolaridade</i>		
Ensino Fundamental	0,94	0,38-2,34
Ensino Médio/técnico	1,26	0,84-1,91
Ensino Superior	1,59	1,04-2,43
Pós Graduação	1,00	
<i>Categoria Profissional</i>		
Administrativo	1,50	0,55-4,11
ACS/ Agentes de serviços de saúde	2,47	0,93-6,56
Técnico de nível médio	1,45	0,48-4,40
Serviços gerais/ outros	1,51	0,50-4,56
Vigilante	3,20	0,86-11,8
Técnico de enfermagem	1,22	0,44-3,34
Enfermeiro	3,38	1,00-11,4
Médico	3,23	0,93-11,1
Outros profissionais de nível superior	1,00	
<i>CapX Doenças do aparelho respiratório</i>		

Sim	1,51	1,13-2,01
Não	1,00	

## DISCUSSÃO

Esse estudo mostrou que a vitimização por violência fora do trabalho, sofrida pelos trabalhadores de saúde do Estado da Bahia, está associada aos trabalhadores na faixa etária menor ou igual a 33 anos e entre 34 anos e 43 anos, sem companheiro, com nível superior de escolaridade, enfermeiros e apresentaram doenças do aparelho respiratório.

A prevalência de violência entre os trabalhadores de saúde fora do local de trabalho foi menor do que encontrado na população em geral como encontrado por Borges<sup>14</sup>, (14%), utilizando o *survey* do Instituto de Estudos Sociais e Políticos (IESP-UERJ), realizado em junho de 2010, no Brasil, com a população maior de 16 anos já na Pesquisa Nacional de Vitimização<sup>15</sup> a prevalência foi de 32,6%). Uma pesquisa realizada em bairros de baixa renda, na cidade de New Haven, Connecticut, nos Estados Unidos da América (EUA) revelou que 29% da população tiveram familiares ou amigos feridos por atos violentos<sup>16</sup>. Um estudo realizado com 26 países da América, em 2010, com adultos, mostrou que 19,3% dos indivíduos foram vítimas de algum tipo de violência, sendo a prevalência no Brasil de 15,8%<sup>17</sup>. Esta divergência pode ser explicada pelo estudo ter sido realizado com trabalhadores da saúde, os quais apresentam vínculo de trabalho e com isto, podem estar menos expostos às condições que submetem à população em geral à marginalidade. Já outro estudo realizado nas cidades de São Paulo e no Rio de Janeiro em 2007, a prevalência de violência foi de 9,5% e 11,4%, respectivamente, em indivíduos com idade entre 15 e 75 anos<sup>18</sup>.

Pessoas desconhecidas das vítimas foram os principais agressores da violência, seguido do conjuge, assim como encontrado em outros estudos<sup>19,20</sup>. No estudo realizado no Município de Jataí, Goiás, em indivíduos notificados por violência no período entre 2010 e 2012, 24% dos agressores não tinham qualquer relação com a vítima<sup>19</sup>. Em 65 unidades de emergência credenciadas ao SUS, identificadas como serviços sentinelas do Sistema VIVA distribuídos em 34 Municípios e no Distrito Federal,

entre os meses de setembro e novembro de 2006, 35,8% dos agressores eram desconhecidos<sup>20</sup>.

Apesar das diferenças na categorização das faixas etárias, outros estudos também apontam que as vítimas da violência são adultos jovens. Estudo realizado em um município do extremo sul Catarinense, entre 2010 e 2012, através do levantamento do perfil das vítimas notificadas no núcleo de prevenção às violências e promoção da saúde, revelou que 35,65% das vítimas estavam na faixa etária de 20 a 34 anos<sup>21</sup>. Outro estudo realizado em 24 capitais e no Distrito Federal em 2011, mostrou maior prevalência (56,93%) de vítimas por violência em indivíduos 20 e 39 anos<sup>4</sup>. O Departamento de Justiça dos EUA mostrou que mais de 1,3 milhões de jovens entre 12 e 24 anos foram vítima de assalto em 2010, revelando que os jovens são os mais afetados pela violência urbana<sup>22</sup>. Como a população investigada é de trabalhadores de saúde, ou seja, pessoas que possuem emprego, o que permite o acesso a bens de consumo e serviços de maior valor agregado, como a aquisição de veículos, equipamentos eletrônicos, a participação em festas públicas e privadas, possibilitando, nestes contextos sociais específicos, a vitimização, proveniente do aumento do risco provocada pela condição socioeconômica desses trabalhadores.

Quanto a situação conjugal, o estudo mostrou associação positiva entre trabalhadores sem companheiro e vitimização por violência, assim como em outro estudo<sup>14</sup>. Estudo realizado em Pelotas, 2007, com indivíduos adultos, apresentou a prevalência de 17,4% de violência entre os indivíduos sem companheiro<sup>23</sup>. Também foi identificado esse perfil no estudo realizado no Município de Jataí, Goiás, em indivíduos notificados por violência no período entre 2010 e 2012<sup>19</sup>. Em muitos casos, pode apresentar um comportamento de vulnerabilidade social, o que permite maior exposição às manifestações de violência. Estar sozinho em situação de risco pode proporcionar facilidade para a ação do agressor. Além disso, o fato da ausência de familiares na maior parte do tempo pode torná-los mais propensos à vitimização, sobretudo em espaços públicos onde a preocupação com a segurança pessoal é mínima ou inexistente<sup>14</sup>. Associado a esses fatores, talvez o uso de bebidas alcoólicas como um fator que aumenta a probabilidade de que tal indivíduo possa se envolver em confusões, possibilitando a ocorrência de agressões<sup>23</sup>.

O nível de escolaridade apresentou associação positiva e estatisticamente significativa na categoria de Ensino Superior, assim como em outro estudo<sup>14</sup>. Estudo realizado em Pelotas<sup>23</sup>, também revelou que os indivíduos com maior escolaridade apresentaram maior prevalência de vitimização por violência. A renda dos indivíduos, geralmente, está ligada ao nível de escolaridade, isto é, quanto maior nível de escolaridade, mais elevado será o nível social e econômico. Tal condição permite que se tenha acesso a bens e produtos desejados pelos criminosos, o que aumenta a vulnerabilidade desta classe de trabalhadores, sobretudo em relação aos incidentes relacionados ao fator econômico<sup>14</sup>. Já o estudo realizado em um município do extremo Sul Catarinense encontrou maior prevalência de indivíduos com baixa escolaridade<sup>21</sup>.

Apesar de não ter localizado estudos em que a prevalência de violência fora do local de trabalho ser maior entre enfermeiros, este fato se deu neste estudo, talvez isto possa ser justificado pelo fato de que a maioria dos profissionais da área de enfermagem é do sexo feminino, algo histórico, dentro da tradição dessa atividade, infere-se, claramente uma exposição à violência por uma questão de gênero<sup>24</sup>. Mulheres que estão suscetíveis a ação de terceiros em vias públicas, muitas vezes, por estarem desacompanhadas e caracterizarem, na visão do agressor, um alvo de fácil acesso, quando fazem o trajeto entre sua residência e o local de trabalho, ou até mesmo no trânsito ou nos meios de transportes coletivos, como ônibus, metrô ou trens, além da violência sofrida no âmbito doméstico. Neste sentido, a violência é praticada pela simples constatação de que a vítima é do sexo feminino, isto é, independe de local, condição financeira, posição social ou lugar para sua manifestação, sendo em muitos casos, derivada de uma relação de poder, ocasionando danos emocional/psicológico, físicos, sexuais ou morais, sendo eles praticados em qualquer campo da vida cotidiana da mulher<sup>25</sup>.

A associação entre doenças do aparelho respiratório e vitimização por violência também foi constatado em outros estudos<sup>26,27</sup>. De maneira geral, o estresse psicossocial pode ser promovido pela violência urbana ou comunitária em suas várias manifestações, sejam elas de ordem física ou não. Na maioria das ocasiões, os afetados por esta violência perdem o controle sobre suas relações sociais, bem como suas próprias vidas, nas suas várias esferas, entre elas a familiar, econômica e emocional, resultando na consolidação de um cenário de medo, instabilidade social, uso de drogas lícitas e ilícitas, bem como a exposição a situações de risco emitente para com a própria vida<sup>28</sup>. Nesse sentido, a

violência atua como um agente estressor, responsável por todas estas indesejáveis alterações no comportamento do indivíduo, provocando mudanças sensíveis nos hábitos salutar e indispensáveis para uma boa rotina de saúde física, mental e social<sup>28</sup>. Muitas vítimas da violência, por exemplo, desenvolvem problemas de saúde, na medida em que deixam de realizar atividades físicas ou manter uma rotina de saúde adequada, por conta do medo ao qual foram expostas, provocando outras reações corporais, como é o caso de doenças do aparelho respiratório, estresse crônico, síndrome do pânico e depressão, entre outras patologias.

Apesar do caráter quase que inédito deste trabalho e das evidências que ele traz, é necessário problematizar o limite do seu desenho de estudo. Estudos transversais apresentam dados coletados em um único momento, não permitindo delimitar se a exposição precedeu ao efeito ou se ocorreu o contrário. Neste escopo, é necessária a realização de estudos longitudinais em diferentes locais do País, que permitam identificar quais são as causas do fenômeno violência comunitária entre trabalhadores da saúde permitindo a criação de políticas públicas eficazes no combate à violência, uma vez que suas manifestações podem interferir na qualidade do trabalho prestado por estes trabalhadores, impactando diretamente na assistência dedicada aos usuários dos serviços de saúde.

Verifica-se que apesar do estudo ser representada por um grupo de trabalhadores de saúde, o perfil destes indivíduos é semelhante ao da população em geral, isto é, eles estão expostos os mesmos riscos aos qual a população está submetida.

## REFERÊNCIA

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. World Report on violence and health. Geneva: *World Health Organization*; 2002.
2. Machado CB, Daher DV. Violência urbana: repercussões e consequências na assistência à saúde em uma Unidade de Saúde da Família. *Cienc Cuid Saude* 2015 Out/Dez; 14(4):1445-1452.
3. de Paula Silva CJ; Ferreira RC; de Paula LPP; Haddad JPA; Moura ACM; Naves MD; e Ferreira, EF. Traumatismos maxilofaciais como marcadores de violência urbana. *Cien. saúde colet*, Rio de Janeiro , v. 19, n. 1, p. 127-136, jan. 2014 .
4. Brasil,Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA): 2009, 2010 e 2011/* Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de

- Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
5. Brasil, DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde (TABNET). Estatísticas Vitais. Mortalidade Geral. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 12 jan 2017.
  6. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada -IPEA. *Mortalidade Juvenil compromete o futuro do país*. Brasil. Ano 11; Ed. 82. 2014
  7. Brasil, Ministério da Saúde. Violências e Acidentes. Portal da Saúde. Abr/2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/violencia-e-acidentes>. Acesso: 12 jan 2017.
  8. Toscano, G; Weber, W. Violence in the Workplace: Patterns of Fatal Workplace Assaults Differ from those of Nonfatal Ones. Washington (DC): Bureau of Labor Statistic, 1995. p. 43-50.
  9. Cal/Osha. Guidelines for workplace security. Disponível em:<https://www.osha.gov/>Acessado em:25 maio 2016.
  10. Contrera-Moreno L, Contrera-Moreno MI. Violência no trabalho em Enfermagem: um novo risco ocupacional. *Rev Bras Enferm*, Brasília (DF) 2004 nov/dez;57(6):746-9
  11. Guimarães, LAM, Rimoli, A. O “Mobbing” (assédio psicológico) no trabalho: uma síndrome psicossocial e multidimensional. *Psic Teor Pesq*. 2006; 22(2): 183-92.
  12. Silva IV, Aquino EML, Pinto ICdeM. Violência no trabalho em saúde: a experiência de servidores estaduais da saúde no Estado da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(10):2112-2122, out, 2014
  13. Dahleberg LL, Krug,EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Cien Saúde Colet*. 2007; 11 (Suppl): 1163- 78.
  14. Borges, D. Vitimização e Sentimento de Insegurança no Brasil em 2010: Teoria, Análise e Contexto, in *Mediações*, 18(1), 2013, pp. 141-63.
  15. Secretaria Nacional de Saúde Pública - SENASP . *Pesquisa Nacional de Vitimização*, 2013. Disponível em: [www.crisp.ufmg.br/wp-content/uploads/2013/10/Relatório-PNVSenasp\\_final.pdf](http://www.crisp.ufmg.br/wp-content/uploads/2013/10/Relatório-PNVSenasp_final.pdf). Acesso em: 24 jan 2017.
  16. Santilli, I,Santilli, Duffany KO, Carroll-Scott A, Thomas T, Greene A, Arora A, Agnoli A, Gan G, Ickovics J. Bridging the Response to Mass Shots and Urban Violence: Exposure to Violence in NEW Haven, Connecticut. *American Journal of Publec Health*; March 2017, Vol. 107, No. 3, pp. 374-379.
  17. Seligson, MA, Smith, AE. (Eds.) Political culture of democracy, 2010. Democratic consolidation in the Americas in hard times: Report on the Americas, *LAPOP*, Vanderbilt University, Nashville, TN (2010)
  18. Ribeiro WS, Mari JdeJ, Quintana MI, Dewey ME, Evans-Lacko S, Vilete LMP, Figueira I, Bressan RA, de Mello MF, Prince M, Ferri CP, Coutinho ESF, Andreoli S. The Impacto of Epidemic Violence on the Prevalence of Psychiatric Disorders in São Paulo and Rio de Janeiro, Brazil. *PLoS ONE* 8(5): e63545. 2013
  19. Rocha EA. Epidemiological profile of notifications of all forms of violence J Nurs UFPE on line., Recife, 8(10):3401-11, Oct., 2014

20. Mascarenhas, MDM. Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) – Brasil, 2006. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 18(1):17-28, jan-mar 2009
21. Tasca, J. de Araujo RA, Correa SM, Medeiros IS, Ceretta LB, Schwalm TM, Soratto MT. O perfil das vítimas notificadas no Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde. *Rev. Saúde. Com* 2014; 10(2): 172-18
22. Davis RA. Preventing Urban Violence to Save Lives and Foster Healthy Communities. *National Civic Review*. Volume 103, Issue 1. Spring 2014. Pages 55-56
23. Cruz SH, Azevedo MR, Gonçalves H. Vitimização por violência em uma cidade de médio porte do sul do Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol.* Vol. 14 no. 1 São Paulo mar. 2011.
24. Santos, AA, Costa, ORS. Qualidade de Vida no Trabalho dos Profissionais de Enfermagem que atuam no Período Noturno em um Hospital Escola do Sul de Minas Gerais. *Revista Ciências em Saúde* v6, n 1, 2016.
25. Cunha, TRA, Alves, AES. Educação e violência nas relações de gênero: reflexo na família, no casamento e na mulher. *Em Aberto*, Brasília, v. 27, n. 92, p. 69-88, jul./dez. 2014
26. Apter , AJ. et al. “Exposure to Community Violence is Associated with Asthma Hospitalizations and ED Visits”, in *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 126(3), 2010,pp. 552-7.
27. Mitchell , S. J. et al. “How Does Violence Exposure Affect the Psychological Health and Parenting of Young African-American Mothers?”, in *Social Science & Medicine*, 70, 2010,pp. 526-33.
28. Peres, MFT. Routti, C. Violência urbana e Saúde. *Revista USP*. São Paulo n. 107, p. 65-78, outubro/novembro/dezembro 2015.

## ARTIGO 2

A VIOLÊNCIA NO TRABALHO: FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA  
PRESENCIADA PELOS TRABALHADORES DE SAÚDE**Fabiana Mandelo Casaes****Jorgana Fernanda de Souza Soares****Tânia Maria de Araújo****RESUMO**

Esse trabalho tem como objetivo identificar os fatores associados a violência presenciada pelos trabalhadores de saúde do Estado da Bahia, no seu local de trabalho. Trata-se de um estudo de corte transversal, exploratório, realizado nos serviços de Atenção Básica e de Média Complexidade. A população do estudo foi constituída por 6.191 trabalhadores. Para a coleta dos dados, empregou-se um instrumento construído com base na revisão da literatura. A análise foi feita através da Regressão Logística. Na análise multivariada pela Regressão de Poisson permaneceram estatisticamente associada a violência presenciada pelos trabalhadores de saúde a escolaridade ensino médio/técnico (RP = 1,33; IC = 1,01-1,75), ensino superior (RP = 1,70; IC= 1,30-2,24), pós-graduação (RP = 1,74; IC = 1,31-2,29), segurança pessoal ameaçada (RP= 1,70; IC=1,57-1,84), Cap X (RP = 1,19; IC = 1,10-1,29), unidade de saúde (RP = 0,99; IC = 0,99- 0,99). Assim, a ocorrência de violência dentro do local de trabalho, cujas vítimas são tanto trabalhadores quanto usuários, deixa um alerta para a necessidade de mudanças importantes nos serviços de saúde, como o investimento em recursos humanos para prevenir eventos violentos.

**Palavras Chaves:** Pessoal de Saúde, Violência, Análise transversal.

**ABSTRACT**

This study aims to identify the factors associated with violence witnessed by health workers in the State of Bahia, at their workplace. This is a cross-sectional, exploratory study conducted in Basic Attention and Medium Complexity services. The study population consisted of 6,191 workers. For the data collection, an instrument was built based on the literature review. The analysis was done through Logistic Regression. In the multivariate analysis by the Poisson regression, the following variables were statistically associated with the violence witnessed by health workers: elementary school education, high school / technical level, administrative professional category, general / other services; Guardian, nurse technician, nurse, physician, social activities, workday greater or equal to 44 hours, personal security threatened, property security threatened, Cap II - Neoplasms [Tumors], digestive problems. Thus, the occurrence of violence within the workplace, whose victims are both workers and users, leaves a warning for the need for major changes in health services.

**Key words:** Health Personnel, Violence, Cross-sectional analysis.



## INTRODUÇÃO

A violência no trabalho tem sido mundialmente reconhecida como um grande desafio para Saúde Pública. Este fenômeno pode ser definido como a prática agressiva e dolosa praticada contra si, entre dois ou mais indivíduos, em um determinado contexto social, culminando no risco acentuado para a saúde mental e física, segurança no ambiente de trabalho, bem como a sensação de tranquilidade para o desempenho das tarefas profissionais. A ocorrência da violência pode ser em caráter esporádico ou até mesmo repetitivo, fato que degrada o bem-estar dos trabalhadores, uma vez que pode assumir vários formatos, como: agressões verbais e físicas, discriminação de distintas ordens, tais como econômica, religiosa ou de gênero, ou até mesmo a prática de assédios sexual ou moral. Dessa maneira, este acontecimento pode promover várias e sérias consequências, aos envolvidos, algo que necessita de uma compreensão e atenção bastante acentuadas, uma vez que muitos dos danos provocados pela ocorrência da violência são imperceptíveis, sobretudo quando envolvem questões psicológicas (SIMÕES, 2016, p.8).

Em várias situações, tais manifestações são presenciadas em espaços de atribuições profissionais, sendo promovidas por indivíduos alheios a estes espaços, por trabalhadores ou entre trabalhadores, por prestadores de serviços ou tomadores dos serviços, mediante insatisfação gerada por alguma demanda particular ou de terceiros. Tais evidências influenciam negativamente na qualidade dos serviços prestados, bem como na qualidade do trabalho como um todo, algo que interfere na vida social das pessoas envolvidas nestes episódios (SIMÕES, 2016).

No ambiente de trabalho em saúde, as manifestações da violência podem ser caracterizadas como *violência externa*, aquela proveniente da ação abusiva (geralmente um crime: furto ou roubo) de um indivíduo não pertencente ao espaço de trabalho onde o ato é cometido, evidenciando os trabalhadores em saúde como um grupo de risco, principalmente quando as unidades de saúde estão sediadas em regiões com um histórico de violência urbana elevado, o que reflete disparidades sociais ou uso de drogas; *violência provocada pelo usuário*, que atinge diretamente o trabalhador que presta o serviço em saúde, relacionada com as condições emocional ou social dos pacientes, já que em muitos casos, o serviço é prestado a usuários de drogas ou pacientes desequilibrados psicologicamente ou sendo praticada por parentes de pacientes, insatisfeitos com alguma

condição observada no atendimento; *violência interna*, que é praticada pelos próprios trabalhadores da saúde, no âmbito do trabalho. Estas ocorrências contribuem para um contínuo desgaste da qualidade das afinidades e empatia entre os trabalhadores, promovendo o enfraquecimento das boas relações, denotando uma estruturação administrativa inadequada ou do cenário do trabalho, o que pode refletir em insatisfações e comportamentos arbitrários durante o exercício da profissão; *violência ligada ao relacionamento pessoal* que geralmente envolve familiares, companheiros íntimos ou ex-companheiros ou até mesmo por alguém que faça o ou não parte do ciclo de amizades do trabalhador e é cometida no desenvolvimento de suas atribuições profissionais ainda em seu local de trabalho, contribuem, de forma muito incisiva, para a queda da qualidade de vida e bem estar do agredido. Neste tipo de manifestação, colegas são vítimas e praticantes desta violência que pode ser caracterizada por meio de assédio moral ou até mesmo agressão física, principalmente quando está envolvida a questão da hierarquia do trabalho. (CAL/OSHA, 2002). Assim, a violência no trabalho em saúde seria a relação existente entre o profissional e o agressor, evidenciada por vários fatores de determinações, incluindo as condições e organização do espaço e do próprio trabalho (CURBOW, 2001)

No Brasil, algumas pesquisas têm mostrado a magnitude das ocorrências de violência no trabalho. Estudo apresentou os aspectos da violência praticada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), na cidade de Belo Horizonte, em 2003, revelando que cerca de 73,7% dos trabalhadores em saúde haviam sido agredidos verbalmente, durante a realização de suas atribuições profissionais. Este número foi seguido por 23,4% de profissionais que foram ameaçados ou agredidos fisicamente, e 18,8% dos casos trataram da adoção de uma conduta libidínica inadequada ou assédio sexual (CAMPOS E DIAS, 2007). Santos Junior e Dias (2005) analisaram os dados sobre atos de violência praticados contra médicos em unidades de pronto atendimento (UPA), constatando que, na região de Belo Horizonte, em janeiro a abril de 2003, 1,9% dos profissionais foram agredidos fisicamente, 45% foram ameaçados de agressão física ou tiveram bens materiais ou familiares ameaçados, enquanto que outras maneiras de violência, como ofensas, injúria racial, discriminação ou posturas inadequadas, foram observadas por 84% dos profissionais. Estudo realizado em Salvador, 2012, com servidores estatutários da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), de revelou que 25,9% dos entrevistados referiram ter sofrido algum tipo de violência no trabalho, sendo os

auxiliares/técnicos de enfermagem (28%) e médicos (23,9%) as principais vítimas (SILVA et al, 2014).

Vale ressaltar, que neste cenário, a maior parte dos trabalhadores é do sexo feminino, o que relaciona o gênero com a manifestação da violência, no âmbito do trabalho (OIT, 2002). De acordo com a OIT, a manifestação de violência na área da saúde atingiu níveis alarmantes em todas as regiões mundiais, entretanto, estes níveis, mesmo que elevados, ainda não retratam com fidedignidade a realidade vigente dentro da área da saúde. Assim, as manifestações violentas, relacionadas ao comportamento psíquico, agressões verbais ou assédios moral ou sexual são mais sutis e muitas vezes negligenciadas, o que contribui para a degradação das ações que poderiam ser tomadas para resolver este problema. Por outro lado, em relação às agressões físicas, as medidas são paliativas e não estendidas a todo o sistema, o que dificulta o enfrentamento do problema nas unidades de saúde (LANCMAN et al, 2009).

Diante deste cenário, verifica-se a escassez de estudos acerca da violência que ocorre dentro das unidades de saúde, uma vez que, esta causa um impacto direto e de forma negativa na qualidade da assistência. Assim, considerando a escassez desses estudos, principalmente no nordeste do Brasil, esse trabalho tem como objetivo identificar os fatores associados a violência presenciada pelos trabalhadores de saúde do Estado da Bahia, no seu local de trabalho.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo de corte transversal, exploratório, integrante da pesquisa multicêntrica “Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia”, coordenado pelos Núcleo de Epidemiologia (NEPI) e Núcleo de Saúde Coletiva (NUSC) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), realizado nos serviços de Atenção Básica e de Média Complexidade do Distrito Sanitário do Centro Histórico de Salvador e nos municípios de Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus, Jequié e Itabuna, nos anos 2011 e 2012.

A definição da população de estudo foi feita através de levantamento prévio da estruturação da rede de serviços de atenção básica e média complexidade nos municípios estudados e conduzido levantamento do número de trabalhadores em cada unidade. A população do estudo foi constituída por 6.191 trabalhadores. Para verificar o poder do presente estudo, realizou-se novo cálculo do tamanho amostral, no software OpenEpi, versão 3. Para tal, considerou-se o número total de trabalhadores (N= 6.191), a prevalência de violência de 25,9%, 2012 (SILVA et al, 2014), precisão de 3%, nível de confiança de 95%, o que totalizou 724 trabalhadores. Acresceu-se 20% (n= 145) para perdas e recusas, resultando em amostra final de 869 trabalhadores.

Para a coleta dos dados, empregou-se um instrumento construído com base na revisão da literatura e testado em estudo piloto. O questionário, contendo oito blocos, incluiu informações sobre as características sociodemográficas; informações gerais sobre o trabalho; informações gerais sobre o ambiente de trabalho; características psicossociais do trabalho; atividades domésticas e hábitos de vida; capacidade para o trabalho; aspectos relacionados à saúde do trabalhador e vitimização.

Neste estudo a variável dependente foi a violência presenciada pelo trabalhador no local de trabalho nos últimos 12 meses, construída a partir da resposta às perguntas: Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça no seu local de trabalho, praticado por usuários do serviço de saúde? Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça no trabalho, praticado por parentes, acompanhantes ou vizinhos do usuário do seu serviço de saúde? Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a usuário dos serviços? Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a outro colega de trabalho? Categorizada em sim e não, sendo considerados sim, aqueles que responderam positivamente a pelo menos uma pergunta e não, negativamente a todas as perguntas.

As variáveis independentes foram **características sociodemográficas**: sexo (masculino e feminino); faixa etária ( $\leq 33$  anos, 34 – 43 anos,  $\geq 44$  anos); raça/cor da pele (negro e não negro); situação conjugal (com companheiro e sem companheiro); nível de escolaridade (Ensino fundamental, Ensino médio/ Curso técnico, Ensino Superior, Pós Graduação); filhos (sim e não); renda (R\$: 689,00; R\$: 690,00 –996,00, R\$:  $\geq 997,00$ ) e categoria profissional (administrativo, técnico de nível médio, agente de saúde/ agente

comunitário de saúde, serviços gerais, vigilante, técnico de enfermagem, médico, enfermeiro, outros profissionais de nível superior,). Faixa etária e renda, variáveis quantitativas originalmente, foram categorizadas com base nos tercis da distribuição e o número de pessoas no domicílio pela mediana.

**Os hábitos de vida** se referem às atividades regulares de lazer (sim e não) e o seu tipo: atividades culturais (sim e não), atividades sociais (sim e não), atividades físicas: (sim e não), assiste TV ou ouve rádio (sim e não), fumante (sim e não), consumo de bebida alcoólica (sim e não).

As **características gerais sobre o trabalho** representam unidade de saúde (baixa complexidade e média complexidade); vínculo (concursado, contratado pela CLT e não concursado), jornada de trabalho semanal ( $\leq 40$  horas semanais e  $> 40$  horas semanais); tempo de trabalho em anos ( $\geq 9$  anos e  $\geq a 10$  anos); garantia de direitos trabalhistas (sim e não); tem outro trabalho (sim e não); turno de trabalho (manhã, tarde, manhã e tarde, noturno, regime de plantão) segurança pessoal ameaçada no trabalho (sim e não); segurança dos pertences ameaçada no trabalho (sim e não), iluminação (satisfatório e insatisfatório), ventilação (satisfatório e insatisfatório), temperatura (satisfatório e insatisfatório) e condição de mesas e cadeiras (satisfatório e insatisfatório), contato com materiais biológicos (sim, não), contato com antissépticos (sim, não), contato com gases anestésicos (sim, não), administra medicamentos (sim, não), trabalho exige que fique em pé por muito tempo(sim, não), trabalho exige que fique sentado por muito tempo(sim, não), trabalho exige que ande muito (sim, não), trabalho exige que levante, carregue ou empurre peso (sim, não), trabalho exige que ajude o paciente a se movimentar e levantar (sim, não), ruído (desprezível, não desprezível). Na variável garantia de todos os direitos trabalhistas foi considerado sim, aqueles que responderam positivamente a todas as categorias: 13º salário, folga, férias remuneradas, 1/3 de adicional de férias e não para aqueles que tiveram uma ou mais respostas negativas para essas categorias.

As **condições de saúde** foram agrupadas de acordo com os capítulos da Classificação Internacional de Doenças – CID-10 em Doenças Infecciosas e Parasitárias (Tuberculose e hepatite), Neoplasias (cânceres), Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos (anemia), Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas (diabetes, obesidade e dislipidemia), Transtornos Mentais e Comportamentais (depressão), Doenças do Aparelho Circulatório (hipertensão, infarto do miocárdio,

angina, insuficiência cardíaca e varizes), Doenças do Aparelho Respiratório (rinite, sinusite e asma), Doenças do Aparelho Digestivo (gastrite e úlcera), Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo (alergia e eczema), Doenças do Aparelho Geniturinário (doenças dos rins e infecção urinária), Doenças do Sistema Nervoso (distúrbios do sono), Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (artrite, reumatismo, lombalgia, hérnia de disco, LER/DORT), Sintomas e Sinais relativos à fala e à voz (disfonia) e categorizadas em sim e não.

Os sintomas auto referidos compreenderam dor nas pernas, dor na parte inferior das costas, dor nos braços, dor na parte superior das costas, cansaço ao falar, rouquidão, cansaço mental, nervosismo, sonolência, insônia, azia/queimação, fraqueza, problemas de pele, esquecimento, problemas digestivos, redução da visão, irritação nos olhos, palpitações, categorizados em sim e não.

Inicialmente foi realizada a análise descritiva por meio das frequências absolutas e relativas dos dados. A análise multivariada foi feita utilizando a regressão logística. A seleção das variáveis para o modelo foi realizada por meio da análise bivariada, empregando o teste Qui-quadrado de Pearson ao nível de significância de 20%.

Como a violência no trabalho não foi um evento raro no presente estudo, transformou-se a *odds ratio* (OR) em Razão de prevalência (RP) com seus respectivos intervalos a 95% de confiança utilizando a Regressão de Poisson com variância robusta

Para a análise dos dados foram utilizados os pacotes estatísticos *Statistical Package the Social Sciences* (SPSS) for Windows, versão 15.0 e o STATA na versão 10.0.

A pesquisa “Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia”, está de acordo com a resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde, e os protocolos de pesquisa foram avaliados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana sob parecer nº 267/2009. Os indivíduos participantes foram devidamente informados sobre os possíveis riscos e benefícios da pesquisa e concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que consta de convite à participação voluntária, objetivos da pesquisa, informações de que não haveria ônus para o participante, à conduta de arquivamento e confidencialidade dos dados, justificativa, e contatos dos responsáveis pelo estudo.

## RESULTADOS

Foram entrevistados 3.084 trabalhadores de saúde. Com maior frequência, os trabalhadores eram do sexo feminino (78,2%), na faixa etária menor ou igual a 33 anos (34,2%), raça/cor negra (80,6%), com companheiro (57,1%), escolaridade nível médio ou técnico (43,8%), tinham filhos (68,8%), renda  $\leq$  R\$ 698,00 (36,9%), eram agentes comunitários de Saúde ou Agente de Serviços de Saúde (38,1%). Quanto aos hábitos de vida dos trabalhadores, participam de atividades de lazer (83,6%), não participam de atividades culturais (69,9%), participam de atividades sociais (63,5%), não fazem atividade física (56,1%), assistem TV ou ouve rádio (76,7%), não fumantes (82,4%) e não consomem bebida alcoólica (60,9%). (Tabela 1)

**Tabela 1 Características sociodemográficas e hábitos de vida dos trabalhadores que atuam na rede básica e de média complexidade. Bahia-Brasil, 2011-2012.**

VARIÁVEIS	Total	
	n	%
<b>CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS</b>		
Sexo (N=3.077)		
Masculino	672	21,8
Feminino	2405	78,2
Faixa etária (anos) (N = 3061)		
$\leq$ 33	1041	34,2
34 – 43	973	32,0
$\geq$ 44	1026	33,8
Cor/Raça (N = 3032)		
Negro	2444	80,6
Não negro	588	19,4
Situação conjugal (N = 3074)		
Com companheiro	1760	57,1
Sem companheiro	1314	42,7
Nível de escolaridade (N = 3042)		
Ensino Fundamental	122	4,9
Ensino Médio/ técnico	1100	43,8
Ensino Superior	835	33,3
Pós Graduação	454	18,1
Filhos(N=3065)		
Não	957	31,2
Sim	2108	68,8
Renda(N = 2560)		
$\leq$ 698,00	945	36,9
690,00 – 996,00	790	30,9
$\geq$ 997,00	825	32,2
Categoria Profissional		
Ag. Comunitário de Saúde/Ag. de Serviços de Saúde	1149	38,1
Administrativo	505	16,7
Técnico de Enfermagem	412	13,6

Outros profissionais de nível superior	228	7,6
Enfermeiro	213	7,1
Serviços gerais	172	5,7
Médico	146	4,8
Técnico de Nível Médio	145	4,8
Vigilante	49	1,6
<b>HÁBITOS DE VIDA</b>		
Atividades de lazer (N=3058)		
Sim	2555	83,6
Não	503	16,4
Atividades culturais (N=2772)		
Sim	833	30,1
Não	1939	69,9
Atividades sociais(N=2652)		
Sim	1684	63,5
Não	968	36,5
Atividades físicas(N= 2652)		
Sim	1164	43,9
Não	1148	56,1
Assiste TV ou ouve rádio(N= 2653)		
Sim	2034	76,7
Não	617	23,3
Tabagismo(N= 3020)		
Não	2838	94,0
Sim	182	6,0
Consome bebida alcoólica(N= 2783)		
Sim	1089	39,1
Não	1694	60,9
% = prevalência		
N= total da amostra		
n= frequência absoluta		

Quanto às características do trabalho, a maior frequência foi de trabalhadores que atuam na atenção básica (84,5%), eram concursados (64,8%), trabalhavam há mais de 10 anos (59,8%), com jornada de trabalho  $\leq$  40 horas semanais (97,2%). Desses trabalhadores 25,2% tinham outro trabalho, não possuíam todos os direitos trabalhistas (68,8%) 33,8% sentem a sua segurança pessoal ameaçada no trabalho, 31,9% sentem-se ameaçado quanto à segurança de seus pertences no trabalho. Quanto ao local de trabalho a maioria considerou insatisfatória a ventilação (67,3%), iluminação (53,2%), temperatura (68,2%) e condições de mesas e cadeiras (77,5%). Em relação aos riscos, a maioria considera elevado os riscos biológicos (54,7%), químico (58,2%) e ergonômico (98,2%) e baixo os riscos físicos (82,9%) (Tabela 2).



**Tabela 2- Características gerais sobre o trabalho dos trabalhadores que atuam na rede básica e de média complexidade. Bahia-Brasil, 2011-2012.**

CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO	Total	
	n	%
Unidade de Saúde (N = 2995)		
Atenção básica	2532	84,5
Média complexidade	463	15,5
Vínculo empregatício(N = 3028)		
Concursado	1978	64,8
CLT	230	7,5
Não efetivo	846	27,7
Tempo de trabalho (N = 3059)		
≤ 9 anos	1229	40,2
≥ 10 anos	1830	59,8
Tempo de trabalho na unidade (N = 3058)		
≥ 6 anos	1851	60,5
≤ 5 anos	1205	39,5
Jornada de trabalho (N = 3072)		
≤ 40 horas	2987	97,2
≥ 44 horas	85	2,8
Treinamento institucional para exercer o cargo(N = 3057)		
Sim	1654	54,1
Não	1403	45,9
Treinamento durante o tempo que exerce o cargo(N= 3044)		
Sim	1851	60,8
Não	1193	39,2
Tem outro trabalho (N = 3020)		
Sim	761	25,2
Não	2259	74,8
Direitos trabalhistas(N = 3031)		
Sim	947	31,2
Não	2084	68,8
Segurança pessoal ameaçada(N = 3065)		
Sim	1036	33,8
Não	2029	66,2
Segurança dos pertences ameaçada(N = 3062)		
Sim	978	31,9
Não	2084	68,1
Ventilação		
Satisfatório	656	32,7
Insatisfatório	1349	67,3
Iluminação		
Satisfatório	938	46,8
Insatisfatório	1068	53,2
Temperatura		
Satisfatório	638	31,8
Insatisfatório	1367	68,2
Condições das mesas e cadeiras		
Satisfatório	450	22,5
Insatisfatório	1552	77,5
Contato com materiais biológicos		
Não	1383	45,0

Sim	54,7	55,0
Contato com antissépticos		
Não	1370	44,6
Sim	1701	55,5
Contato com gases anestésicos		
Não	2564	83,5
Sim	505	16,5
Administra ou prepara medicamentos		
Não	2226	72,4
Sim	847	27,6
Exigem que fique em pé		
Sim	2277	74,0
não	798	26,0
Exige que fique sentado		
Não	1156	37,6
Sim	1919	62,4
Levante, carregue ou empurre peso		
Não	1733	56,5
Sim	1335	43,5
Ajude o paciente a se movimentar ou levantar		
Não	1353	44,2
Sim	1707	55,8
Ruído		
Não	700	22,9
Sim	2358	77,1

---

    Avaliando as condições de saúde de acordo com os capítulos da CID-10, a maioria dos trabalhadores relatou apresentar doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (23,0%), doenças do aparelho circulatório (32,3%), doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (30,0%). No que se refere aos sintomas auto referidos, a maioria dos trabalhadores relatou apresentar dores nas pernas (67,2%) dor na parte inferior das costas (64,1%), dor na parte superior nas costas (55,6%), nervosismo (55,2%), cansaço mental (56,6%) (Tabela 3).

**Tabela 3 Condições de saúde segundo doenças por macrogrupo da CID-10e sintomas dos trabalhadores que atuam na rede básica e de média complexidade. Bahia-Brasil, 2011-2012.**

VARIÁVEIS	Total	
	n	%
CapI- Algumas doenças infecciosas e parasitárias (N= 2999)		
Sim	22	0,7
Não	2977	99,3
Cap II – Neoplasmas[Tumores] (N= 3002)		
Sim	19	0,6
Não	2983	99,4
Cap III – Doença do sangue e dos órgãos hematopoiéticos (N= 3000)		
Sim	228	7,6
Não	2772	92,4
Cap IV- Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (N= 2996)		
Sim	689	23,0
Não	2307	77,0
Cap V – Transtornos mentais e comportamentais (N= 2998)		
Sim	435	14,5
Não	2563	85,5
Cap IX – Doenças do aparelho Circulatório (N= 2986)		
Sim	963	32,3
Não	2023	67,7
Cap X -Doenças do aparelho respiratório (N=2996)		
Sim	836	27,9
Não	2160	72,1
Cap XI -Doenças do aparelho digestivo (N= 3000)		
Sim	459	15,3
Não	2541	84,7
CapXIII – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (N= 2990)		
Sim	898	30,0
Não	2092	70,0
CapXIV – Doenças do aparelho geniturinário (N= 2993)		
Sim	315	10,5
Não	2678	89,5
CapXVIII- Sintomas, sinais e achados anormais (N= 3002)		
Sim	71	2,4
Não	2931	97,6
CapXXI – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (N =3000)		
Sim	546	18,2
Não	2454	81,8
<b>SINTOMAS</b>		
Dor nas pernas (N= 3047)		
Sim	2048	67,2
Não	999	32,8
Dor na parte inferior das costas (N= 2694)		
Sim	1728	64,1
Não	966	35,9
Dor nos braços (N= 2629)		
Sim	1314	50,0
Não	1315	50,0

Dor na parte superior das costas (N= 2619)		
Sim	1457	55,6
Não	1162	44,4
Cansaço ao falar (N= 3010)		
Sim	705	23,4
Não	2305	76,6
Rouquidão (N= 3019)		
Sim	730	24,2
Não	2289	75,8
Problemas de pele (N= 3026)		
Sim	581	19,2
Não	2445	80,8
Esquecimento (N= 3027)		
Sim	1438	47,5
Não	1589	52,5
Problemas digestivos(N= 3034)		
Sim	1114	36,7
Não	1920	63,3
Cansaço mental (N = 3016)		
Sim	1708	56,6
Não	1308	43,4
Nervosismo (N= 3015)		
Sim	1665	55,2
Não	1350	44,8
Sonolência (N= 2998)		
Sim	1306	43,6
Não	1692	56,4
Insônia (N= 3006)		
Sim	1154	38,4
Não	1852	61,6
Azia/Queimação (N= 3007)		
Sim	1266	42,3
Não	1723	57,7
Fraqueza (N= 2997)		
Sim	966	32,2
Não	2031	67,8
Redução da visão(N= 3008)		
Sim	1182	39,3
Não	1826	60,7
Irritação nos olhos(N= 3011)		
Sim	1215	40,4
Não	1796	59,6
Palpitações(N= 3006)		
Sim	786	26,1
Não	2220	73,9

A prevalência de episódios de violência presenciados por trabalhadores de saúde nos últimos 12 meses anteriores a pesquisa foi de 50,3%.

Quanto aos episódios de violência, 42,8% foram praticados por usuários e 58,0% não, 31,1% por parentes de usuários e 68,9% não, 11,1% por chefe/colegas de trabalho a

usuários e 88,9% não, 13,9% por chefe/colegas de trabalho a outro colega de trabalho e 86,1% não, 16,8% já pensou em mudar o seu local de trabalho em função de episódios de agressão/ameaça e 83,2% não.

Na análise bivariada, foram associados à violência no local de trabalho, ao nível de significância de 20%, as variáveis sexo, faixa etária, situação conjugal, nível de escolaridade, filhos, renda, categoria profissional, atividades sociais, consome bebida alcoólica, unidade de saúde, tempo de trabalho, tempo de trabalho na unidade, jornada de trabalho, treinamento institucional para exercer o cargo, treinamento durante o tempo que exerce o cargo, tem outro trabalho, direitos trabalhistas, segurança pessoal ameaçada, segurança dos pertences ameaçada, ventilação, iluminação, temperatura, condições das mesas e cadeiras, contato com materiais biológicos, contato com anti-séptico, contato com gases anestésicos, administra medicamentos, exige que fique em pé, exige que fique sentado, levante, carregue ou empurre peso, ajude o paciente a se movimentar ou levantar, ruído, cap V – transtornos mentais e comportamentais, cap X - doenças do aparelho respiratório, cap XI -doenças do aparelho digestivo, cap XIII – doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, dor nas pernas, dor na parte inferior das costas, dor nos braços, dor na parte superior das costas, cansaço ao falar, rouquidão, problemas de pele, esquecimento, problemas digestivos, cansaço mental, nervosismo, sonolência, insônia, azia/queimação, fraqueza, redução da visão, irritação nos olhos, palpitações.

**Tabela 4 Análise multivariada dos fatores associados a presença de violência no trabalho dos trabalhadores que atuam na rede básica e de média complexidade. Bahia-Brasil, 2011-2012.**

VARIÁVEIS	%	OR	Total IC
<b>CARACTERÍSTICAS</b>			
<b>SOCIODEMOGRÁFICAS</b>			
Sexo			
Masculino	45,4	1,00	
Feminino	51,8	0,99	0,99-1,00
Faixa etária (anos)			
≤ 33	57,0	0,74	0,49-1,10
34 – 43	49,0	0,88	0,62-1,23
≥ 44	44,5	1,00	
Situação conjugal			
Com companheiro	48,3	1,00	

Sem companheiro	53,1	1,00	0,77-1,31
Nível de escolaridade			
Ensino Fundamental	28,9	1,00	
Ensino Médio/ técnico	43,8	0,40	0,18-0,85
Ensino Superior	56,2	0,53	0,36-0,79
Pós Graduação	57,2	0,73	0,49-1,06
Filhos			
Não	54,7	1,00	
Sim	48,4	1,00	0,99-1,00
Renda			
≤ 698,00	46,5	1,00	
690,00 – 996,00	46,1	1,04	0,76-1,42
≥ 997,00	52,2	0,96	0,65-1,41
Categoria Profissional			
Administrativo	57,3	0,46	0,11-1,88
Ag. Comunitário de Saúde/Ag. de Serviços de Saúde	40,3	1,00	
Técnico de Nível Médio	55,2	1,02	0,28-3,73
Outros profissionais de nível superior	50,0	0,64	0,16-2,53
Serviços gerais/outros	44,2	0,66	0,17-2,50
Vigilante	60,4	0,75	0,19-2,88
Técnico de enfermagem	61,4	2,34	0,51-10,7
Enfermeiro	64,2	0,88	0,25-3,09
Médico	54,2	0,83	0,17-3,89
<b>HÁBITOS DE VIDA</b>			
Atividades sociais			
Sim	52,9	0,99	0,99-1,00
Não	46,8	1,00	
Consome bebida alcoólica			
Sim	54,2	1,00	0,99-1,00
Não	49,3	1,00	
Unidade de Saúde			
Atenção básica	59,5	0,99	0,99-0,99
Média complexidade	49,1	1,00	
Tempo de trabalho			
≤ 9 anos	44,8	1,28	0,89-1,84
≥ 10 anos	54,0	1,00	
Tempo de trabalho na unidade			
≥ 6 anos	48,4	0,87	0,62-1,23
≤ 5 anos	53,3	1,00	
Jornada de trabalho			
≤ 40 horas	63,9	2,12	0,94-4,80
≥ 44 horas	49,9	1,00	
Treinamento institucional para exercer o cargo			
Sim	46,3	0,95	0,71-1,26
Não	55,1	1,00	
Treinamento durante o tempo que exerce o cargo			
Sim	48,4	1,00	0,99-1,00
Não	53,5	1,00	
Tem outro trabalho			
Sim	55,5	0,91	0,62-1,33
Não	48,8	1,00	
Direitos trabalhistas			
Sim	43,9	0,99	0,99-1,00

Não	53,2	1,00	
Segurança pessoal ameaçada			
Sim	71,4	2,56	1,91-3,44
Não	39,6	1,00	
Segurança dos pertences ameaçada			
Sim	72,1	0,99	0,99-1,00
Não	40,2	1,00	
Ventilação			
Satisfatório	47,1	1,00	
Insatisfatório	60,8	0,85	0,55-1,31
Iluminação			
Satisfatório	48,5	1,00	
Insatisfatório	62,9	0,99	0,98-1,01
Temperatura			
Satisfatório	45,8	1,00	
Insatisfatório	61,0	1,16	0,75-1,80
Condições das mesas e cadeiras			
Satisfatório	41,8	1,00	
Insatisfatório	60,4	1,00	0,99-1,00
Contato com materiais biológicos			
Não	42,3	1,00	
Sim	57,1	0,99	0,99-1,00
Contato com antisséptico			
Não	40,3	1,00	
Sim	58,5	0,99	0,99-1,00
Contato com gases anestésicos			
Não	48,8	1,00	
Sim	58,2	1,25	0,88-1,78
Administra medicamentos			
Não	46,2	1,00	
Sim	61,3	1,07	0,67-1,71
Exige que fique em pé			
Não	45,3	1,00	
Sim	51,9	0,99	0,99-1,00
Exige que fique sentado			
Não	46,2	1,00	
Sim	52,8	1,04	0,79-1,38
Levante, carregue ou empurre peso			
Não	47,8	1,00	
Sim	53,8	1,40	1,06-1,84
Ajude o paciente a se movimentar ou levantar			
Não	45,2	1,00	
Sim	54,6	0,99	0,99-1,00
Ruído			
Não	47,3	1,00	
Sim	65,0	0,99	0,98-1,00
<b>CONDIÇÕES DE SAÚDE</b>			
Cap V – Transtornos mentais e comportamentais			
Sim	60,8	1,54	0,98-2,42
Não	48,6	1,00	
Cap X -Doenças do aparelho respiratório			

Sim	58,7	1,37	1,01-1,86
Não	46,9	1,00	
Cap XI -Doenças do aparelho digestivo			
Sim	54,7	0,83	0,55-1,26
Não	49,5	1,00	
CapXIII – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo			
Sim	54,6	1,22	0,89-1,66
Não	48,4	1,00	
SINTOMAS			
Dor nas pernas			
Sim	52,8	1,25	0,92-1,68
Não	44,9	1,00	
Dor na parte inferior das costas			
Sim	53,5	1,00	0,99-1,00
Não	43,1	1,00	
Dor nos braços			
Sim	53,5	1,00	0,99-1,00
Não	46,2	1,00	
Dor na parte superior das costas			
Sim	54,5	0,99	0,99-1,00
Não	43,2	1,00	
Cansaço ao falar			
Sim	57,0	0,99	0,99-1,00
Não	48,2	1,00	
Rouquidão			
Sim	57,8	0,68	0,48-0,96
Não	47,7	1,00	
Problemas de pele			
Sim	60,6	0,77	0,53-1,12
Não	47,8	1,00	
Esquecimento			
Sim	54,8	1,09	0,65-1,37
Não	46,3	1,00	
Problemas digestivos			
Sim	59,2	1,36	0,94-1,95
Não	45,2	1,00	
Cansaço mental			
Sim	55,1	0,89	0,65-1,23
Não	44,1	1,00	
Nervosismo			
Sim	55,8	1,08	0,78-1,49
Não	43,7	1,00	
Sonolência			
Sim	57,2	1,23	0,88-1,71
Não	47,0	1,00	
Insônia			
Sim	56,3	1,02	0,74-1,40
Não	46,7	1,00	
Azia/Queimação			
Sim	54,5	0,88	0,64-1,21
Não	47,5	1,00	
Fraqueza			
Sim	54,9	0,83	0,58-1,18



Não	48,0	1,00	
Redução da visão			
Sim	52,5	1,14	0,82-1,58
Não	48,8	1,00	
Irritação nos olhos			
Sim	52,7	0,91	0,66-1,26
Não	48,7	1,00	
Palpitações			
Sim	54,8	1,06	0,75-1,50
Não	48,7		1,00

A Tabela 5 mostra a regressão multivariada com a presença de violência no local de trabalho. Na análise multivariada pela Regressão de Poisson permaneceram estatisticamente associada a violência presenciada pelos trabalhadores de saúde a escolaridade ensino médio/técnico (RP = 1,33; IC = 1,01-1,75), ensino superior (RP = 1,70; IC= 1,30-2,24), pós-graduação (RP = 1,74; IC = 1,31-2,29), segurança pessoal ameaçada (RP= 1,70; IC=1,57-1,84), Cap X (RP = 1,19; IC = 1,10-1,29), unidade de saúde (RP = 0,99; IC = 0,99- 0,99) (Tabela 5).

**Tabela 5 Análise multivariada com após a Regressão de Poisson dos fatores associados a presença de violência no trabalho dos trabalhadores que atuam na rede básica e de média complexidade. Bahia-Brasil, 2011-2012.**

VARIÁVEIS	Total	
	RP	IC
<i>Nível de escolaridade</i>		
Ensino Fundamental	1,00	
Ensino Médio/ técnico	1,33	1,01-1,75
Ensino Superior	1,70	1,30-2,24
Pós Graduação	1,74	1,31-2,29
<i>Segurança pessoal ameaçada</i>		
Sim	1,70	1,57-1,84
Não	1,00	
<i>Cap X– Doenças do aparelho respiratório</i>		
Sim	1,19	1,10-1,29
Não	1,00	
<i>Unidade de Saúde</i>		
Atenção básica	0,99	0,99-0,99
Média Complexidade	1,00	

## DISCUSSÃO

A ocorrência de violência dentro do trabalho presenciada por trabalhadores de saúde nos últimos 12 meses, foi superior ao encontrado em estudo realizado no período de setembro de 2008 a janeiro de 2009 com trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, cujo relato de violência no trabalho teve prevalência de 31,5%. Outros estudos encontrados na literatura não fazem menção à violência presenciada e sim vivenciada pelos trabalhadores de saúde, ou seja, os próprios trabalhadores sofreram a violência, diferente do presente trabalho, onde os trabalhadores relatam episódios de violência dentro do trabalho, que podem ter ocorrido com o próprio sendo vítima ou outras pessoas, como colegas ou usuários. Contudo, fazendo uma comparação com os resultados encontrados por esses autores, que analisam a violência ocupacional, o presente resultado supera a prevalência de violência dentro dos setores de saúde analisados. Um estudo realizado com servidores estatutários lotados no nível central e nas unidades de saúde sob gestão direta da SESAB, localizados no Município de Salvador/BA, no período de dezembro de 2011 a julho de 2012, encontrou que 25,9% dos trabalhadores haviam sido vítimas de violência no trabalho (SILVA et al, 2014). Por outro lado, é inferior a prevalência encontrada na maioria dos estudos. Em um serviço de urgência hospitalar, em Natal/RN, com a equipe de enfermagem e médica, entre abril e maio de 2009, 73,06% dos profissionais sofreram violência ocupacional (MORAIS FILHO, 2009). Em um hospital público referência para a assistência ao trauma em Porto Alegre/RS, de junho a agosto de 2011, 63,2% dos profissionais da equipe de saúde foram expostos a situação de violência (DAL PAI, et al, 2015). Estudo realizado na Finlândia, com população médica da Associação Médica Finlandesa, em 2006, encontrou que 61% dos profissionais tinham sofrido violência ocupacional (HEPONIEMI et al, 2014). Já na Austrália, houve uma prevalência de 52% de violência ocupacional em 2010 (FARRELL E SHAFIEI, 2012) e no hospital geral universitário suíço, houve 50% de episódios de violência em 2007 (HAHN et al, 2012).

É importante ressaltar que o presente estudo difere pelo local da pesquisa. As unidades de saúde desses trabalhos foram realizadas em unidades de urgência/emergência na qual o nível de estresse é maior entre usuários, familiares e profissionais, pelo próprio contexto da assistência necessária.

Assim como encontrado em outros estudos, o usuário e seus parentes são os principais atores da violência no trabalho. No serviço de urgência de um hospital geral

em Londrina, Paraná, no período de 20 de outubro a 15 de novembro de 2004, o usuário foi o agressor em 57,1% dos casos, seguido pelo acompanhante 54,8% (CEZAR e MARZIAELE, 2006). Em um pronto atendimento de um hospital de grande porte localizado em Duque de Caxias, na cidade do Rio de Janeiro, em 2009, com profissionais da equipe de enfermagem, o principal agressor era parente do paciente (87,0%) e o usuário (52,2%) (VASCONCELLOS et al, 2012). Assim como em outro estudo realizado em seis hospitais de Ankara, capital da Turquia, entre março e agosto de 2009, com os trabalhadores de saúde, mostrou que os acompanhantes dos pacientes são os principais agressores (TALAS et al, 2016). Na visão dos trabalhadores de saúde, as práticas violentas são, em grande parte, promovidas pelos usuários ou familiares e acompanhantes dos mesmos, fato que poderia ser explicado pelas condições adversas encontradas no setor de saúde, sobretudo na rede pública, situação que gera insatisfação, e está relacionada com a forte desigualdade social existente no país. (BATISTA et al., 2011). Este panorama é consolidado e explicado pelas condições ruins relacionadas ao atendimento nos centros públicos de saúde espalhados pelo país, fato desencadeador de desagrado à clientela, que em muitos casos, é de baixa condição econômica e social, e tem na rede pública a única forma de acessar aos serviços de saúde, mesmo que de forma precária (ZAMPIERON et al, 2010). Em muitos casos, esta agressividade associada aos usuários está diretamente relacionada com a crença de que o sistema de saúde é ineficiente, no seu objetivo maior, o de promover o bem-estar dos pacientes. Além disso, estes usuários vivenciam uma intensa limitação de acesso aos serviços mais complexos de saúde, fato que é materializado pela falta de políticas eficazes que poderiam melhorar o atendimento no setor público de saúde (KAISER, BIANCHI, 2008).

Quanto a violência praticada pelo chefe/colegas a usuário dos serviços e outro colega de trabalho, foi encontrado uma prevalência semelhante no estudo realizado com a população de Agentes Comunitários de Saúde do município de Jequié-BA de 9,3% e 10,1% respectivamente (SANTOS et al, 2012). Aguiar e colaboradores (2013) identificaram, em seus estudos, que comportamentos violentos, com o objetivo de promover o controle em um ambiente complexo de uma unidade de saúde da rede pública, com a utilização de palavras de calão, referindo-se aos usuários, são comumente praticados pelos profissionais da saúde, sob a falsa ideia de manter a “autoridade” e a “ordem” sobre os usuários, no ambiente de trabalho.

Este fato, por conseguinte, aumenta a sensação de insatisfação dos clientes, podendo desencadear eventos violentos. Em estudo, realizado entre março a setembro de 2008, com profissionais das maternidades da região de São Paulo, foi identificado que prováveis motivos para a ocorrência da violência no âmbito institucional são: uma jornada de trabalho excessiva, com mais de um posto de trabalho, para o caso de muitos profissionais, bem como a falta de condições ideais para a prestação dos serviços nestas unidades, isto é, a precarização do setor de saúde. Este panorama contribui para degradar o bem-estar físico e mental do trabalhador, além de promover insensibilidade sobre a prática e a conduta do mesmo, no campo ético, fato que interfere na formação de novos profissionais, os quais atuarão na rede pública de saúde, primordialmente (AGUIAR et al, 2013).

Alguns trabalhadores já pensaram em mudar o seu local de trabalho em função de episódios de agressão/ameaça, assim como em estudos realizado na Finlândia (HEPONIEMI et al., 2014), e Hospitais do setor público em Islamabad, Paquistão; SHAHZAD; MALIK, 2014). A vontade de trocar de atividade profissional, além do baixo contentamento com os resultados do trabalho, sobretudo nos campos financeiros e de jornada de trabalho, promove grande rotatividade de trabalhadores, no campo da saúde, interferindo negativamente no desenvolvimento das atividades, uma vez que enfraquece o espírito de equipe, no ambiente de trabalho, prejudicando os usuários, em uma escala maior. Outro fato associado à precariedade do setor refere-se à contratação de pessoal qualificado para atuar nesta área, fazendo, em muitos casos, que os centros de saúde funcionem com sua capacidade de atendimento comprometida, contribuindo para a evidência de casos de violência (SHAHZAD; MALIK, 2014).

Após a análise multivariada as variáveis que apresentaram associação foram nível de escolaridade, unidade de saúde, segurança pessoal ameaçada, rouquidão e Cap X – Doenças do aparelho respiratório.

Os níveis de escolaridade apresentaram associação estatisticamente significativa com a presença de violência. Em outros estudos, a violência auto referida estava presente em trabalhadores de saúde com baixa instrução, como no estudo realizado no estado de Massachusetts, entre maio e agosto de 2010 (ZELNICK et al., 2013; SHAHZAD; MALIK, 2014). Neste cenário, desempenhar a atividade profissional de atendimento ao público é uma condição que oferece um risco acentuado para a vitimização ou percepção

de fatos violentos (MIRANDA et al., 2011; ZELNICK et al., 2013). No presente estudo, foi identificado que os níveis de escolaridade do ensino médio, superior e pós-graduação estão associados com a violência no trabalho podendo ser explicado por serem trabalhadores que possuem contato direto com o usuário, além disso, muitas vezes esses profissionais possuem mais de um emprego. Assim como outros estudos, cujos profissionais de saúde são expostos, uma pesquisa realizada na Turquia revelou que, os fatores mais eminentes associados à ocorrência de violência envolvendo trabalhadores da saúde estão relacionados com a jornada excessiva de trabalho, muitas vezes, em vários lugares, falta de oportunidade de estabilização e admissão no emprego, além demora na liberação ao acesso a tratamentos e exames, sobretudo os mais complexos (CANBAZ et al, 2008). A excessiva jornada de trabalho pode deixar os profissionais mais suscetíveis a episódios violentos, uma vez que ficam sob alto estresse, provocado pela quantidade de horas de trabalho diário, sobretudo em centros públicos de saúde, onde a demanda é muito grande e os recursos materiais e humanos são limitados, aliados a uma clientela numerosa e pouco consciente sobre as condições de atendimento da rede pública como um todo. Em muitos casos, as unidades de saúde estão situadas em zonas de alta vulnerabilidade social, impactando diretamente na relação dos usuários com os trabalhadores da saúde.

Um fato eminente apontado por este trabalho, e que não foi encontrado em trabalhos relacionados na literatura, foi a existência de uma associação positiva para a variável segurança pessoal ameaçada. A associação não especifica uma ordem de causalidade da manifestação da violência, por se tratar de um estudo transversal, entretanto aponta uma associação positiva relacionado à falta de segurança pessoal ou ameaça a segurança como fatores de aumento do risco para a vitimização, fato que pode estar relacionado com a condição social, bem como o poder aquisitivo, percebido na utilização de bens de consumo que são visados, sobretudo por delinquentes, em diversos ambientes.

Foi constatada a associação positiva relacionada a rouquidão e problemas respiratórios com a participação ou percepção de episódios de violência no trabalho. Guardar segredo sobre a ocorrência ou divulgação de um acontecimento violento gera consequências psíquicas e físicas, promovendo aumento do estresse para a testemunha deste ato, algo que pode comprometer sua saúde mental e física, uma vez que estão em jogo questões importantes como a proteção de colegas de trabalho, garantia de emprego

e o constrangimento que poderá ser praticado no ambiente de trabalho (HAMEL-LAUZON; LAUZON, 2012).

A unidade básica de saúde foi apontada como fator de proteção para a ocorrência de episódios de violência dentro do local de trabalho. Tal fato pode ser explicado por se tratar de unidades com menor complexidade do atendimento, assim como menor urgência. Além disso, os usuários que procuram assistência nas unidades básicas de saúde são moradores dos bairros onde essas estão situadas, permitindo assim um vínculo maior na relação entre os usuários e os trabalhadores de saúde daquele lugar, além da constante presença desses usuários nos programas que são prestados por essas unidades.

Um limite desse estudo foi o elevado número amostral, que permite encontrar associação do desfecho com muitas variáveis, podendo interferir no resultado do trabalho. Além disso, por se tratar de um estudo transversal, não se permite inferir a relação causal dos acontecimentos.

Assim, a ocorrência de violência dentro do local de trabalho, cujas vítimas são tanto trabalhadores quanto usuários do sistema, deixa um importante alerta para a necessidade de mudanças estruturais nos serviços de saúde. A melhoria nas condições de trabalho, o aumento de recursos humanos e materiais, bem como equipamentos especializados podem amenizar a realidade da assistência prestada na rede pública de saúde, impactando diretamente na qualidade do serviço, nas relações interpessoais, bem como na possível redução dos casos de violência dentro dos locais de trabalho. Dessa maneira, este trabalho mostra a necessidade da ampliação do estudo sobre esta temática, como o objetivo de detalhar e levantar mais informações que possam ser utilizadas na tratativa dos problemas associados à manifestação da violência no trabalho em saúde, uma vez que, tanto trabalhadores quanto usuários estão sujeitos à vitimização por violência neste contexto precarizado da saúde.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR JM, et al. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(11):2287-2296, nov, 2013
- CAL/OSHAGuidelines for workplace security. Disponível em:<https://www.osha.gov/>Acessado em:25 maio 2016.
- CAMPOS, A.S; DIAS, EC. Perfil de agressões em unidades básicas de Belo Horizonte, MG: é possível pensar no processo de trabalho? **Revista Médica de Minas Gerais**, v.16, p. 79-95, 2007
- CANBAZ S. et al. Violence towards workers in hospital emergency services and in emergency medical units in Samsun: an epidemiological study. **Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery**, 14 (2008), pp. 239–244 (In Turkish)
- CEZAR ES, MARZIALE MHP. Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da Cidade de Londrina, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública** vol.22 n.1 Rio de Janeiro Jan. 2006
- CURBOW, B. Origins of violence at work. In: Cooper, C. Workplace Violence in the health sector. Geneva: ILO/WHO. [internet] 2003. Disponível em: <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/state.pdf>
- DAL PAI D, et al. Violência, burnout e transtornos psíquicos menores no trabalho hospitalar. **RevEscEnferm USP** · 2015; 49(3):460-468
- FARRELL GA, SHAFIEI T. Workplace aggression, including bullying in nursing and midwifery: a descriptive survey: the SWAB study. **Int J Nurs Stud**. 2012;49(11):1423-31
- FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Cartografias do Cuidado e Trabalho em Saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. Universidade de Brasília. Brasília. V. 5, n. 2 Pág. 151-163. 2012.
- HAHN S, et al. Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey. **J Adv Nurs**. 2012;68(12):2685-99.
- HAMEL-LAUZON, G.; LAUZON, S. Nurses 'failure to report elder abuse in long-term care: an exploratory study. In: HOLMES, D.; RUDGE, T.; PERRON, A. (Re) **thinking violence in health care setting: a critical approach**. England: Ashgate Publishing Limited, 2012. Cap. 6, p. 107-124.
- HEPONIEMI T, et al. The prospective effects of workplace violence on physicians' job satisfaction and turnover intentions: the buffering effect of job control. **BMC Health Services Research** 2014 14:19
- KAISER DE, BIANCHI F. A violência e os profissionais da saúde na atenção primária. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2008 set;29(3):362-6.

LANCMAN S et al. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**; vol 43 no 4: 682-8. 2009

MIRANDA, H. *et al.* Violence at the workplace increases the risk of musculoskeletal pain

among nursing home workers. **Occupational Environment Medicine**, London, v. 68, p. 52-57, 2011.

MORAIS FILHO LA. **A violência ocupacional contra profissionais de saúde em um hospital de urgência**. Natal/RN, 2009

MOURA FJM. **A Violência e sua origem nas interfaces com o mundo do trabalho da enfermeira de saúde pública** [tese]. Rio de Janeiro: Escola de enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2005.

OIT/TEM. **Referencial de planejamento- Diversidade e Educação Profissional**. 1 ed. Brasília: OIT, 2002.

SANTOS JÚNIOR, E; DIAS, E. C. Médicos vítimas da violência no trabalho em unidades de pronto atendimento. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 13 (3): 705 - 722, 2005

SANTOS CAA, et al. Violência no ambiente de trabalho dos agentes comunitários de saúde de um município do sudoeste baiano. Disponível em: [http://www.uesb.br/eventos/violencia\\_intrafamiliar/anais\\_2012/Resumo%208.pdf](http://www.uesb.br/eventos/violencia_intrafamiliar/anais_2012/Resumo%208.pdf). Acesso em 08/03/2017

SHAHZAD, A.; MALIK, R. K. Workplace Violence: an Extensive Issue for Nurses in Pakistan – a Qualitative Investigation. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 20, p. 1-14, 2014.

SILVA, I.V. Violência no trabalho em saúde: a experiência de servidores estaduais da saúde no Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(10):2112-2122, out, 2014

VASCONCELLOS IRR et al. Violência ocupacional sofrida pelos profissionais de enfermagem do serviço de pronto atendimento hospitalar. **Rev. Gaúcha Enferm.** vol.33 no.2 Porto Alegre June 2012

ZAMPIERON A, Galeazzo M, Turra S, Buja A. Perceived aggression towards nurses: study in two Italian health institutions. **J Clin Nurs.** 2010;19(15-16):2329-41.

ZELNICK, J. R. *et al.* Part of the Job? Workplace Violence in Massachusetts Social Service Agencies. **Health & Social Work**, Oxford, v. 38, n. 2, p. 75-85, 2013.



## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Percebendo a necessidade de se estudar sobre a violência a qual os trabalhadores de saúde estão expostos, um problema existente no seu cotidiano e que acarreta em grandes consequências para o próprio trabalhador e ao outro a quem ele assiste, o objetivo desse trabalho foi analisar a ocorrência de vitimização por violência em trabalhadores de saúde, tanto fora do trabalho, quanto a sua presença dentro do local de trabalho desses profissionais.

Verificou-se que, em todos os contextos, a prevalência da violência é um dado importante e que deve ser observado com cautela, tanto por parte dos trabalhadores, com da gestão e dos poderes públicos. Os fatores associados a violência confirmam os achados de vários outros estudos, tanto na literatura nacional, como internacional e ratificam a importância desse trabalho, advertindo sobre a necessidade de enfrentamento desse problema

Este estudo foi realizado com trabalhadores de saúde pela importância do seu papel na assistência a toda a população, mas vale destacar a eminência de trabalhos futuros acerca da problemática, tanto no que se refere a ampliação de locais de estudo, se expandindo para outros Estados e municípios, afim de comparar a realidade em que vive os trabalhadores de saúde, como a própria população de estudo, já é um tema que envolve todos os membros da sociedade, sem distinção.

## REFERENCIAS

ANISTIA INTERNACIONAL INFORME 2014/15: **O estado dos direitos humanos no mundo**. Reino Unido, 2015.

APTER, AJ. et al. "Exposure to Community Violence is Associated with Asthma Hospitalizations and ED Visits", in **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, 126(3), 2010, pp. 552-7.

ARENDT, H. **Sobre a violência**. – Rio de Janeiro: Relume Dumará. 1994.

ASSUNÇÃO, A.A. Gestão das Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores de Saúde. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON- UFMG), 2012. BATISTA JBV, et al. Saúde do professor do ensino fundamental: uma análise de gênero. **Cad Saúde Coletiva**. Vol 17 no 3: 657-74, 2009.

BATISTA, C.B. Violência no trabalho em saúde: análise em unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Trab. educ. saúde** (Online) vol.9 no.2 Rio de Janeiro July/Oct. 2011

Borges, D. Vitimização e Sentimento de Insegurança no Brasil em 2010: Teoria, Análise e Contexto, in **Mediações**, 18(1), 2013, pp. 141-63.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990**. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002.

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

BRUCHINI, C.; RICOLDI, A.M. **Articulação Trabalho e Família: Famílias urbanas de baixa renda e políticas de apoio às trabalhadoras**. São Paulo. Fundação Carlos Chagas, 2008.

CAL/OSHA **Guidelines for workplace security**. Disponível em: <https://www.osha.gov/> Acessado em: 25 maio 2016.

CAMPOS, A.S; DIAS, EC. Perfil de agressões em unidades básicas de Belo Horizonte, MG: é possível pensar no processo de trabalho? **Revista Médica de Minas Gerais**, v.16, p. 79-95, 2007.

CAMPOS, AS; PIERANTONI, CR. Violência no trabalho em saúde: um tema para a cooperação internacional em recursos humanos para a saúde. **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.4, n1, p.86-92, mar., 2010

CAMPOS, R.T.O. et al., Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 252-264, out 2014.

CERQUEIRA, D. **Mapa dos Homicídios Ocultos no Brasil**. Instituto de Pesquisa econômica aplicada. Brasília, 2013.

CEZAR, E.S.; MARZIALE, M.H.P. Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da Cidade de Londrina, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(1):217-221, jan, 2006.

CHAPELL, D.; DI MARTINO, V. **Violence at Work**. Genebra: International Labour Office, 2000. 171pp.

CHESNAIS, J. C. **Histoire de la violence em Occident de 1800 a nos jours**. Paris: Robert Laffont Editor, 1981

COOPER CL, SWANSON N, editors. **Workplace violence in the health sector: state of the art**. Geneva: World Health Organization; 2003.

CONTRERA-MORENO L, CONTRERA-MORENO MI. Violência no trabalho em Enfermagem: um novo risco ocupacional. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) 2004 nov/dez;57(6):746-9

COSTA ALRC. **As múltiplas formas de violência no trabalho de enfermagem: o cotidiano do trabalho no setor de emergência e urgência clínica em um hospital público** [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo [Internet]. 2005. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses>.

COSTA ALRC, MARZIALE MHP. Relação tempo-violência no trabalho de enfermagem em Emergência e Urgência. **Rev Bras Enferm**. vol 59 no 3: 337-43. maio-jun 2006

COSTA MCO et al., O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Ciênc. saúde coletiva** vol.12 no.5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2007.

CRUZ SH, Azevedo MR, Gonçalves H. Vitimização por violência em uma cidade de médio porte do sul do Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol**. Vol. 14 no. 1 São Paulo mar. 2011.

CUNHA, TRA, ALVES, AES. Educação e violência nas relações de gênero: reflexo na família, no casamento e na mulher. **Em Aberto**, Brasília, v. 27, n. 92, p. 69-88, jul./dez. 2014

CURBOW, B. Origins of violence at work. In: Cooper, C. **Workplace Violence in the health sector**. Geneva: ILO/WHO. [internet] 2003. Disponível em: <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/state.pdf>

DAHLEBERG, L.L.; KRUG, E.G. Violência: um problema global de saúde pública. **Cien Saúde Colet**. 2007; 11 (Supl): 1163- 78.

DAVIS RA. Preventing Urban Violence to Save Lives and Foster Healthy Communities. **National Civic Review**. Volume 103, Issue 1. Spring 2014. Pages 55-56

DEBOUT M, LAROSE C. **Violences au travail: agressions, harcèlements, plans sociaux**. Paris: Les Editions Ouvrières; 2003.

DEJOURS C. **Conjurer la violence, travail, violence et santé**. Paris: Ed Payot; 2007.

DEJOURS C. Avamnt-propos para a edição brasileira. In: Lancman S, Sznclwar L.I., organizadores. Christophe Dejours: da psicopatologia à psíquidinaâmica do trabalho. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, Brasília: Paralelo 15; 2008. p. 15-21.

DESLANDES SF. **Violência no Cotidiano dos Serviços de Emergência Hospitalar: Representações, práticas, interações e desafios** [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2000.

DESLANDES SF, Et al. Violência envolvendo crianças no Brasil: Um plural estruturado e estruturante. In. **O impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Pag. 43 a 77.

DI MARTINO V. **Workplace violence in the health sector** – country case studies (Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, and an additional Australian study): synthesis report. Ginebra (SWZ): OIT/OMS/CIE/ISP; 2002.

DOMENACH, J-M. La violencia. In: UNESCO (Org.). La violencia y sus causas. Paris: Unesco, 1981, p. 33-45

ENGELMAN, F. **Vivências de violência no mundo do trabalho a partir de relatos de trabalhadores**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2015.

ELIAS, P.E. SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL. USP, São Paulo, 2011.

FARIA, H. et al. **Processo de trabalho em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, Coopmed, 2a ed 2009.

FELTES, M. **8 de Março: A violência contra a mulher no trabalho**. Central Única dos Trabalhadores – CUT. 11 mar 2014.

FLORÊNCIO M.V.L. et al., A violência contra o idoso: dimensão ética e política de uma problemática em ascensão. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 03, p. 847 – 857, 2007.

FONSECA, R. M. G; LEAL, A. E. R. B; SKUBS, T; GUEDES, R. N; EGRY, E. Y. Violência doméstica contra a mulher na visão do agente comunitário de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, 17(6). Novembro-dezembro. 2009.

FURTADO B.M.A.S.M. et al. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.**2004; 7(3):270-289

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Cartografias do Cuidado e Trabalho em Saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. Universidade de Brasília. Brasília. V. 5, n. 2 Pág. 151-163. 2012

GAWRYSZEWSKI, A.R.B., et al. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 22 [ 1 ]: 119-140, 2012.

GONÇALVES DM, STEIN AT, KAPCZINSKI F.28. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cad Saúde Pública**; 24(2):380-90, 2008.

GOODMAN, R.; JENKINS, L.; MERCY, J. Work-related Homicides Among Health Care Workers in the United States, 1980 through 1990. **Journal of the American Medical Association**, v.272, n.21, p.1686-1688, 1994.

GUIMARÃES, L.A.M., RIMOLI, A. O “Mobbing” (assédio psicológico) no trabalho: uma síndrome psicossocial e multidimensional. **Psic Teor Pesq.** 2006; 22(2): 183-92.

HELOANI JRM, Freitas ME, Barreto MMS. **Assédio moral no trabalho**. São Paulo: Cengage Learning; v.1. 2008.

HELOANI, R. Assédio moral – um ensaio sobre a expropriação da dignidade no trabalho. **RAE-eletrônica**, v. 3, n. 1, Art. 10, jan./jun. 2004

HEPPNER PP. Expanding the conceptualization and measurement of applied problem solving and coping: from stages to dimensions to the almost forgotten cultural context. **Am Psychol.**; vol 63(8):805-16. 2008.

HIRIGOYEN MF. **Mal-estar no trabalho: redefinindo o assédio moral**. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand Brasil; 2002.

HIRATA, H.; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cad. Pesqui.**, v.37, n.132, p.595-609, 2007.

HIRARA, H. Tendências recentes de precarização social e do trabalho: Brasil, França e Japão. In: DRUCK, G. e FRANCO, T. (org.) Trabalho, precarização e resistências. **Caderno CRH**, Salvador, n. 01, v. 24, p. 13-20, 2011.

IPEA. **Mortalidade Juvenil compromete o futuro do país**. Brasil. Ano 11; Ed. 82. 2014

JACOBS P.C., MATOS E.P. Estudo exploratório dos atendimentos em unidade de emergência em Salvador – Bahia. **Rev.Assoc.Med.** Bras. 2005; 51(6):348-353.

KERGOAT, D. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. Trad. Vivian Aranha Saboia. In: HIRATA, H. et al. (Orgs.). **Dicionário crítico do feminismo**. São Paulo: Ed. Unesp, 2009. p.67-75

KIRZ, M.R. **Participação de idosas e idosos no mercado de trabalho no contexto da divisão sexual do trabalho**. Dissertação de Mestrado. Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Curitiba, 2014.

LACERDA, R.S. et al. Morbidade por causas externas: os casos não registrados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). **BIS, Bol. Inst. Saúde** (Impr.) vol.14 no.3 São Paulo ago. 2013.

LANCMAN S et al. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**; vol 43 no 4: 682-8. 2009

LAVINAS, L. **Empregabilidade no Brasil: Inflexões de gênero e diferenciais femininos**. 2001. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>. Acesso em: 22/03/2066.

LAVOIE, F. et al. Emergency Department Violence in United States Teaching Hospitals. **Annals of Emergency Medicine**, v.17, n.11, p.1227-33, 1988.

LEATHER, P. Workplace violence: Scope, definition and global context. In: Cooper, C. L.; Swanson, N. **Workplace violence in the health sector: State of the art**. Manchester: Organização Internacional Do Trabalho, International Council Of Nurses; Organização Mundial Da Saúde; Public Services International. 2001

LECHENER, E. Imigração e saúde mental. Migrações. Migração e Saúde – **Revista do observatório da imigração, ACIDI** – Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (Lisboa, Portugal), 2007.

LEIPOLD B, GREVE W.37. Resilience: a conceptual bridge between coping and development. **European Psychologist.**;14(1):40-50. 2009.

LEMOS, L. É possível deter a violência? **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA**. Brasília, 2016.

LEVIN PF, et al. Insights of nurses about assault in hospital-based emergency departments. **Journal of Nursing Scholarship** 1998;30(3):249-54.

LIPSCOMB, J.; LOVE, C. Violence Toward Health Care Workers. **JAAOHN** v.40, n.5, p.219-28, 1992.

MASCARENHAS, MDM. Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) – Brasil, 2006. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 18(1):17-28, jan-mar 2009

MARX, K. **O CAPITAL**, Editora Civilização Brasileira. Livro 1, Volume 1, p: 451, ed 33, 2014.

MAURO, M.Y.C. et al. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Esc. Anna Nery** vol.14 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 2010.

MCKAY, C. Violence to Health Care Professionals. In: Wykes, T. (ed.). **Violence and Health Care Professionals**. Londres: Chapman & Hall. 1994.

MITCHELL, S. J. et al. “How Does Violence Exposure Affect the Psychological Health and Parenting of Young African-American Mothers?”, in **Social Science & Medicine**, 70, 2010, pp. 526-33.

MEDRONHO R; Bloch KV; Luiz RR; Werneck GL (eds.). **Epidemiologia**. Atheneu, São Paulo, 2009, 2ª Edição.

MENDES, E.V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados** 27 (78), 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/03.pdf>. Acessado em: fev 2016.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. **Trabalho em Saúde**. EPJV / FIOCRUZ NOVEMBRO DE 2005.

MIGUEL, LF.; BIROLI, F. **Feminismo e política: uma introdução**. 1.ed. São Paulo: Boitempo, 2014.

MIRVIS DM, Graney MJ, Ingram L, Tang J, Kilpatrick AO.35. Burnout and psychological stress among deans of colleges of medicine: a national study. **J Health Hum Serv Adm.**;29(1):4-25. 2006.

MINAYO, M.C.S. Violência, um problema para a saúde dos brasileiros. In: **O impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Pag. 09 a 41.

MINAYO, M.C.S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: SOUZA, E. R. (Org.). **Impactos da Violência na Saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007, p.14-35.

MINAYO, M. C. de S. et al. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

MORAIS Filho LA. **Violência ocupacional contra profissionais de saúde em um hospital de urgência, Natal-RN** [dissertação]. Rio Grande do Norte: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2009.

MORI, N. Relações entre violência trabalho e gênero. Centro feminista de estudos e Assessorias. **Debate na CUT-DF em torno das Comemorações ao 25 de Novembro – Dia Internacional de Combate à Violência contra as Mulheres** - Brasília, 24 de novembro de 2004.

MOURA FJM. **A Violência e sua origem nas interfaces com o mundo do trabalho da enfermeira de saúde pública** [tese]. Rio de Janeiro: Escola de enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2005.

MURPHY JM, et al. Depression and anxiety in relation to social status. **Arch Gen Psychiatry**; 48:223-8. 1991.

NETTO, H.H.C.; BORGES, P.C.C. A mulher e o direito penal brasileiro: entre acriminalização pelo gênero e a ausência de tutela penal justificada pelo machismo. **Revista de Estudos Jurídicos UNESP**, a.17, n.25, 2013.

NEVES, M.A. Reestruturação produtiva, qualificação e relações de gênero. In: ROCHA, M.I.B. (Org.). **Trabalho e gênero: mudanças, permanências e desafios**. Campinas: Abep; Nepo/Unicamp; Cedeplar/Ufmg, 2000. p.171-85

NEVES, A.C.M., GARCIA, L.P. Mortalidade de jovens brasileiros: perfil e tendências no período 2000-2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 24(4):595-606, out-dez 2015

NICOLA AL, ANSELMINI ML. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. **Rev Bras Enferm** 58(2): 186-90, mar/abr 2005;.

O'DWYER, G., et al., Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**. 13(5): 1637-1648, 2008.

OLIVEIRA, R.P., NUNES, M.O. Violência relacionada ao trabalho: uma proposta conceitual. **Saúde Soc**. 2008; 17(4): 22-34.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen**. Ginebra (SWZ): OMS, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Spotlight: estatísticas da força de trabalho em saúde**. Departamento de Recursos Humanos para a Saúde, Edição No 2. Fev 2008.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT Brasil). Disponível em: <<http://www.oit.org.br/content/o-que-e-trabalho-decente>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, INTERNACIONAL DE SERVICIOS PÚBLICOS. **Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud**. Ginebra (SWZ): OIT/CIE/OMS/ISP; 2002.

OIT/TEM. **Referencial de planejamento- Diversidade e Educação Profissional**. 1 ed. Brasília: OIT, 2002.

PAIVA, C.H.S.; TEIXEIRA, L.A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014.

PALÁCIOS et al. Workplace violence in the Health Sector. Country Case Study – Brazil. Geneva: **Organização Internacional do Trabalho**. 2003

PARAVIC, T. et al. Violencia percibida por trabajadores de atención primaria de Salud. **Ciencia y Enfermería**. v. x; n. 2; p. 53-65; 2004.

PASTORE, L. et al. Relações de gênero e poder entre trabalhadores da área da saúde. **Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder**. Florianópolis, 2008.

PEREIRA, MG. **Epidemiologia Teoria e Prática**. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro. 2012.

PERES, M.F.T., ROUTTI, C. Violência urbana e Saúde. **Revista USP**. São Paulo. n. 107, p. 65-78, out/nov/dez, 2015.

PIRES, M.R.G.M. et al., Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciênc. saúde coletiva**. vol.15 supl.1 Rio de Janeiro. Jun 2010.

QUEIROZ, et al. A violência no mundo do trabalho: o assédio moral e sexual na vida das mulheres. **V Jornada internacional de políticas públicas**. São Luis. Agosto 2011.

RIBEIRO, W.S. et al. Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. **Rev Bras Psiquiatr**. 2009;31(Supl II):S49-57.

RIBEIRO WS, et al. The Impacto of Epidemic Violence on the Prevalence of Psychiatric Disorders in São Paulo and Rio de Janeiro, Brazil. **PLoS ONE** 8(5): e63545. 2013

ROCHA EA. Epidemiological profile of notifications of all forms of violence **J NursUFPE** on line., Recife, 8(10):3401-11, Oct., 2014

SANTOS, M.M. Igualdade nas relações de gênero na sociedade do capital: limites, contradições e avanços. **Katálysis**, v.13, n.1, p.11-9, 2010.

SANTOS JÚNIOR, E; DIAS, E. C. Violência no Trabalho: uma Revisão da Literatura. **Rev. Bras. . Med. Trab.** v. 2, n.1, Jan/ Mar, 2004.

SAFIOTTI, H.I.B. **Gênero, patriarcado, violência** –São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004. – (Coleção BrasilUrgente)



SANTILLI, I, et al. Bridging the Response to Mass Shots and Urban Violence: Exposure to Violence in NEW Haven, Connecticut. *American Journal of Public Health*; March 2017, Vol. 107, No. 3, pp. 374-379.

SCHRAIBER, L. B., et al. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Revista Saúde Pública**. 2006.

SANTOS, AA, COSTA, ORS. Qualidade de Vida no Trabalho dos Profissionais de Enfermagem que atuam no Período Noturno em um Hospital Escola do Sul de Minas Gerais. *Revista Ciências em Saúde* v6, n 1, 2016.

SCOTT, N.A. Chief student affairs officers: stressors and strategies. **Journal of College Student Development**, 33(2), 108-116. 1992.

SEEMAN, M.V. Psychopathology in women and men: focus on female hormones. **American Journal of Psychiatry**, 154, 1641- 1647. 1997.

SECRETARIA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA - SENASP . *Pesquisa Nacional de Vitimização*, 2013. Disponível em: [www.crisp.ufmg.br/wp-content/uploads/2013/10/Relatório-PNVSenasp\\_final.pdf](http://www.crisp.ufmg.br/wp-content/uploads/2013/10/Relatório-PNVSenasp_final.pdf). Acesso em: 24 jan 2017.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SELIGSON, MA, SMITH, AE. (Eds.) Political culture of democracy, 2010. Democratic consolidation in the Americas in hard times: Report on the Americas, *LAPOP*, Vanderbilt University, Nashville, TN (2010)

SIMÕES-BARBOSA, R.H. A ‘teoria da práxis’: retomando o referencial marxista para o enfrentamento do capitalismo no campo da saúde. **Trab. Educ. Saude**, v.8, n.1, p.9-26, 2010.

SIMÕES, MSG. Riscos Psicossociais e o seu impacto nas relações de emprego: O papel do envolvimento. Dissertação [Mestrado]. Universidade do Minho. Escola de Psicologia. Braga, 2016.

SINESP – Secretaria Nacional de Segurança Pública. **Relatório Consolidado de Ocorrências de homicídios dolosos registrados pela Polícia Civil**. 2015. Disponível em: <https://www.sinesp.gov.br/estatisticas-publicas>. Acessado em: jan 2016.

SILVA, I.V. Violência no trabalho em saúde: a experiência de servidores estaduais da saúde no Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(10):2112-2122, out, 2014

SOBOLL LAP. **Assédio Moral/organizacional: uma análise da organização do trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008

SOUZA A.A.M., et al. FATORES DE RISCO PARA VIOLÊNCIA OCUPACIONAL EM UM SERVIÇO DE URGÊNCIA HOSPITALAR. Anais do 17º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem – SENPE. Natal/RN. ) 03 a 05 de junho de 2013.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO: **Ministério da Saúde**, 2002.

SULLIVAN EJ. Violence and Nursing. **J Prof Nurs**; 15(5):259-60. sep-oct 1999.

TASCA, J. et al. O perfil das vítimas notificadas no Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde. *Rev.Saúde.Com* 2014; 10(2): 172-18

TOBIN TJ. Organizational determinants of violence in the workplace. **Aggress Violent Behav.**;vol 6 no 1:91- 102. 2001.

TOSCANO, Guy; WEBER, William. Violence in the Workplace: Patterns of Fatal **Workplace Assaults Differ from those of Nonfatal Ones**. Washington (DC): Bureau of Labor Statistic, 1995. p. 43-50.

TOSCANO, G.; WEBER, W. Violence in the Workplace: Patterns of Fatal Workplace Assaults differ from Those of Nonfatal Ones. **Compensation and Working Conditions**,:43-50 February, 1994.

**UNIRIC – Centro Regional de informação das Nações Unidas**. Pôr fim à violência contra as mulheres: das palavras aos actos - Relatório do Secretário-Geral (sinopse). **Disponível em:** <https://www.unric.org/pt/mulheres/6786>. Acesso: 29 de maio de 2016.

VASCONCELLOS IRR, et al. Violência ocupacional sofrida pelos profissionais de enfermagem do serviço de pronto atendimento hospitalar. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2012 jun;33(2):167-175.

VEZINA M, DERRIENNIC C, MONFORT C. Tension au travail et atteintes à la santé mentale: l'éclairage de l'enquête ESTEV. In : Ayral S, Laville A, Molinié AF, Volkoff S, coordenadores. Travail, Santé, Viellissement, Relatins et évolution. Paris: Octares Editions; p.176-87. 2001.

VELOSO M.M.X. et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 18(5):1263-1272, 2013.

VIANA AL (Org).Caracterização dos municípios paulistas com população superior a 100 mil habitantes. S. Paulo: **Centro de Estudos de Cultura Contemporânea**, Consórcio Medicina USP, 2006.

WASELFISZ, J. J.,**Mortes Matadas por Arma de Fogo: Mapa da Violência 2015**. Secretaria-Geral da Presidência da República. Secretaria Nacional de Juventude. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Brasília 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Ethically correct, economically sound**. Genebra: WHO, 1999. (Occupational health, Fact sheet, n. 84).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência 2014. Tradução Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo 2015.

## ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Este questionário é individual e confidencial. Por favor, é fundamental que você responda a todas as perguntas, pois a ausência de uma resposta pode invalidar sua avaliação. Suas respostas deverão refletir sua realidade, como você entende e vivencia seu trabalho.

Unidade:

1. Sexo: 1 <input type="checkbox"/> feminino    0 <input type="checkbox"/> masculino		2. Idade: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> anos		3. Tem filhos? 0 <input type="checkbox"/> não    1 <input type="checkbox"/> sim    Quantos? <input type="text"/> <input type="text"/>	
4. Situação conjugal: 1 <input type="checkbox"/> solteiro(a)    3 <input type="checkbox"/> união consensual/união estável    5 <input type="checkbox"/> divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a) 2 <input type="checkbox"/> casado(a)    4 <input type="checkbox"/> viúvo/a					
5. Na escola, qual o último nível de ensino e a última série /grau que concluiu?					
<input type="checkbox"/> Ensino fundamental 1 <input type="checkbox"/> 1ª a 4ª série. 2 <input type="checkbox"/> 5ª a 8ª série.		<input type="checkbox"/> Ensino Médio 3 <input type="checkbox"/> 1º ano    4 <input type="checkbox"/> 2º ano    5 <input type="checkbox"/> 3º ano 6 <input type="checkbox"/> Técnico. Qual curso? [ANOTAR]: _____		<input type="checkbox"/> Ensino Superior 7 <input type="checkbox"/> completo    8 <input type="checkbox"/> incompleto 9 <input type="checkbox"/> especialização    10 <input type="checkbox"/> mestrado    11 <input type="checkbox"/> doutorado	
6. Dentre as alternativas abaixo, como você classificaria a cor da sua pele?					
1 <input type="checkbox"/> branca    2 <input type="checkbox"/> amarela (oriental)    3 <input type="checkbox"/> parda    4 <input type="checkbox"/> origem indígena    5 <input type="checkbox"/> preta    6 <input type="checkbox"/> não sabe					

### BLOCO II - INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O SEU TRABALHO

1. Qual o cargo que você exerce? _____
2. Há quanto tempo você está trabalhando neste cargo? <input type="text"/> <input type="text"/> anos <input type="text"/> <input type="text"/> meses
3. Seu vínculo de trabalho atual é:
1 <input type="checkbox"/> Municipal com concurso (do quadro permanente)    3 <input type="checkbox"/> Contratado pela CLT    4 <input type="checkbox"/> Prestador de serviços    5 <input type="checkbox"/> Cooperativado
2 <input type="checkbox"/> Municipalizado (cedido p/ governo estadual ou federal)    6 <input type="checkbox"/> Cargo de confiança    7 <input type="checkbox"/> Terceirizado    8 <input type="checkbox"/> Estagiário
4. Há quanto tempo você trabalha nos serviços públicos de saúde? <input type="text"/> <input type="text"/> anos <input type="text"/> <input type="text"/> meses
5. Há quanto tempo você trabalha na unidade atual? <input type="text"/> <input type="text"/> anos <input type="text"/> <input type="text"/> meses
6. Você fez algum treinamento institucional para exercer o seu cargo atual?    0 <input type="checkbox"/> sim    1 <input type="checkbox"/> não Se SIM, por favor, especifique qual: _____
7. Você tem recebido treinamento durante o tempo que está exercendo este cargo? 0 <input type="checkbox"/> sim    1 <input type="checkbox"/> não
8. As atividades que você desenvolve diariamente são compatíveis com o seu cargo de trabalho? 0 <input type="checkbox"/> sim, totalmente    1 <input type="checkbox"/> sim, a maior parte do tempo    2 <input type="checkbox"/> sim, a menor parte do tempo    3 <input type="checkbox"/> quase nunca    4 <input type="checkbox"/> nunca
9. Seu turno de trabalho é:

Manhã       Tarde       Manhã e tarde       Noturno       Regime de plantão

10. Qual a sua jornada real neste trabalho no município?

jornada semanal até 8 horas       jornada semanal de 20 horas       jornada semanal de 36 horas  
 jornada semanal de 8 horas       jornada semanal de 24 horas       jornada semanal de 40 horas  
 jornada semanal de 12 horas       jornada semanal de 30 horas       jornada semanal  $\geq$  44 horas

11. Em seu trabalho, você direito a:

13°       Folgas       Férias remuneradas       1/3 de adicional de férias

salário

12. Você possui outro trabalho?

Sim, na Prefeitura       Sim, no Estado       Sim, tenho outro emprego na iniciativa privada com carteira assinada       Sim, tenho outro trabalho por conta própria  
 Sim, em outra Prefeitura       Sim, no nível Federal       Sim, tenho outro emprego na iniciativa privada sem carteira assinada       Não tenho outro trabalho

13. Qual a sua jornada total de trabalho ao longo da semana, considerando todas as suas atividades que geram renda?

horas semanais.

### BLOCO III - SOBRE O SEU AMBIENTE DE TRABALHO

Com relação às condições de seu ambiente/local de trabalho:

1. Em geral, a ventilação é:	<input type="checkbox"/> precária	<input type="checkbox"/> razoável	<input type="checkbox"/> satisfatória
2. Em geral, a temperatura é:	<input type="checkbox"/> precária	<input type="checkbox"/> razoável	<input type="checkbox"/> satisfatória
3. Em geral, a iluminação é:	<input type="checkbox"/> precária	<input type="checkbox"/> razoável	<input type="checkbox"/> satisfatória
4. Em geral, você considera as condições das cadeiras e mesas:	<input type="checkbox"/> precária	<input type="checkbox"/> razoável	<input type="checkbox"/> satisfatória
5. Em geral, os recursos técnicos e equipamentos são:	<input type="checkbox"/> precária	<input type="checkbox"/> razoável	<input type="checkbox"/> satisfatória
6. No seu setor, existem equipamentos de proteção individual à sua disposição?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei
7. Você utiliza estes equipamentos? Em caso afirmativo, qual(is)?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não se aplica
8. A relação entre as exigências de suas tarefas e os recursos disponíveis para sua realização é:	<input type="checkbox"/> boa <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> ruim <input type="checkbox"/> muito ruim		
9. Você entra em contato com materiais biológicos, como sangue, fezes, urina, saliva, líquido amniótico etc.?	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> sempre		
10. Você entra em contato com anti-sépticos, como PVP-I, álcool iodado, clorexidine, álcool etílico a 70%?	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> sempre		
11. Você entra em contato com gases anestésicos?	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> sempre		
12. Você prepara e/ou administra medicamentos?	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> sempre		
13. Seu trabalho exige que você fique em pé por muito tempo?	<input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> sempre		

14. Seu trabalho exige que você fique sentado por muito tempo?				
<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sempre		
15. Seu trabalho exige que você ande muito?				
<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sempre		
16. Seu trabalho exige que você levante, carregue ou empurre peso excessivo?				
<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sempre		
17. Seu trabalho exige que você ajude o paciente a se movimentar ou levantar?				
<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sempre		
18. Você fica sem fazer pausas durante a sua jornada diária de trabalho?				
<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> sempre	
19. Em geral, o ruído originado no seu local de trabalho é:				
<input type="checkbox"/> desprezível	<input type="checkbox"/> razoável	<input type="checkbox"/> elevado	<input type="checkbox"/> insuportável	
<b>COM RELAÇÃO A VACINAÇÃO</b>				
20. Já tomou a vacina contra Hepatite B?		<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei/não me lembro
20.1 Em caso afirmativo, você recebeu:		<input type="checkbox"/> 1 dose	<input type="checkbox"/> 2 doses	<input type="checkbox"/> 3 doses <input type="checkbox"/> não sabe
20.2 Você realizou exame de sangue para verificar se formou anticorpos contra a Hepatite B?		<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	
20.3 Se fez o exame de sangue, você ficou imunizado contra a Hepatite B?		<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não fez
21. Já tomou a vacina contra Febre Amarela?		<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei/não me lembro
21.1 Em caso afirmativo, há quanto tempo?		<input type="checkbox"/> Menos de 10 anos		<input type="checkbox"/> Mais de 10 anos
22. Já tomou a vacina anti-rábica?		<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei/não me lembro
22.1 Em caso afirmativo, você recebeu:		<input type="checkbox"/> 1 dose	<input type="checkbox"/> 2 doses	<input type="checkbox"/> 3 doses <input type="checkbox"/> não sei/não me lembro
23. Já tomou a vacina contra Rubéola, Sarampo e Caxumba (tríplice viral)?		<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei/não me lembro
23.1 Em caso afirmativo, você recebeu:		<input type="checkbox"/> 1 dose	<input type="checkbox"/> 2 doses	<input type="checkbox"/> não sei/não me lembro
24. Já tomou a vacina contra Tétano?		<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei/não me lembro
24.1 Em caso afirmativo, você recebeu:		<input type="checkbox"/> menos de 3 doses	<input type="checkbox"/> 3 doses ou mais, sendo a última há <b>mais</b> de 10 anos	<input type="checkbox"/> 3 doses ou mais, sendo a última há <b>menos</b> de 10 anos
25. Já tomou a vacina contra tuberculose (BCG)?		<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sei/não me lembro
26. No setor onde você trabalha existem recursos:				
Materiais suficientes para realizar as tarefas			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Sala de descanso			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Tempo disponível para você se alimentar			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Acesso a sanitários para os trabalhadores no local de trabalho			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Lanche oferecido pelo empregador no local de trabalho			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não

Escaninhos para guardar pertences	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> sim	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> não
Copa/refeitório	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> sim	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> não
27. No caso de não existir copa ou refeitório, três ou mais vezes por semana você almoça ou janta:		
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Em casa <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> No próprio local de trabalho em condições confortáveis <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> No próprio local de trabalho em condições desconfortáveis <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Em restaurantes ou lanchonetes próximos ao seu local de trabalho <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Em restaurantes ou lanchonetes distantes do seu local de trabalho <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> não se aplica ao profissional		

## BLOCO IV - CARACTERÍSTICAS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO

Para as questões abaixo assinale a resposta que melhor corresponda a sua situação de trabalho. Às vezes nenhuma das opções de resposta corresponde exatamente a sua situação; neste caso, escolha aquela que mais se aproxima de sua realidade.

1. Meu trabalho me possibilita aprender coisas novas.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> discordo	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> concordo	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> concordo fortemente
2. Meu trabalho envolve muito trabalho repetitivo.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> discordo	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> concordo	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> concordo fortemente
3. Meu trabalho requer que eu seja criativo.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> discordo	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> concordo	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> concordo fortemente
4. Meu trabalho exige um alto nível de habilidade.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> discordo	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> concordo	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> concordo fortemente
5. Em meu trabalho, eu posso fazer muitas coisas diferentes.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> discordo	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> concordo	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> concordo fortemente
6. No meu trabalho, eu tenho oportunidade de desenvolver minhas habilidades especiais.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> discordo	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> concordo	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> concordo fortemente
7. O que tenho a dizer sobre o que acontece no meu trabalho é considerado.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> discordo	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> concordo	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> concordo fortemente
8. Meu trabalho me permite tomar muitas decisões por minha própria conta.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> discordo	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> concordo	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> concordo fortemente
9. Em meu trabalho, eu tenho pouca liberdade para decidir como fazer minhas próprias tarefas.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> discordo	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> concordo	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> concordo fortemente
10. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito duro.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> discordo	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> concordo	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> concordo fortemente
11. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito rapidamente.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> discordo	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> concordo	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> concordo fortemente
12. Eu não sou solicitado(a) a realizar um volume excessivo de trabalho.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> discordo	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> concordo	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> concordo fortemente
13. O tempo para realização das minhas tarefas é suficiente.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> discordo	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> concordo	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> concordo fortemente
14. Algumas demandas que eu tenho que atender no meu trabalho estão em conflito umas com as outras.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> discordo	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> concordo	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> concordo fortemente
15. Eu frequentemente trabalho durante o meu almoço ou durante as pausas para terminar meu trabalho.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> discordo	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> concordo	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> concordo fortemente
16. Meu trabalho me exige muito emocionalmente.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> discordo	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> concordo	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> concordo fortemente
17. Meu trabalho envolve muita negociação/ conversa/ entendimento com outras pessoas.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> discordo	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> concordo	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> concordo fortemente
18. Em meu trabalho, eu preciso suprimir minhas verdadeiras emoções.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> discordo fortemente	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> discordo	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> concordo	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> concordo fortemente

19. Meu trabalho exige muito esforço físico.	1 <input type="checkbox"/> discordo fortemente	2 <input type="checkbox"/> discordo	3 <input type="checkbox"/> concordo	4 <input type="checkbox"/> concordo fortemente
20. Meu trabalho exige atividade física rápida e contínua.	1 <input type="checkbox"/> discordo fortemente	2 <input type="checkbox"/> discordo	3 <input type="checkbox"/> concordo	4 <input type="checkbox"/> concordo fortemente
21. Frequentemente, o trabalho exige que eu mantenha meu corpo, por longos períodos, em posições incômodas	1 <input type="checkbox"/> discordo fortemente	2 <input type="checkbox"/> discordo	3 <input type="checkbox"/> concordo	4 <input type="checkbox"/> concordo fortemente
22. Frequentemente, o trabalho exige que eu mantenha minha cabeça e braços, por longos períodos, em posições incômodas	1 <input type="checkbox"/> discordo fortemente	2 <input type="checkbox"/> discordo	3 <input type="checkbox"/> concordo	4 <input type="checkbox"/> concordo fortemente
23. Meu chefe/coordenador preocupa-se com o bem-estar de sua equipe de trabalho.	1 <input type="checkbox"/> discordo fortemente	2 <input type="checkbox"/> discordo	3 <input type="checkbox"/> concordo	4 <input type="checkbox"/> concordo fortemente
24. Meu supervisor me trata com respeito.	1 <input type="checkbox"/> discordo fortemente	2 <input type="checkbox"/> discordo	3 <input type="checkbox"/> concordo	4 <input type="checkbox"/> concordo fortemente
25. Meu chefe/coordenador me ajuda a fazer meu trabalho.	1 <input type="checkbox"/> discordo fortemente	2 <input type="checkbox"/> discordo	3 <input type="checkbox"/> concordo	4 <input type="checkbox"/> concordo fortemente
26. As pessoas com quem trabalho são amigáveis.	1 <input type="checkbox"/> discordo fortemente	2 <input type="checkbox"/> discordo	3 <input type="checkbox"/> concordo	4 <input type="checkbox"/> concordo fortemente
27. As pessoas com quem trabalho são colaborativas na realização das atividades.	1 <input type="checkbox"/> discordo fortemente	2 <input type="checkbox"/> discordo	3 <input type="checkbox"/> concordo	4 <input type="checkbox"/> concordo fortemente
28. Eu sou tratado/a com respeito pelos meus colegas de trabalho.	1 <input type="checkbox"/> discordo fortemente	2 <input type="checkbox"/> discordo	3 <input type="checkbox"/> concordo	4 <input type="checkbox"/> concordo fortemente
29. Onde eu trabalho, nós tentamos dividir igualmente as dificuldades do trabalho.	1 <input type="checkbox"/> discordo fortemente	2 <input type="checkbox"/> discordo	3 <input type="checkbox"/> concordo	4 <input type="checkbox"/> concordo fortemente
30. Existe um sentimento de união entre as pessoas com quem eu trabalho.	1 <input type="checkbox"/> discordo fortemente	2 <input type="checkbox"/> discordo	3 <input type="checkbox"/> concordo	4 <input type="checkbox"/> concordo fortemente
31. Meu grupo de trabalho toma decisões democraticamente.	1 <input type="checkbox"/> discordo fortemente	2 <input type="checkbox"/> discordo	3 <input type="checkbox"/> concordo	4 <input type="checkbox"/> concordo fortemente

**Por favor, assinale até que ponto você concorda ou discorda das afirmativas abaixo. Agradecemos por responder a todas as afirmativas.**

32. Constantemente, eu me sinto pressionado pelo tempo por causa da carga pesada de trabalho.	1 <input type="checkbox"/> discordo totalmente	2 <input type="checkbox"/> discordo	3 <input type="checkbox"/> concordo	4 <input type="checkbox"/> concordo totalmente
33. Frequentemente eu sou interrompido(a) e incomodado(a) no trabalho.	1 <input type="checkbox"/> discordo totalmente	2 <input type="checkbox"/> discordo	3 <input type="checkbox"/> concordo	4 <input type="checkbox"/> concordo totalmente
34. Nos últimos anos, meu trabalho passou a exigir cada vez mais de mim.	1 <input type="checkbox"/> discordo totalmente	2 <input type="checkbox"/> discordo	3 <input type="checkbox"/> concordo	4 <input type="checkbox"/> concordo totalmente
35. Eu tenho o respeito que mereço dos meus chefes e supervisores.	1 <input type="checkbox"/> discordo totalmente	2 <input type="checkbox"/> discordo	3 <input type="checkbox"/> concordo	4 <input type="checkbox"/> concordo totalmente
36. Eu vejo poucas possibilidades de ser promovido no futuro.	1 <input type="checkbox"/> discordo totalmente	2 <input type="checkbox"/> discordo	3 <input type="checkbox"/> concordo	4 <input type="checkbox"/> concordo totalmente
37. No trabalho, eu passei ou ainda posso passar por mudanças não desejadas.	1 <input type="checkbox"/> discordo totalmente	2 <input type="checkbox"/> discordo	3 <input type="checkbox"/> concordo	4 <input type="checkbox"/> concordo totalmente
38. Tenho pouca estabilidade no emprego.	1 <input type="checkbox"/> discordo totalmente	2 <input type="checkbox"/> discordo	3 <input type="checkbox"/> concordo	4 <input type="checkbox"/> concordo totalmente
39. Levando em conta todo o meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado.	1 <input type="checkbox"/> discordo totalmente	2 <input type="checkbox"/> discordo	3 <input type="checkbox"/> concordo	4 <input type="checkbox"/> concordo totalmente
40. No trabalho, eu me sinto facilmente sufocado(a) pela pressão do tempo.	1 <input type="checkbox"/> discordo totalmente	2 <input type="checkbox"/> discordo	3 <input type="checkbox"/> concordo	4 <input type="checkbox"/> concordo totalmente
41. Assim que acordo pela manhã, já começo a pensar nos problemas do trabalho.	1 <input type="checkbox"/> discordo totalmente	2 <input type="checkbox"/> discordo	3 <input type="checkbox"/> concordo	4 <input type="checkbox"/> concordo totalmente
42. Quando chego em casa, eu consigo relaxar e “me desligar” facilmente do meu trabalho.	1 <input type="checkbox"/> discordo totalmente	2 <input type="checkbox"/> discordo	3 <input type="checkbox"/> concordo	4 <input type="checkbox"/> concordo totalmente
43. As pessoas íntimas dizem que eu me sacrifico muito por causa do meu trabalho.	1 <input type="checkbox"/> discordo totalmente	2 <input type="checkbox"/> discordo	3 <input type="checkbox"/> concordo	4 <input type="checkbox"/> concordo totalmente

44. O trabalho não me deixa; ele ainda está na minha cabeça quando vou dormir.	<input type="checkbox"/> 1 discordo totalmente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo totalmente
45. Não consigo dormir direito se eu adiar alguma tarefa de trabalho que deveria ter feito hoje.	<input type="checkbox"/> 1 discordo totalmente	<input type="checkbox"/> 2 discordo	<input type="checkbox"/> 3 concordo	<input type="checkbox"/> 4 concordo totalmente

**Com relação a satisfação:**

46. Você está satisfeito(a) com o seu trabalho?	<input type="checkbox"/> 1 não estou satisfeito(a) de forma nenhuma	<input type="checkbox"/> 2 não estou satisfeito(a)	<input type="checkbox"/> 3 estou satisfeito(a)	<input type="checkbox"/> 4 estou muito satisfeito(a)	
47. Você se candidataria ao seu emprego novamente?	<input type="checkbox"/> 1 sim, sem hesitação	<input type="checkbox"/> 2 sim, depois de refletir sobre isto	<input type="checkbox"/> 3 definitivamente não		
48. Como você avaliaria sua qualidade de vida?	<input type="checkbox"/> 1 muito ruim	<input type="checkbox"/> 2 ruim	<input type="checkbox"/> 3 nem ruim, nem boa	<input type="checkbox"/> 4 boa	<input type="checkbox"/> 5 muito boa

**Por favor, circule o número correspondente ao que lhe parece a melhor resposta**

	muito insatisfeito	Insatisfeito	nem insatisfeito, nem satisfeito	satisfeito	muito satisfeito
49. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
50. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, colegas)?	1	2	3	4	5
51. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

**BLOCO V- ATIVIDADES DOMÉSTICAS E HÁBITOS DE VIDA**

Abaixo estão listadas algumas tarefas da casa (atividades domésticas)

ATIVIDADE	Contando com você, quantas pessoas vivem na sua casa? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
1. Cuidar das crianças menores de 7 anos?	<input type="checkbox"/> 0 não	<input type="checkbox"/> 1 sim	9. Você é o/a principal responsável pelas atividades domésticas na sua casa? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim  10. Nas <b>últimas duas semanas</b> , em que dias você realizou atividades domésticas? <input type="checkbox"/> 1 todos os dias da semana <input type="checkbox"/> 2 três ou mais dias na semana <input type="checkbox"/> 3 um ou dois dias na semana <input type="checkbox"/> 4 apenas no final de semana <input type="checkbox"/> 5 não realizou atividades domésticas
2. Cozinhar?	<input type="checkbox"/> 0 não	<input type="checkbox"/> 1 sim	
3. Passar roupa?	<input type="checkbox"/> 0 não	<input type="checkbox"/> 1 sim	
4. Cuidar da limpeza?	<input type="checkbox"/> 0 não	<input type="checkbox"/> 1 sim	
5. Lavar roupa?	<input type="checkbox"/> 0 não	<input type="checkbox"/> 1 sim	
6. Pequenos consertos	<input type="checkbox"/> 0 não	<input type="checkbox"/> 1 sim	
7. Feira/ supermercado	<input type="checkbox"/> 0 não	<input type="checkbox"/> 1 sim	
8. Cuidar de idosos ou de pessoas doentes	<input type="checkbox"/> 0 não	<input type="checkbox"/> 1 sim	

9. Quantas horas você dedica, por dia, às tarefas domésticas? _____ horas	[ ] NSA
--	---------

11. Você participa de atividades regulares de lazer?	<input type="checkbox"/> 0 não	<input type="checkbox"/> 1 sim	
12. Se SIM, qual o tipo de atividade realizada? <input type="checkbox"/> 1 atividades culturais (cinema, teatro, exposição) <input type="checkbox"/> 4 Assiste TV ou ouve rádio <input type="checkbox"/> 2 atividades sociais (visita a amigos, festa, barzinho, jogos – baralho, dominó, xadrez) <input type="checkbox"/> 3 físicas (caminhadas, natação, prática de esportes, corrida, academia)			
13. Com que frequência você realiza as atividades físicas?	<input type="checkbox"/> 3 nunca	<input type="checkbox"/> 2 1 a 2 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 1 3 ou mais vezes por semana
14. Considerando como fumante quem já fumou pelo menos 100 cigarros, ou 5 maços, você se classifica como:	<input type="checkbox"/> 0 não fumante	<input type="checkbox"/> 1 ex-fumante	<input type="checkbox"/> 2 fumante atual
15. Você consome bebida alcoólica?	<input type="checkbox"/> 1 sim	<input type="checkbox"/> 0 não	Se respondeu “ <b>não</b> ”, siga para o próximo bloco.
16. Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?	<input type="checkbox"/> 1 sim	<input type="checkbox"/> 0 não	
17. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?	<input type="checkbox"/> 1 sim	<input type="checkbox"/> 0 não	
18. Sente-se aborrecido consigo mesmo (a) pela maneira como costuma beber?	<input type="checkbox"/> 1 sim	<input type="checkbox"/> 0 não	
19. Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?	<input type="checkbox"/> 1 sim	<input type="checkbox"/> 0 não	



## BLOCO VI- CAPACIDADE PARA O TRABALHO

<p>1. Suponha que a sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos. Em uma escala de zero a dez, quantos pontos você daria para sua capacidade de trabalho atual.</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1    <input type="checkbox"/> 2    <input type="checkbox"/> 3    <input type="checkbox"/> 4    <input type="checkbox"/> 5    <input type="checkbox"/> 6    <input type="checkbox"/> 7    <input type="checkbox"/> 8    <input type="checkbox"/> 9    <input type="checkbox"/> 10 </p> <p>Estou incapaz para o trabalho  <span style="float: right;">Estou em minha melhor capacidade para o trabalho </span></p>
<p>2. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do seu trabalho? (Por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> muito boa    <input type="checkbox"/> boa    <input type="checkbox"/> moderada    <input type="checkbox"/> baixa    <input type="checkbox"/> muito baixa </p>
<p>3. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais do seu trabalho? (Por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> muito boa    <input type="checkbox"/> boa    <input type="checkbox"/> moderada    <input type="checkbox"/> baixa    <input type="checkbox"/> muito baixa </p>
<p>4. Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho devido a problema de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos 12 meses?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> nenhum    <input type="checkbox"/> até 9 dias    <input type="checkbox"/> de 10 a 24 dias    <input type="checkbox"/> de 25 a 99 dias    <input type="checkbox"/> de 100 a 365 dias </p>
<p>5. Considerando sua saúde, você acha que será capaz de, daqui a 2 anos, fazer seu trabalho atual?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> é improvável    <input type="checkbox"/> não estou muito certo    <input type="checkbox"/> bastante provável </p>
<p>6. Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> sempre    <input type="checkbox"/> quase sempre    <input type="checkbox"/> às vezes    <input type="checkbox"/> raramente    <input type="checkbox"/> nunca </p>
<p>7. Recentemente você tem se sentido ativo e alerta?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> sempre    <input type="checkbox"/> quase sempre    <input type="checkbox"/> às vezes    <input type="checkbox"/> raramente    <input type="checkbox"/> nunca </p>
<p>8. Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> sempre    <input type="checkbox"/> quase sempre    <input type="checkbox"/> às vezes    <input type="checkbox"/> raramente    <input type="checkbox"/> nunca </p>

## BLOCO VII - ASPECTOS RELACIONADOS À SUA SAÚDE

AGORA FALAREMOS UM POUCO SOBRE A SUA SAÚDE

<p>1. De um modo geral, em comparação a pessoas da sua idade, como você considera o seu estado de saúde?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> muito bom    <input type="checkbox"/> bom    <input type="checkbox"/> regular    <input type="checkbox"/> ruim    <input type="checkbox"/> muito ruim </p>																																										
<p>2. Você possui <b>diagnóstico médico</b> para alguma das doenças listadas abaixo? Pode marcar mais de uma opção</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; border-right: 1px dotted black; padding: 5px;">Diabetes</td> <td style="width: 15%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> sim</td> <td style="width: 15%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> não</td> <td style="width: 30%; border-right: 1px dotted black; padding: 5px;">Tuberculose</td> <td style="width: 15%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> sim</td> <td style="width: 15%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> não</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px dotted black; padding: 5px;">Colesterol alto</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> sim</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> não</td> <td style="border-right: 1px dotted black; padding: 5px;">Gastrite</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> sim</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> não</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px dotted black; padding: 5px;">Obesidade</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> sim</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> não</td> <td style="border-right: 1px dotted black; padding: 5px;">Úlcera</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> sim</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> não</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px dotted black; padding: 5px;">Pressão alta</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> sim</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> não</td> <td style="border-right: 1px dotted black; padding: 5px;">Hepatite</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> sim</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> não</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px dotted black; padding: 5px;">Câncer</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> sim</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> não</td> <td style="border-right: 1px dotted black; padding: 5px;">Infecção urinária</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> sim</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> não</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px dotted black; padding: 5px;">Artrite/ reumatismo</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> sim</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> não</td> <td style="border-right: 1px dotted black; padding: 5px;">LER/DORT</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> sim</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> não</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px dotted black; padding: 5px;">Rinite/ sinusite</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> sim</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> não</td> <td style="border-right: 1px dotted black; padding: 5px;">Depressão</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> sim</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> não</td> </tr> </table>	Diabetes	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Tuberculose	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Colesterol alto	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Gastrite	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Obesidade	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Úlcera	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Pressão alta	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Hepatite	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Câncer	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Infecção urinária	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Artrite/ reumatismo	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	LER/DORT	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Rinite/ sinusite	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Depressão	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Diabetes	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Tuberculose	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não																																					
Colesterol alto	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Gastrite	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não																																					
Obesidade	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Úlcera	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não																																					
Pressão alta	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Hepatite	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não																																					
Câncer	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Infecção urinária	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não																																					
Artrite/ reumatismo	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	LER/DORT	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não																																					
Rinite/ sinusite	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Depressão	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não																																					

Asma	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Distúrbios do sono	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Infarto do miocárdio	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Anemia	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Angina	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Varizes	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Insuficiência cardíaca	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Doença dos rins	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Alergia/ eczema	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Hérnia de disco	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Disfonia	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Lombalgia	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Outro(s)? [ANOTAR]					

3. **Em caso de algum problema de saúde**, sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? (Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta)

não há impedimento / eu não tenho doença

eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas a lesão/doença, me causa alguns sintomas

algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho

frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho

por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial

na minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar

4. Abaixo estão listados alguns problemas de saúde. Se você não possui o problema, assinale 0. Se você sente o problema, assinale com que frequência que ele acontece.

**0 = nunca**      **1 = raramente**      **2 = pouco frequente**      **3 = frequente**      **4 = muito frequente**

Dor nas pernas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Cansaço mental	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Dor parte inferior das costas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Nervosismo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Dor nos braços	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Sonolência	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Dor parte superior das costas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Insônia	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Cansaço ao falar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Azia/Queimação	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Rouquidão	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Fraqueza	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Problemas de pele	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Redução da visão	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Esquecimento	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Irritação nos olhos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Problemas digestivos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Palpitações	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

5. Nas duas últimas semanas, você percebeu alguma piora na qualidade de sua voz?

não       de vez em quando       diariamente

6. Nos últimos 12 meses, você teve licença médica ou foi afastado do trabalho?  sim       não

Se SIM, por qual motivo?

7. Já teve alguma doença ocupacional ou profissional (diagnosticada por médico)?  sim       não

Em caso afirmativo, qual?

Há quanto tempo?  anos       meses

Houve emissão da CAT? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sei o que é CAT		
8. Nos últimos 12 meses, você sofreu algum acidente de trabalho que o colocou em contato direto com sangue, escarro ou outros líquidos corporais do paciente?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Houve emissão da CAT? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sei o que é CAT		
9. Você procurou obter a Orientação para acidente de trabalho com exposição a material biológico de risco na rede municipal de saúde? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não tenho conhecimento da existência dessa Orientação		
10. Nos últimos 12 meses, você sofreu outro tipo de acidente de trabalho ou acidente de trajeto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Em caso afirmativo, qual?		

### BLOCO VII - ASPECTOS RELACIONADOS À SUA SAÚDE

As próximas questões estão relacionadas a situações que você pode ter vivido nos <b>últimos 30 DIAS</b> . Se você sentiu a situação descrita <b>nos últimos 30 DIAS</b> responda SIM. Se você não sentiu a situação, responda NÃO. Se você está incerto sobre como responder, dê a melhor resposta que você puder.		
1. Tem dores de cabeça frequentemente?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
2. Tem falta de apetite?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
3. Dorme mal?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
4. Assusta-se com facilidade?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
5. Tem tremores nas mãos?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
7. Tem má digestão?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
8. Tem dificuldade de pensar com clareza?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
9. Tem se sentido triste ultimamente?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
10. Tem chorado mais do que de costume?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
11. Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
12. Tem dificuldade para tomar decisões?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
13. Seu trabalho diário lhe causa sofrimento?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
16. Você se sente uma pessoa inútil em sua vida?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
17. Tem tido ideia de acabar com a vida?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
20. Você se cansa com facilidade?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não

### BLOCO VIII - ATOS DE VIOLÊNCIA – VITIMIZAÇÃO

1. Você sente sua segurança pessoal ameaçada no seu trabalho?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
2. Você sente-se ameaçado quanto à segurança de seus pertences e bens pessoais no trabalho?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
3. Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça no seu local de trabalho, praticado por usuários do serviço de saúde? <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> uma vez <input type="checkbox"/> algumas vezes <input type="checkbox"/> com frequência		
4. Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça no trabalho, praticado por parentes, acompanhantes ou vizinhos do usuário do seu serviço de saúde? <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> uma vez <input type="checkbox"/> algumas vezes <input type="checkbox"/> com frequência		

5. Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a usuário dos serviços?		
<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> uma vez <input type="checkbox"/> algumas vezes <input type="checkbox"/> com frequência		
6. Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a outro colega de trabalho?		
<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> uma vez <input type="checkbox"/> algumas vezes <input type="checkbox"/> com frequência		
7. Você já pensou em mudar o seu local de trabalho em função de episódios de agressão ou ameaça?		
<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> uma vez <input type="checkbox"/> algumas vezes <input type="checkbox"/> com frequência		
Esta seção trata de atos de violência <b>FORA do trabalho</b> dos quais você pode ter sido vítima nos últimos 12 meses. Por favor, responda às seguintes questões:		
8. Você sofreu alguma agressão nos últimos 12 meses (fora do trabalho)?	<input type="checkbox"/> 1 sim	<input type="checkbox"/> 0 não
Se sim, quem praticou a agressão?		
<input type="checkbox"/> 1 paciente/ usuário do serviço de saúde <input type="checkbox"/> 2 esposo(a) <input type="checkbox"/> 3 amigo (a) <input type="checkbox"/> 4 pai <input type="checkbox"/> 5 irmão(a) <input type="checkbox"/> 6 mãe <input type="checkbox"/> 7 filho (a) <input type="checkbox"/> 8 vizinho(a) <input type="checkbox"/> 9 desconhecido(a) <input type="checkbox"/> 10 Outros. Especifique		
9. Qual foi o tipo de agressão (fora do trabalho)?		
<input type="checkbox"/> 1 Física – Especifique: <input type="checkbox"/> 2 Psicológica <input type="checkbox"/> 3 Sexual <input type="checkbox"/> 4 Negligência <input type="checkbox"/> 5 Atos de destruição <input type="checkbox"/> 6 Xingamentos <input type="checkbox"/> 7 Outros. Especifique		
10. Você já foi vítima de algum acidente de trânsito nos últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> 1 sim	<input type="checkbox"/> 0 não
Qual sua renda média mensal? R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Se você desejar fazer algum comentário ou registro, por favor, utilize o espaço abaixo:		

Muito obrigado por sua colaboração!

Entrevistador/a: \_\_\_\_\_

## ANEXO 2 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / CEP-UEFS**

Av. Transnordestina, S/N – Novo Horizonte - Módulo I – 44.036-900 – Feira de Santana-BA  
Fone: (75) 224-8124 E-mail: cep.uefs@yahoo.com.br

Feira de Santana, 30 de novembro de 2009.  
O f. CEP-UEFS nº 267/2009.

Senhor(a) Pesquisador(a): Tânia Maria de Araújo

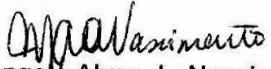
Tenho muita satisfação em informar-lhe que o atendimento às pendências referentes ao seu Projeto de Pesquisa intitulado “**Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia**”, registrado sob **Protocolo N.º 081/2009 (CAAE 0086.0.059.000-09)**, satisfaz às exigências da *Res. 196/96*. Assim, seu projeto foi **Aprovado** podendo ser iniciada a coleta de dados com os sujeitos da pesquisa conforme orienta o *Cap. IX.2, alínea a – Res. 196/96*.

Na oportunidade informo que qualquer modificação feita no projeto, após aprovação pelo CEP, deverá ser imediatamente comunicada ao Comitê, conforme orienta a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea b*.

Relembro que conforme instrui a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea c*, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída.

Em nome dos membros do CEP-UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano (30/11/2010) este CEP aguardará o recebimento do seu relatório.

Atenciosamente,

  
Maria Ângela Alves do Nascimento  
Coordenadora do CEP-UEFS

## ANEXO 3- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
Av. Universitária, s/n - Km 03 da BR 116, Campus Universitário. CEP: 44031-460. Feira de Santana - BA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

**Título do Projeto: Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde.**

Pesquisadores: Dr<sup>a</sup> Tânia Maria de Araújo, Dr<sup>a</sup>. Maura Maria Guimarães de Almeida e Thereza Christina Coelho Bahia.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Antes de decidir, é importante que entenda o motivo da realização do estudo e qual sua finalidade. Estaremos a sua disposição, pessoalmente, na UEFS – Departamento de Saúde – Núcleo de Epidemiologia - KM 03, BR 116, Campus Universitário, 6º Módulo, 44.031-460, Feira de Santana-BA, ou pelo telefone (0xx75) 3224-8320 para prestar qualquer esclarecimento, caso você precise de maiores informações.

Esta pesquisa pretende investigar as condições de trabalho nas unidades de atenção básica à saúde dos municípios de Feira de Santana, Vitória da Conquista, Juazeiro e Santo Antônio de Jesus, a partir da percepção dos profissionais de saúde que estão em efetivo exercício profissional nas unidades selecionadas para este estudo. O conhecimento sobre os fatores envolvidos na relação entre a saúde e o trabalho pode favorecer o planejamento de ações para a melhoria da qualidade de vida e para eliminação ou redução de fatores de risco no ambiente do trabalho.

Todas as pessoas em atividade na unidade selecionada serão convidadas a participarem desta pesquisa.

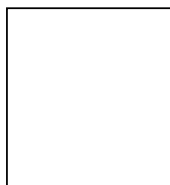
A sua participação é voluntária e você poderá se afastar a qualquer momento do estudo, se desejar. Para participar, você preencherá o questionário anexo que aborda alguns aspectos em relação às condições e características do seu ambiente trabalho e serão avaliados também aspectos relacionados à saúde.

Salientamos que a sua identificação será resguardada e mantida em sigilo, mas se alguma pergunta do questionário lhe causar constrangimento, ela não precisará ser respondida. Se você sentir algum desconforto (mal estar) relacionado ao objeto de pesquisa, a equipe fará encaminhamento às unidades de serviço especializadas.

Os resultados da pesquisa serão divulgados aos seus participantes e à comunidade geral e científica. Os dados serão armazenados pelo núcleo de pesquisa NEPI (UEFS) no prazo máximo de 5 anos, sob a responsabilidade da coordenação da pesquisa. A divulgação, em qualquer meio de apresentação, se fará de forma a garantir a confidencialidade dos dados.

Se você achar que foi bem informado (a) e quiser participar voluntariamente desta pesquisa, permitindo que os resultados da mesma sejam publicados, deverá assinar este documento que consta de duas vias. Uma das vias ficará com você e a outra conosco.

Desde já, agradecemos a sua colaboração e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos que porventura possam surgir.



Feira de Santana, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

Assinatura do Participante

Prof<sup>a</sup> Tânia Maria de Araújo  
Coordenadora da Pesquisa  
(0xx75) 3224-8320