

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade de Medicina

Programa de Pós-graduação em Saúde Pública

Luiza Oliveira Lignani

**FATORES ASSOCIADOS AO RELATO DE VIOLÊNCIA INTERNA NO
TRABALHO EM UNIDADES DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO
HORIZONTE**

Belo Horizonte

2015

Luiza Oliveira Lignani

**FATORES ASSOCIADOS AO RELATO DE VIOLÊNCIA INTERNA NO
TRABALHO EM UNIDADES DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO
HORIZONTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Ada Ávila Assunção

Belo Horizonte

2015

L725f Lignani, Luiza Oliveira.
Fatores associados ao relato de violência interna no trabalho em unidades do Sistema Municipal de Saúde de Belo Horizonte [manuscrito]. / Luiza Oliveira Lignani. - - Belo Horizonte: 2015.
128f.: il.
Orientador: Ada Ávila Assunção.
Área de concentração: Saúde Pública.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Violência do Trabalho. 2. Saúde do Trabalhador. 3. Serviços de Saúde. 4. Pessoal de Saúde. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Assunção, Ada Ávila. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título

NLM : WA 420

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Prof. Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora: Prof^a. Sandra Regina Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-graduação: Prof. Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof^a. Adelina Martha dos Reis

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Vice-diretor: Prof. Humberto José Alves

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social: Prof. Antônio Thomáz G. da Matta Machado

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora: Prof^a. Sandhi Maria Barreto

Subcoordenadora: Prof^a. Ada Ávila Assunção

Colegiado:

Prof^a. Ada Ávila Assunção

Prof^a. Sandhi Maria Barreto

Prof^a. Eli Iola Gurgel Andrade

Prof^a. Mariângela Leal Cherchiglia

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Prof^a. Cibele Comini César

Prof^a. Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa

Prof. Francisco de Assis Acúrcio

Prof^a. Eliane Costa Dias Macedo Gontijo

Prof^a. Valéria Maria de Azeredo Passos

Flávia Soares Peres (Representante discente titular)

Laura Monteiro de Castro Moreira (Representante discente suplente)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

UFMG

FOLHA DE APROVAÇÃO

FATORES ASSOCIADOS AO RELATO DE EPISÓDIOS DE VIOLÊNCIA NAS UNIDADES DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE

LUIZA OLIVEIRA LIGNANI

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE PÚBLICA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em SAÚDE PÚBLICA, área de concentração SAÚDE PÚBLICA.

Aprovada em 10 de fevereiro de 2015, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Ada Avila Assuncao - Orientador
UFMG

Prof(a). Eduardo de Paula Lima
CBMMG

Prof(a). Helian Nunes de Oliveira
UFMG

Belo Horizonte, 10 de fevereiro de 2015.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

UFMG

ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA LUIZA OLIVEIRA LIGNANI

Realizou-se, no dia 10 de fevereiro de 2015, às 13:30 horas, 029, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *FATORES ASSOCIADOS AO RELATO DE EPISÓDIOS DE VIOLÊNCIA NAS UNIDADES DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE*, apresentada por LUIZA OLIVEIRA LIGNANI, número de registro 2013654876, graduada no curso de FISIOTERAPIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em SAÚDE PÚBLICA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Ada Avila Assuncao - Orientador (UFMG), Prof(a). Eduardo de Paula Lima (CBMMG), Prof(a). Helian Nunes de Oliveira (UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 10 de fevereiro de 2015.

Prof(a). Ada Avila Assuncao (Doutora)

Prof(a). Eduardo de Paula Lima (Doutor)

Prof(a). Helian Nunes de Oliveira (Doutor)

CONFERE COM ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação
Faculdade de Medicina - UFMG

Ao meu amor
À família de sempre
À família de agora

AGRADECIMENTOS

Nesse momento faço um balanço dos últimos dois anos e vejo o belo caminho que percorri.

Por muitas vezes o trabalho de escrever e estudar foi solitário, mas enriquecido pelo convívio com pessoas altruístas, dedicadas e brilhantes que me acompanharam nessa caminhada.

Agradeço a minha orientadora, Ada Ávila Assunção, pela disponibilidade em me receber desde a reunião de “boas-vindas” do PPGSP. Durante esse tempo, pude desfrutar de sua competência, exatidão nas “instruções” e empatia para com o meu momento de vida.

Agradeço a todos os Mestres por fazerem do meu retorno aos bancos escolares um tempo de grande crescimento intelectual.

Agradeço aos meus colegas por dividirem suas experiências e enriquecerem a caminhada.

Agradeço à equipe do Núcleo de Saúde e Trabalho, especialmente Danielle e Zislei, pelo apoio logístico e presteza sempre que precisei de auxílio.

Agradeço aos meus queridos colegas de orientação: Danielle, Juliana, Mariana, Vanessa e Sebastião pela generosidade em compartilhar o conhecimento, as angústias e as alegrias, evidenciando a importância do lado humano no campo rígido do cientificismo.

Agradeço a minha gerente, Maria de Fátima Pereira Batista, por sua compreensão e flexibilidade, facilitando a difícil tarefa de trabalhar e estudar simultaneamente.

Agradeço aos companheiros da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte por me apoiarem na coordenação do serviço.

Agradeço à amizade dos amigos de longa data por entenderem as ausências constantes nestes dois anos.

Agradeço aos meus familiares pelos momentos felizes em Belo Horizonte, Curvelo e Juiz de Fora.

Agradeço aos meus pais, Ângelo e Ângela, e ao meu irmão, Cássio, por sempre me incentivarem na busca do conhecimento.

Agradeço ao meu esposo dedicado e amoroso, “PV”, por sempre estar ao meu lado.

Por fim, agradeço a Deus por me fortalecer durante toda a caminhada.

AS INDAGAÇÕES

A resposta certa, não importa nada: o essencial é que as perguntas estejam certas.

Mario Quintana (*Caderno H*)

RESUMO

A escalada da violência em estabelecimentos de saúde é um fenômeno mundial que compromete negativamente a saúde dos trabalhadores e da população geral. A violência no trabalho está associada ao adoecimento, ao absenteísmo, à redução do desempenho e à alta rotatividade. Tais situações podem enfraquecer as equipes de trabalhadores da saúde, resultando em prejuízos para a qualidade do serviço prestado. Assim, a realização de pesquisas com enfoque nos fatores associados à violência no trabalho é necessária para indicar pistas na elaboração de planos de prevenção. A presente investigação busca dar visibilidade ao fenômeno no SUS-BH, fornecendo dados sobre a frequência de violência no trabalho, as características dos trabalhadores e as condições do trabalho. O objetivo desta pesquisa é conhecer a proporção de trabalhadores que vivenciaram atos violentos durante a realização das atividades laborais e identificar a associação de tais relatos com as condições do trabalho. Trata-se de um inquérito transversal realizado no período de setembro de 2008 a janeiro de 2009, com amostra de 2.205 trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Utilizou-se o *software* Epi Info[®], versão 6.0, para a seleção aleatória dos sujeitos da amostra, considerando localização geográfica da unidade de saúde, tipo de ocupação e nível assistencial. As seguintes perguntas foram utilizadas para a construção da variável relato de violência no trabalho: a) Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a usuários dos serviços (durante o seu trabalho)?; b) Nos últimos 12 meses houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a outro colega de trabalho (durante o seu trabalho)? Verificou-se a associação de relato de violência no trabalho com as variáveis explicativas: características sociodemográficas, características do emprego e características do trabalho: ambiente/ materiais (temperatura, ruído, ventilação, mobiliário, iluminação e equipamentos); e apoio social. As associações foram estimadas pelo cálculo das razões de prevalência (RP), considerando um intervalo de confiança de 95% na análise univariável. As variáveis com valor de $p \leq 0,20$ foram incluídas na análise multivariada pelo método de Regressão de Poisson com variância robusta. Encontrou-se 31,5% de relato de violência no trabalho no último ano (entre colegas ou entre colega e usuário). Ocupar cargo de nível superior (RP=1,24); trabalhar nas urgências (RP=1,61) e na atenção básica à saúde (RP=1,50); relatar situação insatisfatória quanto ao ambiente/ materiais de trabalho (RP=1,25) e informar baixo apoio social (RP=1,54) foram positivamente associados ao evento de interesse ($p \leq 0,05$). Sugere-se a implantação de programas de prevenção da violência no

trabalho com ênfase em trabalhadores da saúde responsáveis pelas ações assistenciais e que exercem suas atividades laborais em unidades organizadas sob a lógica da demanda espontânea como é o caso das urgências e da atenção básica à saúde. É indicado que os programas institucionais antiviência incluam ações de melhoria do ambiente de trabalho (mobiário, condições climáticas, controle de ruído e equipamentos). Adequações dos modelos de gestão visando o fortalecimento das relações interpessoais entre membros da equipe e usuários dos serviços de saúde são medidas estratégicas de prevenção, portanto essenciais nos planos de enfrentamento da violência em serviços de saúde.

Palavras-chave: Violência no Trabalho. Saúde do Trabalhador. Serviços de Saúde. Pessoal de Saúde.

ABSTRACT

The escalation of violence in health care facilities is a worldwide phenomenon that adversely compromises the health of workers and the general population. Workplace violence is associated with illness, absenteeism, reduced performance and high turnover. Such situations can weaken teams of health workers, resulting in damage to the quality of service. Thus, conducting research focusing on factors associated with violence at work are required to identify areas in developing prevention plans. This research seeks to give visibility to the phenomenon in the SUS-BH, providing data on the frequency of violence at work, the characteristics of workers and working conditions. The purpose of this research is to know the proportion of workers who experienced violent acts during the performance of work activities and identify the association of such reports with the working conditions. It is a cross-sectional survey conducted from September 2008 to January 2009, with a sample of 2.205 workers in the municipal health department of Belo Horizonte. We used the Epi Info® software, version 6.0, for the random selection of the sample subjects, considering geographical location of the health facility, type of occupation and level of care. The following questions were used to build the variable reporting of workplace violence: a) In the last 12 months, there was an episode of aggression or threat practiced by their bosses or co-workers to service users (during your work) ?; b) In the last 12 months, there was an episode of aggression or threat practiced by their bosses or co-workers to another co-worker (during your work)? It was verified the association between workplace violence and the explanatory variables: sociodemographic characteristics, job characteristics and working characteristics: environment / materials (temperature, noise, ventilation, furniture, lighting and equipment); and social support. Associations were estimated by calculating prevalence ratios (PR), considering a confidence interval of 95 % in univariate analysis. Variables with p-value \leq 0.20 were included in multivariate analysis using Poisson Regression with robust variance. Found 31.5 % report of workplace violence in the last year (between colleagues or between worker and user). Occupy university-level job position (1.24); working in emergency room (PR = 1.61) and in primary health care (PR = 1.50); report unsatisfactory situation regarding the environment / working materials (PR = 1.25) and reporting low social support (PR = 1.54) were positively associated with the event of interest (p = 0.05). We suggest the implementation of violence prevention programs work with an emphasis on health workers responsible for the care actions and conduct their work activities into units organized by the logic of spontaneous demand as in the case on emergency and primary healthcare. It is

indicated actions to improve working environment and interpersonal relationships among team members and users of health services. It is indicated that the anti-violence institutional programs include actions to improve working environment (furniture, weather conditions, noise control and equipment). Adequacy of management models aimed at strengthening interpersonal relationships between team members and users of health services are key measures of prevention therefore essential in coping workplace violence in health services.

Key words : Workplace Violence. Occupational Health. Health Services. Health Personnel.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo ecológico da violência	20
Figura 2 – Modelo para abordagem da violência no setor saúde	27
Figura 3 – Distritos sanitários do Sistema Municipal de Saúde de Belo Horizonte.....	38
Figura 4 – Estratégia metodológica para a escolha das variáveis.....	41
Quadro 1 – Estudos quantitativos sobre violência no trabalho em saúde	32
Quadro 2 – Variáveis sociodemográficas	43
Quadro 3 – Variáveis características do emprego	44
Quadro 4 – Variáveis características do ambiente de trabalho.....	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos trabalhadores da saúde municipais segundo características sociodemográficas e do emprego, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2009	49
Tabela 2 – Distribuição dos trabalhadores da saúde municipais segundo relato de violência no trabalho, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2009	51
Tabela 3 – Características sociodemográficas dos trabalhadores da saúde municipais segundo relato de violência no trabalho, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2009.....	52
Tabela 4 – Características do emprego dos trabalhadores da saúde municipais segundo relato de violência no trabalho, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2009.....	53
Tabela 5 – Características do ambiente de trabalho dos trabalhadores da saúde municipais segundo relato de violência no trabalho, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2009	53
Tabela 6 – Modelo final ajustado de fatores associados ao relato de violência no trabalho por trabalhadores da saúde municipais, Belo Horizonte, 2009.....	54

LISTA DE SIGLAS

EUA – Estados Unidos da América

FAPEMIG – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais

GGTE – Gerência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

OMS – Organização Municipal de Saúde

OIT – Organização Internacional do Trabalho

RP – Razão de Prevalência

SMSA-BH – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

SUS-BH – Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 VIOLÊNCIA: CONCEITOS E MODELO TEÓRICO.....	18
2.1 Conceitos e modelo teórico	18
2.1.1 <i>Modelo ecológico da violência</i>	20
2.2 Violência no trabalho.....	22
2.2.1 <i>Tipologia da violência no trabalho</i>	22
3 VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM SAÚDE	26
3.1 Frequência da violência no trabalho em saúde.....	30
3.2 Efeitos da violência no trabalho em saúde: adoecimento, condições de trabalho e relevância	33
4 OBJETIVOS	36
5 MÉTODOS.....	37
5.1 Tipo de estudo.....	37
5.2 População	37
5.3 Planejamento amostral	38
5.4 Instrumento	39
5.5 Procedimentos de coleta de dados.....	40
5.6 Variáveis do estudo	41
5.6.1 <i>Variável desfecho</i>	42
5.6.2 <i>Variáveis explicativas</i>	43
5.7 Análise estatística	47
6 RESULTADOS	48
6.1 Distribuição da população do estudo.....	48
6.2 Perfil da população do estudo segundo relato de violência no trabalho	50
6.3 Resultados da análise univariável.....	52
6.4 Resultados da análise multivariável	54
7 DISCUSSÃO	55
8 LIMITES E VANTAGENS	62
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
10 RECOMENDAÇÕES.....	64
REFERÊNCIAS	69
ANEXOS	76

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A violência no trabalho compõe o rol de riscos ocupacionais do setor saúde e atingiu índices preocupantes nos últimos anos (TAYLOR; REW, 2009; ESTRADA *et al.*, 2010; MIRANDA *et al.*, 2011; MAGNAVITA, 2014). Tal fenômeno tem efeitos negativos sobre o ambiente de trabalho e a saúde individual do trabalhador, desencadeando medo, ansiedade, estresse, insatisfação, degradação das condições de trabalho e das relações interpessoais (MAGNAVITA, 2014; SABBATH *et al.*, 2014). Vale mencionar os custos diretos e indiretos, pois em decorrência dos atos violentos no trabalho são gastos bilhões de dólares em cuidados com a saúde, despesas legais, absenteísmo no trabalho e perda de produtividade (CHAPPEL; DI MARTINO, 2006; LASCHINGER *et al.*, 2014).

A crescente frequência da violência nos estabelecimentos de saúde vai de encontro aos propósitos das reformas sanitárias em curso mundialmente, pois dificultam a ampliação da força de trabalho em saúde e a fixação dos profissionais em regiões de extrema pobreza (FRITZEN, 2007). Os sentimentos de insatisfação, insegurança e desmotivação gerados pela violência no trabalho são os responsáveis pela não permanência de profissionais da saúde em seus postos de trabalho (KRUG *et al.*, 2002; HAYASHI; SEILA; MCDONNEL, 2009; FUJISHIRO; GEE; CASTRO, 2011). Diante da dificuldade de fixação e alta rotatividade dos trabalhadores, os serviços de saúde compostos por equipes incompletas e sobrecarregadas apresentam baixo desempenho e redução da qualidade do serviço prestado (KRUG *et al.*, 2002; FUJISHIRO; GEE; CASTRO, 2011).

Os trabalhadores da saúde são classificados em dois grupos: profissionais de apoio/gestão e provedores da saúde. O grupo de apoio/gestão à saúde é formado por profissionais que irão atuar na administração, informação, contabilidade, abastecimento, recepção, limpeza e outras atividades necessárias ao funcionamento da unidade de saúde. Já o grupo de provedores é constituído por categorias profissionais com o objetivo primário de promover ou recuperar a saúde como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos entre outros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Estima-se que a força de trabalho mundial em saúde seja em torno de 59 milhões de trabalhadores (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006). No Brasil, segundo a última pesquisa médica-sanitária realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2009, somavam-se dois milhões de trabalhadores da saúde: 1.104.340 de nível superior (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009a) e 889.630 de nível

médio/auxiliar (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009b). Nos Estados Unidos da América (EUA), o setor saúde conta com 11 milhões de trabalhadores, representando 3% da força de trabalho norte-americana (MIRANDA *et al.*, 2011).

O papel essencial do setor saúde para a sociedade impulsiona os investimentos destinados ao provimento de recursos humanos nessa área de forma a garantir um dimensionamento adequado às necessidades de saúde da população. Para além do quantitativo, especial atenção tem sido devotada às condições de saúde e trabalho vivenciadas pelos trabalhadores da saúde. Está bastante documentada a exposição a materiais biológicos (sangue, líquido, saliva etc.), substâncias químicas (anestésicos, quimioterápicos, inseticidas etc.), acidentes perfuro-cortantes, doenças musculoesqueléticas, doenças dermatológicas e violência no trabalho (ASSUNÇÃO; TAVARES; SERRA, 2012).

Embora, tais riscos ocupacionais sejam passíveis de prevenção tanto pelas melhorias das condições de trabalho quanto pela implantação de medidas de segurança, observa-se um crescente aumento em escala mundial da ocorrência desses eventos. Dessa feita, emerge a relevância das pesquisas dirigidas para a problemática da saúde ocupacional nos ambientes de trabalho do setor saúde (SMITH; LEGGAT; ARAKI, 2007; TAYLOR; REW, 2009).

As condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde constituem um tema amplo. Na atualidade, absenteísmo, perfil de morbidade, sobrecarga de trabalho, precariedade do emprego e os fatores de risco ocupacionais fazem parte da agenda institucional (BRITO *et al.*, 2012). Observou-se, por exemplo, que a taxa de vacinação em trabalhadores da saúde é baixa. Verificou-se alta prevalência de problemas musculoesqueléticos, além de distúrbios mentais que estão associados a tarefas específicas, assim como a vivência de situações de violência no trabalho (ASSUNÇÃO; TAVARES; SERRA, 2012).

No Brasil, 47% de trabalhadores da saúde relataram ter sofrido algum tipo de violência no trabalho (DI MARTINO, 2002). Em Belo Horizonte, local de realização do presente estudo, observou-se uma frequência de 74% de violência verbal em unidades básicas de saúde. As ameaças de agressões físicas ocuparam o segundo lugar com 23,4% dos casos. Armas de fogo ou branca foram utilizadas em 1,6% dos episódios de agressão no local de trabalho (CAMPOS, 2004). Tais dados reforçam os resultados de um estudo qualitativo realizado com trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH), segundo o qual a violência no trabalho é percebida como um fenômeno frequente no cotidiano do trabalho em saúde (BATISTA *et al.*, 2011).

O município de Belo Horizonte exerce a gestão plena do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte (SUS-BH) desde 1994 (TEIXEIRA *et al.*, 2012). Considerando apenas a população de Belo Horizonte, o SUS-BH é responsável pela assistência de quase dois milhões e meio de pessoas. Atualmente, a rede própria do SUS-BH é formada por 309 unidades assistenciais de saúde divididas em Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada/Rede Complementar, Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Apoio Diagnóstico, Vigilância em Saúde, Apoio a Assistência e Rede Hospitalar (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 2013). Além das 309 unidades assistenciais próprias, o município de Belo Horizonte possui trabalhadores lotados em gerências distritais e no nível central, esta última é a referência gerencial para todos os distritos sanitários. Atualmente, 23.259 trabalhadores da saúde compõem o quadro de recursos humanos da SMSA-BH.¹

Os dados acima descrevem uma rede de atenção à saúde de grande amplitude e complexidade, evidenciando a sua importância para a população de Belo Horizonte e das cidades pactuadas ao SUS-BH. Desde 2009, têm sido realizadas ações em prol de melhoria do acesso e da construção de uma rede de atenção integral, por meio de investimentos em educação permanente e ampliação da força de trabalho, porém ainda são inúmeros os desafios organizacionais (TEIXEIRA *et al.*, 2012).

Entre os desafios organizacionais da SMSA-BH, destaca-se a necessidade de examinar as estratégias de enfrentamento da violência no trabalho. Em geral, são abordados as vítimas, as testemunhas e o local de ocorrência do evento violento. Contudo, a abordagem é localizada, com baixo alcance em relação aos condicionantes e fatores causais. Ainda que existam iniciativas institucionais para registro e prevenção de conflitos, são insuficientemente divulgadas ou pouco abrangentes, principalmente se considerarmos a extensão da rede pública e a escassez de recursos financeiros destinados à implantação de medidas antiviolência (BATISTA *et al.*, 2011).

Até aqui vimos como a violência no trabalho dificulta a fixação de profissionais em locais de maior vulnerabilidade; gera sentimentos de insatisfação, ansiedade e desmotivação dos trabalhadores da saúde; sobrecarrega as equipes; contribui para a deterioração das relações interpessoais; reduz o desempenho no trabalho; diminui a produtividade e a qualidade do atendimento prestado.

A literatura científica sobre violência no trabalho evidencia a relevância do tema e indica a necessidade de ampliação da investigação, considerando o contexto organizacional,

¹ Informação fornecida por *e-mail* pela Gerência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (GGTE) da SMSA-BH.

social e o ambiente de trabalho, uma vez que a maioria dos estudos sobre violência no trabalho busca estimar a frequência de ocorrência do desfecho e descrever os eventos de acordo com o perfil das vítimas, características dos agressores e dos tipos de serviços (ERGÜN; KARADAKOVAN, 2005; MORAIS FILHO, 2009; CHAPMAN *et al.*, 2009; TAYLOR ; REW, 2009; MIRANDA *et al.*, 2011; ZELNICK *et al.*, 2013).

A grande área de abrangência assistencial do SUS-BH, a alta frequência de violência no trabalho e a baixa padronização nos mecanismos de enfrentamento desse fenômeno motivaram a realização do presente estudo cujo objetivo é conhecer a proporção de eventos violentos nas unidades de saúde do SMSA-BH e sua associação com as condições do trabalho. Ao identificar as condições laborais que estão associadas ao relato de episódios violentos, pretende-se, ao final, sugerir ações e políticas para prevenção da violência no trabalho. Os resultados deste trabalho foram apresentados em formato de manuscrito à revista *Aggression and Violent Behavior* (ANEXO A).

Os aspectos socioculturais, conceitos, tipologia e modelos explicativos no tocante à violência e à violência no trabalho serão abordados nos capítulos 2 e 3, respectivamente. O modelo explicativo adotado para violência no trabalho facilitará a definição das dimensões estudadas na presente pesquisa. A vantagem do modelo adotado é a contextualização do ambiente no qual ocorre a interação entre os sujeitos vítimas ou perpetradores de atos violentos. Vale destacar que tal modelo aborda os fatores do nível macro como os valores societários e as características da comunidade e fatores institucionais e individuais determinantes dos episódios de violência.

**VIOLÊNCIA:
CONCEITOS E MODELO TEÓRICO**

2 VIOLÊNCIA: CONCEITOS E MODELO TEÓRICO

Os impactos negativos da escalada da violência no mundo são uma das razões da extensa literatura científica e empírica sobre o tema. As altas taxas de homicídio e agressão geram grandes gastos com serviços de segurança, sistema de justiça criminal, dias de trabalho perdidos e serviços de saúde, configurando-se como um importante problema de saúde pública (KRUG *et al.*, 2002; MINAYO, 2006; SALVATORE, 2013; LASCHINGER *et al.*, 2014).

O entendimento das origens multifacetárias da violência é consensual, por isso o estudo sobre suas raízes envolve teóricos da antropologia, direito, filosofia, história, sociologia, psicologia e saúde (MINAYO, 2006; IMURA; SILVEIRA, 2010; HOLMES *et al.*, 2012). O resultado de enfoques tão diversos é uma ampla gama de teorias desde a determinação biológica, segundo a qual existem características orgânicas e genéticas similares entre os agressores, até a teoria da desorganização social que enfatiza a ruptura da coesão social como principal fator predisponente aos eventos violentos. As teorias da determinação biológica e da desorganização social são apenas dois exemplos, entre elas existem várias outras como as teorias econômicas, culturais, de aprendizado social, filosóficas e políticas (IMURA; SILVEIRA, 2010).

No intuito de se analisar o fenômeno de forma mais globalizada, optou-se por utilizar o conceito e o modelo teórico da Organização Mundial da Saúde (OMS) devido ao seu caráter universal.

2.1 Conceitos e modelo teórico

O termo violência é frequentemente associado a eventos que geram contato ou lesão física. Contudo, a definição da OMS adota o nível macro quando conceitua violência como:

Uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si mesmo, outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha uma alta probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação. (KRUG *et al.*, 2002, p. 5, tradução nossa)

Quatro tipos de violência são definidos na literatura: autoinfligida, interpessoal, coletiva e estrutural, conforme se descreve a seguir:

- a) violência autoinfligida diz respeito tanto ao suicídio quanto às ideações e às tentativas de suicídio, assim como às situações de agressões a si próprio e à automutilação (KRUG *et al.*, 2002);
- b) violência interpessoal pode ser intrafamiliar ou comunitária. A primeira ocorre entre parceiros íntimos e familiares, enquanto a segunda tem como cenário os ambientes sociais (escolas, locais de trabalho etc.), podendo ocorrer entre conhecidos e desconhecidos (KRUG *et al.*, 2002);
- c) violência coletiva se refere aos atos violentos cometidos por grupos. As manifestações mais comuns são os crimes cometidos por organizações criminosas, atos terroristas, atentados a multidões, guerras e eventos relacionados às ações das forças de segurança do Estado na tentativa de conter a criminalidade (KRUG *et al.*, 2002);
- d) violência estrutural diz respeito aos processos sociais, políticos e econômicos que perpetuam uma cultura de dominação e privilégios por meio da subjugação de grupos marginalizados como os pobres, negros, mulheres e crianças (MINAYO, 2006).

As manifestações da violência podem ser classificadas de acordo com a natureza do ato violento em quatro tipos de abuso ou maus-tratos físico, psicológico, sexual e negligência (KRUG *et al.*, 2002):

- a) o abuso físico ocorre quando há utilização da força com o intuito de causar lesões, feridas e incapacidade no outro;
- b) o abuso psicológico diz respeito às agressões verbais ou gestuais, visando ofender, humilhar ou isolar a vítima;
- c) o abuso sexual pode ocorrer nas relações hetero ou homossexuais por meio de aliciamento, violência física ou ameaças, na tentativa de se obter excitação e/ou relações sexuais;
- d) negligência ou abandono diz respeito às situações de privação de cuidados a um indivíduo dependente.

Embora para a OMS o conceito de violência inclua todas as suas formas de expressão, o uso dessa terminologia não é consensual:

- a) em inglês, a palavra agressão tem uma conotação ampliada, mas violência é considerada a expressão física da agressão (BARLING; DUPRÉ; KELLOWAY, 2009);

- b) em francês, violência tem um significado mais abrangente e agressão é a terminologia utilizada na área legal (HOLMES *et al.*, 2012);
- c) em português, o substantivo violência significa tanto o uso da força física quanto o uso do poder para oprimir ou coagir outrem (PRIBERAM, 2014a), enquanto agressão é o ato de agredir, ferir, bater e insultar (PRIBERAM, 2014b). Ambos os substantivos são comumente acompanhados de um adjetivo para discriminar a sua natureza. Por exemplo, violência psicológica, violência física, agressão verbal, agressão física entre outros.

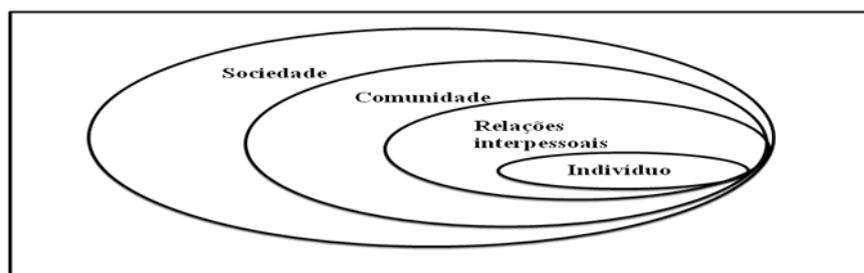
Para fins desse estudo, optou-se por utilizar o termo violência e episódios violentos conforme preconizado pela OMS. Avaliou-se que a utilização do termo violência seria mais adequada devido a sua conotação mais abrangente na língua portuguesa, enquanto os substantivos agressão e ameaça seriam as formas utilizadas para exercício da violência.

Uma vez estabelecido o conceito de violência, se faz necessário um modelo de análise para o fenômeno. Estudos recentes sugerem que a interação de fatores biológicos e individuais com o ambiente familiar, a comunidade, a cultura e outros fatores externos podem favorecer ou evitar a ocorrência de eventos violentos, uma vez que ser violento não é uma característica da condição humana, por isso pode ser prevenida como outras morbidades. Considerando a complexidade e a multicausalidade do constructo violência, a OMS adota a teoria ecológica para compreensão do fenômeno e propõe o modelo ecológico da violência descrito a seguir (KRUG *et al.*, 2002).

2.1.1 Modelo ecológico da violência

O modelo ecológico aborda os atos violentos enfatizando as interações entre as características individuais; as relações interpessoais; os fatores sociais, a cultura e o ambiente. Tais dimensões seriam articuladas em quatro níveis de interação, conforme ilustra a Figura 1.

Figura 1 – Modelo ecológico da violência



Fonte: Traduzido de KRUG *et al.*, 2002, p. 12.

- a) primeiro nível – Indivíduo: identifica os fatores biológicos e pessoais que determinam o comportamento. Foca nas características que aumentam a possibilidade de o indivíduo ser a vítima ou o agressor, como abuso de substâncias, impulsividade e baixo nível educacional;
- b) segundo nível – Relações interpessoais: explora o quão próximas são as relações interpessoais como morar com o agressor, seguir comportamentos de grupo (muito comum entre os jovens) e a proximidade da relação usuário e profissional de saúde;
- c) terceiro nível – Comunidade: examina o contexto em que as relações interpessoais estão inseridas como escolas, ambiente de trabalho e vizinhanças. Procura identificar as questões desses locais associadas à violência, como regiões de grande heterogeneidade e densidade populacional, áreas de pobreza e instituições fragilizadas;
- d) quarto nível – Sociedade: fatores que criam um clima de aceitabilidade para a violência, como normas que apoiam a violência e o uso da força na resolução de conflitos; incentivo ao confronto político; aprovação do suicídio como uma questão de escolha pessoal ao invés de um ato de violência evitável; supremacia dos direitos dos pais em relação aos filhos; e a dominância masculina em relação ao sexo feminino.

A definição de violência e o modelo ecológico são aplicáveis aos diferentes cenários de conflito como domicílio, escolas, comunidades, casas de repouso, hospitais e locais de trabalho, caracterizando a transcendência desse fenômeno em todos os âmbitos da sociedade. Embora existam explicações e efeitos similares entre os locais de ocorrência da violência, cada cenário apresenta suas particularidades. Esforços têm sido investidos a fim de caracterizar essas particularidades e fornecer subsídios para o enfrentamento da violência em cada local (KRUG *et al.*, 2002).

O foco deste estudo é a violência no trabalho, por isso o modelo ecológico de análise do fenômeno deve considerar as características do ambiente de trabalho e da natureza do trabalho. Tais características contribuem para definir as especificidades do fenômeno violência no trabalho. No próximo tópico serão abordadas a definição de violência no trabalho e suas especificidades, especialmente no trabalho em saúde.

2.2 Violência no trabalho

Diariamente, os trabalhadores enfrentam conflitos pessoais e relacionados ao trabalho. Entre as causas de tais conflitos estão: as frustrações e ansiedades dos trabalhadores, as dificuldades organizacionais e de produção, os conflitos de personalidade, o mau dimensionamento de recursos, o aumento da demanda e a difícil relação com clientes e o público. É esperado que o diálogo prevaleça sobre todas as situações de conflitos no trabalho; quando isto não acontece, as relações de trabalho deterioram, há redução da efetividade e as metas de trabalho não são atingidas conforme o esperado. A falha na contenção do conflito pelo diálogo abre espaço para as situações de violência no trabalho, transformando o local de trabalho em um ambiente hostil e de risco (CHAPPEL; DI MARTINO, 2006).

Como foi visto no tópico 2.1, o uso da terminologia violência não é consensual na literatura, o mesmo ocorre em relação à definição de violência no trabalho. Alguns estudiosos defendem o uso dessa terminologia exclusivamente para os casos de agressão física (BARLING; DUPRÉ; KELLOWAY, 2009). Outros estudiosos definem violência no trabalho como qualquer ação ou comportamento visando lesar a integridade física ou psicológica do trabalhador (LEATHER, 2001; HOLMES *et al.*, 2012).

A segunda definição está coerente com a proposição da Organização Internacional do Trabalho (OIT) que considera violência no trabalho como um incidente ou comportamento desviado de uma conduta considerada razoável, cujo desenrolar implique agressão, ameaça ou prejuízos ao trabalhador. Nessa direção, trata-se de um evento que resulta direta ou indiretamente da atividade laboral (INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION, 2003).

2.2.1 Tipologia da violência no trabalho

A violência no trabalho pode ser interna ou externa. A interna é aquela que ocorre entre trabalhadores dos diversos níveis hierárquicos da instituição. Violência externa é aquela que ocorre entre trabalhadores e outras pessoas no local de trabalho (INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION, 2003).

A Divisão Ocupacional de Segurança e Saúde da Califórnia/EUA propõe uma forma de classificação baseada no tipo do agressor, conforme descrita a seguir (THE DIVISION OF OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH, 1995):

- a) violência tipo I: o agressor é externo à organização, reflete a violência que ocorre nas ruas, é provocada por alguém desconhecido;

- b) violência tipo II: o agressor é usuário ou cliente do serviço;
- c) violência tipo III: o agressor tem algum envolvimento empregatício com a instituição, geralmente é um trabalhador, supervisor ou gerente, ou ainda um parente ou conhecido do trabalhador.

A violência interna ou tipo III é classificada em vertical descendente, vertical ascendente e horizontal (GUEDES, 2008):

- a) vertical descendente, quando o agressor é um supervisor e a vítima um subordinado;
- b) vertical ascendente quando a situação é invertida;
- c) horizontal quando ocorre entre trabalhadores de mesmo nível hierárquico.

Além da classificação de acordo com o tipo de agressor, a violência no trabalho pode ser classificada de acordo com a sua forma de manifestação em psicológica ou física. A violência psicológica está associada a cargos com alta demanda, baixa capacidade decisória e baixo controle sobre o trabalho, além de ocorrer principalmente entre os membros da equipe, enquanto a violência física é mais praticada por pacientes e acompanhantes (MAGNAVITA, 2014). Muitas vezes, um ato de violência física é precedido pela exposição prolongada à violência psicológica no trabalho (CHAPPEL; DI MARTINO, 2006).

A violência física implica contato físico, podendo ser um empurrão ou até um homicídio, sua consequência mais extrema, por comprometer a integridade física da vítima sempre foi foco de estudos científicos. Recentemente, especial atenção tem sido destinada ao estudo da violência psicológica no trabalho. São diversos os atos de violência psicológica; embora aos olhos externos possam parecer situações irrelevantes, o efeito cumulativo desses atos causa grandes prejuízos à saúde emocional do trabalhador vitimizado (CHAPPEL; DI MARTINO, 2006) e da equipe que vivencia a violência no cotidiano de trabalho (JOHNSON, 2009). Os tipos de violência psicológica estão descritos a seguir:

- a) abuso verbal: comportamento degradante e desrespeitoso com o outro (CHAPPEL; DI MARTINO, 2006). Trata-se uma atitude agressiva pontual (HIRIGOYEN, 2006);
- b) assédio moral (*mobbing/bullying*): caracteriza-se pela repetição de atitudes visando humilhar e desestabilizar o trabalhador ou grupos de trabalhadores (CHAPPEL; DI MARTINO, 2006). Essas atitudes podem ser de isolamento, apelidos desagradáveis, estabelecimentos de prazos incompatíveis com a tarefa, designação para trabalhos abaixo da capacidade do trabalhador, exposição das falhas na frente da equipe, dentre outras situações que menosprezem o

trabalhador. O assédio moral diz respeito à ocorrência de ofensas uma vez por semana durante seis meses; esta fixação do tempo é questionada por alguns autores, pois os efeitos deletérios sobre a vítima podem ser muito graves, mesmo antes de se atingir seis meses. Vale ressaltar que há consenso na literatura sobre o critério para se considerar o evento como assédio moral: a continuidade das agressões (BARRETO, 2006; HIRIGOYEN, 2006; GUEDES, 2008);

- c) ameaça: promessa de uso da força ou poder para lesar ou prejudicar um indivíduo ou grupo (CHAPPEL; DI MARTINO, 2006);
- d) discriminação ou perseguição (*harassment*): qualquer conduta ofensiva baseada em diferenças de idade, gênero, raça, orientação sexual, religião, opção política, descendência, nível socioeconômico, deficiência, entre outras situações que atingem uma minoria (CHAPPEL; DI MARTINO, 2006);
- e) assédio sexual: atitudes degradantes de natureza sexual que causam à vítima constrangimento, humilhação e medo (CHAPPEL; DI MARTINO, 2006). Embora os atos de assédio sexual sejam semelhantes aos descritos acima, neste caso o agressor tem como intenção a dominação sexual da vítima por meio de chantagem (GUEDES, 2008).

As diferenças entre os tipos de violência psicológica no trabalho são tênues. Abusos verbais e ameaças podem ser classificados como assédio moral quando o evento se repete por um tempo prolongado, ou como discriminação/perseguição quando a vítima pertence a um grupo minoritário, ou ainda em assédio sexual quando os abusos verbais e ameaças se remetem a situações eróticas. A dificuldade em definir atos violentos advém das diferenças culturais, contextuais, e da ausência de orientações sobre as atitudes que são consideradas aceitáveis e as que não o são. Essa dificuldade implica situações consideradas limítrofes entre o aceitável e o não aceitável no trabalho (CHAPPEL; DI MARTINO, 2006).

Cabe ressaltar que o esforço em classificar os tipos de violência visa fornecer categorias metodológicas que facilitem a investigação científica. Mas não se pode deixar de considerar o caráter subjetivo do fenômeno. Segundo Minayo:

A maior parte das dificuldades para conceituar a violência vem do fato de ela ser um fenômeno da ordem do vivido, cujas manifestações provocam ou são provocadas por uma forte carga emocional de quem a comete, de quem a sofre e de quem a presencia. (MINAYO, 2006, p.14)

Dito isso, admite-se que todos os envolvidos no evento violento interpretam a situação sob o seu ponto de vista. Em alguns casos é difícil definir quem é o agressor e quem é a vítima, pois uma ação gera uma reação. Um indivíduo assediado moralmente pode em um momento de forte carga emocional reagir de forma violenta contra o agressor ou outro colega de trabalho. Uma pessoa que presencia um ato violento entre colegas de trabalho e não se posiciona em defesa da vítima pode ser percebida como um agressor pelo colega vitimizado. Dessa forma, na hora de classificar um ato de violência é importante analisar todos os aspectos e impressões dos indivíduos e do contexto ocupacional.

Uma das limitações indicadas na literatura científica a respeito das pesquisas sobre violência no trabalho é a abordagem parcial dos aspectos da organização do trabalho associados ao evento violento. Tal parcialidade é reflexo de estudos baseados na percepção do trabalhador de saúde, geralmente vítima da violência no trabalho (ERGÜN; KARADAKOVAN, 2005; MORAIS FILHO, 2009; CHAPMAN *et al.*, 2009; TAYLOR; REW, 2009; MIRANDA *et al.*, 2011; ZELNICK *et al.*, 2013).

Sugerem-se duas alternativas para uma análise imparcial da violência no trabalho: uma é a inclusão dos pontos de vista dos outros envolvidos e a outra é a mensuração do fenômeno sem considerar o nível de envolvimento do indivíduo. A última alternativa foi a escolhida para nortear o presente estudo. Além da “neutralidade” na mensuração do fenômeno, buscou-se abordar se as características laborais estão associadas à violência no trabalho. No próximo capítulo, será descrita a relação entre contexto ocupacional e violência no trabalho, enfatizando os estabelecimentos de saúde por se tratarem do cenário da presente pesquisa.

**VIOLÊNCIA NO
TRABALHO EM SAÚDE**

3 VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM SAÚDE

Algumas atividades laborais são mais susceptíveis à vivência de atos agressivos no trabalho, como é o caso dos trabalhadores de saúde, das forças de segurança, dos educadores, dos assistentes sociais, dos atendentes de estabelecimentos comerciais (ESTRADA *et al.*, 2010; PIQUERO *et al.*, 2013) dos membros do judiciário, dos taxistas e dos motoristas de ônibus (PIQUERO *et al.*, 2013).

Os fatores de risco para a violência em estabelecimentos comerciais são: circulação de dinheiro; posto de trabalho solitário ou isolado; venda de bebidas alcoólicas; iluminação inadequada das lojas e estacionamentos; e ausência de funcionários treinados no reconhecimento e manejo de atitudes hostis (OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH ADMINISTRATION, 2009). Exemplificando, os casos de homicídio ocorrem principalmente com trabalhadores com pouca experiência (menos de dois anos no local), que trabalham sozinhos e em turno noturno (PIQUERO *et al.*, 2013).

Por sua vez, a vulnerabilidade dos serviços de saúde pode ser atribuída à frequência de pacientes e familiares armados; usuários de drogas; manejo de medicamentos e dinheiro nas unidades; assistência aos indivíduos envolvidos em atos criminosos; assistência a portadores de sofrimento mental; circulação aberta e livre nos locais de atendimento, principalmente em serviços de caráter público; longo tempo de espera para o atendimento, com destaque para as unidades de urgência (OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH ADMINISTRATION, 2004).

Todas as instituições do setor saúde estão sob risco da violência no trabalho, porém os serviços de urgência e de saúde mental apresentam as maiores taxas de ocorrência (CURBOW, 2001; DI MARTINO, 2002; CHAPMAN *et al.*, 2009). Os equipamentos de saúde são abertos ao público, predispondo os profissionais de saúde a atos violentos da população quando os usuários se sentem insatisfeitos com as regras e horários de funcionamento da instituição, assim como, com a qualidade do atendimento prestado (CAMPOS; PIERANTONI, 2010).

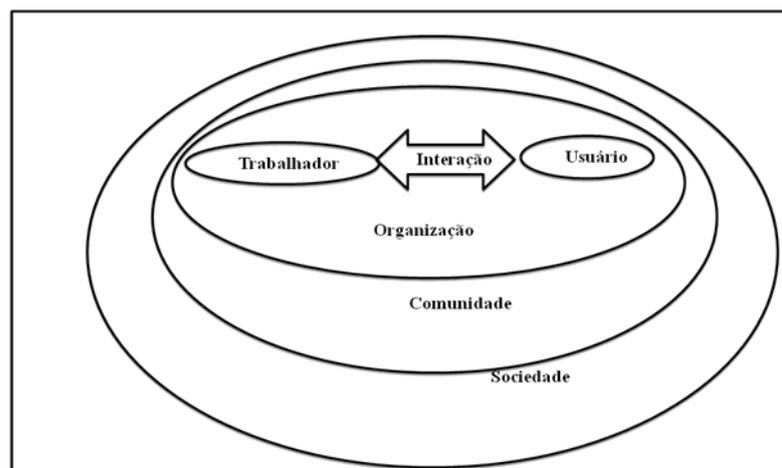
Holmes e colaboradores (2012) adotam uma concepção crítica e abrangente da violência nas instituições de saúde por meio da inserção de conceitos desenvolvidos por teóricos como Bourdieu, Butler, Goffman, Latour, Zizek e Foucault. As diferentes abordagens desses teóricos nos campos da antropologia, estudos culturais, estudos de gêneros, filosofia

política e sociologia embasam os autores na definição da seguinte tipologia da violência no setor saúde:

- a) violência institucional/ gerencial contra os trabalhadores da saúde;
- b) violência horizontal perpetrada pelos trabalhadores da saúde contra colegas ou pacientes;
- c) violência perpetrada pelos pacientes ou acompanhantes contra os trabalhadores da saúde.

De acordo com o modelo de abordagem da violência no setor saúde (FIGURA 2), o conflito se originaria da interação entre o trabalhador da saúde, o usuário, o acompanhante e o colega de trabalho (ou a chefia). Haveria uma intercessão entre as dimensões que influenciariam o evento violento: os fatores individuais (da vítima e do agressor) se expressam no ambiente organizacional, comunitário e social (CURBOW, 2001).

Figura 2 – Modelo para abordagem da violência no setor saúde



Fonte: Traduzido de CURBOW, 2001, p. 42.

Assim, as variáveis associadas ao ato violento dependeriam do cenário ocupacional; por exemplo, no atendimento domiciliar, geralmente o agressor é um usuário com déficit cognitivo, enquanto no serviço de urgência é mais comum o contato com atos violentos praticados por usuários envolvidos no uso de substâncias (CURBOW, 2001).

Os fatores organizacionais incluem as características do ambiente de trabalho, as características da equipe e o clima de trabalho. As características da vizinhança são consideradas fatores ligados à comunidade, como nível socioeconômico, segurança e recursos disponíveis. Os fatores sociais abrangem os aspectos culturais que, por sua vez, afetam as condições de trabalho. Dois exemplos de fatores sociais que influenciam as relações de

trabalho são: a tendência de incorporação da tecnologia de alto custo, forçando alguns serviços de saúde a reduzir efetivos, gerando instabilidade profissional e insegurança financeira com prejuízos para a assistência e a percepção de alguns trabalhadores de saúde que consideram que os eventos violentos são intrínsecos ao trabalho em saúde (CURBOW, 2001).

Em suma, as normas de comportamento, costumes, características da tarefa, condições e organização do trabalho são considerados mediadores nas relações interpessoais do trabalho. A violência emergiria da interação inadequada entre trabalhador e usuário ou colega de trabalho. Seus determinantes seriam os fatores organizacionais, da comunidade e sociais. O modelo pode ser aplicado às diferentes modalidades de relação interpessoal no trabalho e seus vários níveis hierárquicos.

A origem da violência no setor saúde é multifatorial. Os trabalhadores da saúde são empregados em uma ampla variedade de estruturas organizacionais, como atenção básica à saúde, hospitais, ambulatorios, setor de exames e farmácias. Nesse âmbito, estão presentes diferentes *performances*, obrigações e riscos ocupacionais. Assim inseridos, eles estão expostos a uma variedade de situações que originam agressões físicas, verbais e emocionais (CURBOW, 2001).

Os agressores podem ser usuários, acompanhantes, colegas de trabalho, supervisores e agressores externos. As referidas agressões podem ser intencionais ou não intencionais; as não intencionais são em unidades que atendem pacientes psiquiátricos ou com alterações cognitivas graves, estes indivíduos muitas vezes são incapazes de avaliar a gravidade de um ato violento (CURBOW, 2001).

A violência atinge todos os grupos ocupacionais e ambos os sexos com desvantagem para o sexo feminino, que é predominante no setor saúde (DI MARTINO, 2002). Contudo, vale mencionar que tal assertiva não é consistente. Um estudo transversal conduzido em um serviço de urgência na cidade de Londrina não encontrou associação entre violência no trabalho em saúde e sexo (CEZAR; MARZIALE, 2006).

Embora todos os grupos ocupacionais estejam sujeitos ao ambiente conflituoso, alguns estudos mostraram que a equipe de enfermagem apresenta mais relatos de violência em relação às outras categorias. No estudo realizado em um hospital geral da cidade de Natal, 78,95% dos auxiliares e técnicos de enfermagem sofreram um evento violento no último ano, seguido de 76% dos enfermeiros e de 67% dos médicos. Vale ressaltar que a equipe de enfermagem (auxiliares e enfermeiros) era formada por 76% de profissionais do sexo

feminino, enquanto a equipe médica era formada por 75% de profissionais do sexo masculino (MORAIS FILHO, 2009).

As categorias profissionais diretamente em contato com os usuários estão mais susceptíveis aos eventos agressivos (MIRANDA *et al.*, 2011; FUJISHIRO; GEE; CASTRO, 2011). Os autores chamam atenção para a desvantagem do grupo menos escolarizado, mais jovem e menos experiente (SHAHZAD; MALIK, 2014). Profissionais com nível de bacharelado têm duas vezes mais chance de sofrer agressão verbal e cinco vezes mais de sofrer agressão física em relação aos profissionais com pós-graduação (ZELNICK *et al.*, 2013). Tais resultados validam a afirmativa: sexo feminino, baixa escolaridade e ocupar cargos inferiores são fatores predisponentes da violência no trabalho (CURBOW, 2001).

Os atos de violência cometidos pelos usuários e acompanhantes são os mais frequentes, de acordo com a literatura (DI MARTINO, 2002; ERGÜN; KARADAKOVAN, 2005; CEZAR; MARZIALE, 2006; MORAIS FILHO, 2009; TAYLOR; REW, 2009; MIRANDA *et al.*, 2011; ZELNICK *et al.*, 2013; SHAHZAD; MALIK, 2014; ABUALRUB; AL-ASMAR, 2014; GHAZIRI *et al.*, 2014). Em geral, o agressor é do sexo masculino, com menos de 45 anos, baixo nível econômico e educacional, sofreu eventos traumáticos na vida, apresenta alterações psicológicas, comportamento agressivo e impulsivo, história de abuso de álcool e/ou outras substâncias psicoativas, e de cor não branca (CURBOW, 2001). Porém, este último fator pode variar de acordo com a história de colonização de cada país, sendo, por exemplo, no Canadá, mais frequentes agressores de cor branca (BARLING; DUPRÉ; KELLOWAY, 2009).

Estudos qualitativos evidenciaram que na percepção dos profissionais os atos violentos que partem dos usuários e acompanhantes são influenciados pelas precárias condições de atendimento ao público devido às péssimas condições de trabalho e à desigualdade social vigente no país (CEZAR; MARZIALE, 2006; BATISTA *et al.*, 2011).

Ambientes de trabalho inadequados, ruidosos, mal iluminados, pouco arejados favorecem a ocorrência de atos violentos. Na percepção dos profissionais de saúde, os déficits estruturais, as equipes pouco integradas e o baixo apoio dos colegas estão associados às situações de violência no trabalho (CURBOW, 2001; DI MARTINO, 2002; CEZAR; MARZIALE, 2006).

No que diz respeito à violência interna, alguns fatores estão relacionados a agressões praticadas por funcionários e gerentes, como a impunidade, ausência de direitos laborais e acordos coletivos, falta de consenso na equipe de saúde, ausência de espaços para

lidar com discussões e conflitos na equipe, falta de formação em liderança e não reposição de perdas de recursos humanos (DI MARTINO, 2002).

Além disso, é comum estudantes de enfermagem sofrerem assédio moral descendente durante o período de formação profissional, contribuindo para a percepção de que a violência é inerente ao trabalho em saúde e favorecendo a reprodução desse comportamento quando os mesmos assumem os postos de preceptores (THOMAS, 2012).

Até o presente momento, examinou-se como a violência no trabalho em saúde está associada às características do trabalhador da saúde, do local de trabalho, da organização de trabalho e da natureza da atividade laboral. A seguir será abordada a magnitude da violência no trabalho em saúde por meio da frequência do evento em diferentes países.

3.1 Frequência da violência no trabalho em saúde

O relatório organizado por Di Martino (2002) apresenta dados de inquéritos transversais realizados em sete países sendo eles: Bulgária, Líbano, Austrália, África do Sul, Brasil, Portugal e Tailândia. De acordo com tais informações, mais da metade dos profissionais de saúde relatou ter sofrido um evento de agressão física ou psicológica no último ano.

As frequências de relato de violência no trabalho foram as seguintes: 78,5% na Bulgária, 67,2% na Austrália, 60% em Portugal, 54% na Tailândia e 47% no Brasil. A frequência de abuso verbal foi maior que o da agressão física em todos os países. As frequências de abuso verbal foram: 67,2% na Austrália, 52% na África do Sul, 47,7% na Tailândia, 40,9% no Líbano, 39,5% no Brasil, 32,2% na Bulgária e 27,4% em Portugal. Enquanto a frequência dos relatos de agressões físicas foram 17% na África do Sul, 10,5% na Tailândia, 7,5% na Bulgária, 6,4% no Brasil, 5,8% no Líbano e 3% em Portugal (DI MARTINO, 2002).

Ergün e Karadakovan (2005) realizaram um estudo transversal multicêntrico na Turquia em quatro hospitais. Foi verificada uma prevalência de 98,5% de violência verbal e 19,7% de violência física em uma amostra de enfermeiras dos departamentos de emergência das quatro unidades.

Chapman e colaboradores (2009), em um estudo transversal na Austrália, relataram 2.354 eventos violentos (físico ou verbal) sofridos por enfermeiras de um hospital de médio porte nos últimos 12 meses que antecederam a pesquisa, equivalente a uma prevalência de 75% de enfermeiras vítimas de violência no mesmo período.

Morais Filho (2009) realizou um estudo transversal no Brasil em um hospital público da cidade de Natal. A frequência de violência no trabalho descrita foi de 75% nas equipes médica e de enfermagem que trabalhavam no setor de urgência. O autor esclarece: a maior proporção dos casos de violência foi a agressão verbal (70%), seguida do assédio moral (24%), da agressão física (6%) e do assédio sexual (3%). Ao todo, foram 1.828 episódios de violência em um ano ou cinco episódios por dia. Somaram-se 75 dias de absenteísmo no ano em decorrência de atos agressivos.

Fujishiro, Gee e Castro (2011) realizaram um estudo transversal em 13 regiões das Filipinas e descreveram uma frequência de 7% de agressão física e 34% de agressão verbal em uma amostra formada por enfermeiras.

Miranda e colaboradores (2011), em um estudo transversal multicêntrico realizado nas estados de Marilândia e Maine nos EUA, observaram uma proporção de 26% de enfermeiras vítimas de um a dois atos de violência física nos últimos três meses e 22% de três ou mais atos no mesmo período. Vale ressaltar a especificidade do trabalho dessas profissionais, uma vez que os serviços eram prestados no domicílio do usuário.

AbuAlRub e Al-Asmar (2014) conduziram um inquérito transversal na Jordânia em quatro hospitais públicos na cidade de Jordan. Das 422 enfermeiras que participaram do estudo, 288 (68,2%) relataram terem sofrido abuso verbal durante suas atividades laborais.

Sabbath e colaboradores (2014) realizaram um inquérito transversal em dois hospitais da cidade de Boston nos EUA. A maioria (57%) das enfermeiras relatou ter sofrido pelo menos um episódio de abuso verbal no último ano, caracterizando alta prevalência desse fenômeno nesta dada população.

Reynolds, Kelly e Singh-Carlson (2014) realizaram um estudo com enfermeiras de unidade perinatal, integrantes de um fórum online da Universidade de Búfalo, EUA. A frequência de violência psicológica entre colegas de trabalho foi de 25% entre os profissionais que atuavam na sala de parto.

Heponiemi e colaboradores (2014) realizaram um estudo longitudinal durante quatro anos na Finlândia e verificaram uma prevalência de 61% de violência física e 19% de assédio moral entre médicos de várias partes do país.

Ghaziri e colaboradores (2014), em um inquérito transversal realizado na África Subsaariana, descreveram uma prevalência de 40,8% de abuso verbal, 34,7% de ameaças de violência física e 19,9% de violência física de usuários/familiares contra enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Os resultados dos estudos citados previamente foram sistematizados no Quadro 1 para melhor visualização.

Quadro 1 – Estudos quantitativos sobre violência no trabalho em saúde

Autor	País	Tipo de Estudo	População	Evento foco	Frequências
Di Martino (2002)*	Bulgária	Inquérito Transversal	Trabalhadores da Saúde	Violência no trabalho	78,5% violência no trabalho 32,2% abuso verbal 7,5% agressões físicas
Di Martino (2002)*	Austrália	Inquérito Transversal	Trabalhadores da Saúde	Violência psicológica no trabalho	67,2% violência psicológica
Di Martino (2002)*	Portugal	Inquérito Transversal	Trabalhadores da Saúde	Violência no trabalho	60% violência no trabalho 27,4% abuso verbal 3% agressão física
Di Martino (2002)*	Tailândia	Inquérito Transversal	Trabalhadores da Saúde	Violência no trabalho	54% violência no trabalho 47,7% abuso verbal 10,5% agressão física
Di Martino (2002)*	Brasil	Inquérito Transversal	Trabalhadores da Saúde	Violência no trabalho	47% violência no trabalho 39,5% abuso verbal 6,4% agressão física
Di Martino (2002)*	Líbano	Inquérito Transversal	Trabalhadores da Saúde	Violência no trabalho	40,9% abuso verbal 5,8% agressão física
Di Martino (2002)*	África do Sul	Inquérito Transversal	Trabalhadores da Saúde	Violência no trabalho	52% abuso verbal 17% agressão física
Ergün e Karadakovan (2005)	Turquia	Inquérito Transversal Multicêntrico	Enfermeiros	Violência no trabalho	98,5% abuso verbal 19,7% agressão física
Chapman et al (2009)	Austrália	Inquérito Transversal	Enfermeiros	Violência no trabalho	75% violência no trabalho
Fujishiro, Gee e Castro (2011)	Filipinas	Inquérito Transversal	Enfermeiros	Violência no Trabalho	34% abuso verbal 7% agressão física
Miranda et al (2011)	EUA	Inquérito Transversal	Enfermeiros	Violência Física no trabalho	26% 1 a 2 agressões físicas 22% 3 ou mais agressões físicas
Sabbath et al (2011)	EUA	Inquérito Transversal	Enfermeiros	Violência psicológica no trabalho	57% abuso verbal
AbuAlRub e Al-Asmar (2014)	Jordânia	Inquérito Transversal	Enfermeiros	Violência psicológica no trabalho	62,8% abuso verbal
Reynolds, Kelly e Singh-Carlson (2014)	EUA	Inquérito Transversal	Enfermeiros	Violência psicológica horizontal no trabalho	25% abuso verbal
Heponiemi et al (2014)	Finlândia	Inquérito Longitudinal	Médicos	Violência no trabalho	61% violência física 19% assédio moral
Ghaziri et al (2014)	África	Inquérito Transversal	Enfermeiros	Violência no trabalho	40,8% abuso verbal 34,7% ameaça 19,9% agressão física

* Relatório síntese com dados de 7 países que contou com a colaboração de muitos pesquisadores não sendo possível identificar a autoria individual de cada estudo.

Observou-se uma variação de 19% a 98% de violência psicológica e 3% a 61% de violência física. Tal variação ocorre pois os estudos não são padronizados quanto aos procedimentos de coleta de informações, seleção amostral e métodos de análise estatística, dificultando a análise comparativa.

A alta prevalência de violência no trabalho em saúde não é condizente com as fontes oficiais de registro desses eventos. Observa-se que os resultados em inquéritos são mais robustos quando comparados com as fontes oficiais, pois os trabalhadores estão em uma situação mais confortável para realizar tais relatos, sem preocupar-se com a repreensão de superiores (ERGÜN; KARADAKOVAN, 2005; MORAIS FILHO, 2009; CHAPMAN *et al.*, 2009; TAYLOR; REW, 2009; MIRANDA *et al.*, 2011; ZELNICK *et al.*, 2013; MAGNAVITA, 2014).

Além disso, os profissionais da saúde, educação e assistência ocupacional consideram apenas uma pequena parcela dos eventos violentos vivenciados no trabalho como atos criminosos, evidenciando a percepção de que eventos violentos fazem parte do contexto ocupacional em que desempenham suas atividades (ESTRADA *et al.*, 2010; HOLMES *et al.*, 2012; ZELNICK *et al.*, 2013). Essa percepção de que a violência é parte do trabalho é uma das explicações para a baixa notificação desses eventos nos departamentos de segurança e saúde no trabalho e para os órgãos de segurança pública (ESTRADA *et al.*, 2010).

A ausência/desconhecimento de mecanismos institucionais para apuração de episódios de violência no trabalho também contribui para a baixa notificação dos mesmos (BATISTA *et al.*, 2011), bem como a percepção de que notificar o episódio de violência não implica em modificações da organização e nem em punição para os agressores (SHAHZAD; MALIK, 2014; ABUALRUB; AL-ASMAR, 2014).

Diante da alta prevalência de violência no trabalho em saúde e os riscos que esse fenômeno representa à saúde do trabalhador, torna-se imprescindível a padronização de registro desse fenômeno nos departamentos de saúde do trabalhador das instituições de saúde. No próximo tópico serão explicitadas as consequências dos episódios de violência no trabalho no que tange a saúde do trabalhador e as condições de trabalho.

3.2 Efeitos da violência no trabalho em saúde: adoecimento, condições de trabalho e relevância

A ocorrência de doenças musculoesqueléticas ocupacionais está associada à violência física (MIRANDA *et al.*, 2011) e psicológica (SABBATH *et al.*, 2014) vivenciada

no trabalho em saúde. Em casos de violência física a lesão musculoesquelética pode ser consequência direta do ato violento como um empurrão, soco, entre outros, ou pode ser devido às respostas fisiológicas ao estresse (MIRANDA *et al.*, 2011).

A resposta fisiológica ao estresse é a explicação sugerida também para os casos de doenças musculoesqueléticas associadas à violência psicológica (SABBATH *et al.*, 2014). O organismo reage ao estresse aumentando a tensão muscular e a liberação do hormônio cortisol, ambos os mecanismos intrinsecamente relacionados às lesões musculoesqueléticas (MIRANDA *et al.*, 2011; SABBATH *et al.*, 2014).

Trabalhadores da saúde que vivenciam violência no trabalho relatam baixo desempenho nas tarefas laborais, propiciando acidentes (SHAHZAD; MALIK, 2014). A violência física no trabalho em saúde está associada à ocorrência de acidentes de trabalho, desenvolvimento de doenças ocupacionais e absenteísmo no trabalho, enquanto a violência psicológica está associada a condições precárias de saúde autorrelatada pelos trabalhadores (FUJISHIRO; GEE; CASTRO, 2011).

Os trabalhadores da saúde vítimas de violência no trabalho apresentam maiores taxas de depressão, ansiedade, baixa autoestima, fadiga, distúrbios do sono, irritabilidade (JOHNSON, 2009; BATISTA *et al.*, 2011) e absenteísmo (SHAHZAD; MALIK, 2014). Os sintomas descritos acima estão associados à violência no trabalho com destaque para a violência psicológica. Os efeitos da violência no trabalho em relação à saúde mental do trabalhador dependem da história pessoal, das experiências anteriores e do repertório individual para lidar com tais situações, por isso seu caráter subjetivo (LANCMAN *et al.*, 2011).

Os sintomas emocionais descritos por trabalhadores que vivenciam a violência no trabalho são comuns aos sintomas da síndrome do estresse pós-traumático, mas na maioria das vezes não é feito esse diagnóstico (FUJISHIRO; GEE; CASTRO, 2011). Em geral, os trabalhadores não associam esses sintomas aos episódios de violência, dificultando o nexo entre sintomatologia e trauma (LANCMAN *et al.*, 2011).

Os impactos negativos à saúde não são exclusivos das vítimas de violência no local de trabalho, atingindo também aqueles trabalhadores que testemunharam os atos violentos. Manter silêncio sobre o testemunho de um ato violento é doloroso e estressante para o observador, o qual geralmente decide não relatar o fato devido à ausência de linhas guias para o registro de abusos, baixo suporte do supervisor e constrangimento em expor colegas de trabalho (HAMEL-LAUZON; LAUZON, 2012).

As testemunhas de assédio moral no trabalho relatam alto nível de estresse e baixa satisfação no trabalho em relação as que não testemunharam. Sentimentos nocivos como medo e ansiedade de se tornarem alvo de violência no trabalho são disseminados no ambiente de trabalho, contribuindo para um clima de trabalho hostil (ERGÜN; KARADAKOVAN, 2005; JOHNSON, 2009; BATISTA *et al.*, 2011; LASCHINGER *et al.*, 2014).

A violência no trabalho está associada à baixa satisfação no trabalho e ao desejo de mudar de emprego, pois eleva os níveis de estresse no ambiente de trabalho (HEPONIEMI *et al.*, 2014; MIRANDA *et al.*, 2011; SHAHZAD; MALIK, 2014). O desejo de mudar de emprego e a baixa satisfação no trabalho propiciam a rotatividade de profissionais prejudicando a formação de vínculo entre membros da equipe e usuários do serviço. Além disso, a reposição de recursos humanos é demorada, forçando as unidades a operarem com equipes incompletas, favorecendo a perpetuação da violência no trabalho (CEZAR; MARZIALE, 2006; SHAHZAD; MALIK, 2014; ABUALRUB; AL-ASMAR, 2014).

A deterioração das relações entre equipes, as falhas na comunicação e ausência de disponibilidade para discussão das condutas são consequências da violência no trabalho que podem levar a iatrogenias. Trabalhadores da saúde que vivenciam violência no trabalho tendem a evitar o contato direto com os demais membros da equipe, a comunicação fica restrita ao prontuário, prolongando o uso de medicamentos que já poderiam ter sido suspensos e, conseqüentemente, estendendo os tempos de internação (REYNOLDS; KELLY, 2014; SHAHZAD; MALIK, 2014).

A violência no trabalho é deletéria tanto para os trabalhadores da saúde quanto para os usuários dos serviços de saúde. Por isso, a necessidade de realização de pesquisas metodologicamente criteriosas e focadas nos fatores associados a esse fenômeno, visando estabelecer inferências causais que permitam a elaboração de planos de prevenção dos episódios de violência nas unidades de saúde. A presente investigação busca contribuir para dar visibilidade ao fenômeno no SUS-BH, na medida em que serão fornecidas informações sobre a frequência de violência no trabalho, as características dos trabalhadores e as condições do trabalho.

OBJETIVOS

4 OBJETIVOS

- Conhecer a proporção de trabalhadores que vivenciaram atos violentos durante a realização das atividades laborais nos serviços da SMSA-BH.
- Identificar a associação de tais relatos com as condições do trabalho.

MÉTODOS

5 MÉTODOS

O presente estudo está inserido na linha de pesquisa *Condições de Saúde e Trabalho* do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais. A pesquisa integra o projeto “Condições de emprego, condições de trabalho e saúde dos trabalhadores do SUS-BH” desenvolvido pelo Núcleo Saúde e Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. O projeto recebeu o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG- EDT 3339-2006) e foi aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Prefeitura de Belo Horizonte por meio do Parecer nº 054/06 (ANEXO B) e da Universidade Federal de Minas Gerais – Parecer nº 542/07 (ANEXO C). Todas as etapas do estudo cumpriram os princípios éticos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e da declaração de Helsinki.

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um inquérito epidemiológico, de corte transversal e analítico. Os dados coletados em relação ao desfecho de interesse e os fatores associados foram colhidos simultaneamente no período de setembro de 2008 a janeiro de 2009, utilizando um questionário autopreenchido.

5.2 População

No momento da coleta de dados, a população de estudo totalizava 13.602 trabalhadores da saúde empregados na SMSA-BH, incluindo todos os tipos de vínculo empregatício (permanente, temporário ou estágio) e as diversas ocupações, podendo ser provedor de saúde dos níveis técnico, médio ou superior, ou ainda profissional de apoio/gestão.

As unidades da SMSA-BH são distribuídas de acordo com a área geográfica em nove distritos sanitários ou regionais: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova (FIGURA 3). Os estabelecimentos de saúde podem ser classificados de acordo com a sua missão assistencial, assim as unidades são divididas conforme o nível de complexidade em atenção básica à saúde, urgência, ambulatórios de especialidades e gerência distrital.

Figura 3 – Distritos sanitários do Sistema Municipal de Saúde de Belo Horizonte



Fonte: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/montapagina.php?pagina=distritos/index.html>>.

5.3 Planejamento amostral

As condições de saúde, emprego e trabalho no setor saúde é um objeto de investigação amplo devido à diversidade de ocupações, ambientes e processos de trabalho existentes nos serviços da SMSA-BH. Com o objetivo de descrever os fatores associados ao processo saúde-doença dessa população, buscou-se uma amostra larga o suficiente para investigação dos múltiplos eventos e desfechos possíveis.

O cálculo do tamanho amostral adotou a seguinte fórmula, que é aplicada em populações finitas e sem reposição, como é o caso da população fonte do estudo:

$$n = \frac{N \cdot p \cdot (1-p) \cdot (Z_{[\alpha/2]})^2}{p \cdot (1-p) \cdot (Z_{[\alpha/2]})^2 + (N-1) e^2}$$

Na fórmula, “n” é o tamanho amostral, “N” a população fonte, “p” a prevalência do desfecho, “Z” a confiança e “e” a precisão (LUIZ; MAGNANINI, 2000). Dados sobre a ocorrência de violência no trabalho no setor saúde são discrepantes (TAYLOR; REW, 2009).

Por isso, o cálculo amostral tomou como base 50% de prevalência, intervalo de confiança de 95%, erro de precisão de 2,5% (LWANGA; LEMESHOW, 1991), acrescido de 20% para minimizar possíveis perdas. Dessa forma, a amostra estimada para o evento de interesse foi de 1.650 sujeitos. Vale, contudo, lembrar que tal cálculo foi expandido para abranger os demais eventos abarcados pelo inquérito global que abordou a população dos trabalhadores da saúde. Por esse motivo, foram sorteados 2.205 trabalhadores. Utilizou-se o *software* Epi Info[®], versão 6.0, para a seleção aleatória dos sujeitos da amostra, considerando região geográfica, tipo de ocupação e nível assistencial.

Dos 2.205 trabalhadores sorteados, 23 trabalhadores se recusaram a participar. Para aqueles trabalhadores selecionados, que na hora da aplicação do inquérito não se encontravam no serviço por motivo de férias, transferência, aposentadoria ou morte, tentou-se substituí-los, respeitando os critérios de ocupação, nível de assistência e região. Ao final do período de coleta, haviam sido devidamente respondidos 1.808 questionários, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO D).

Atribui-se a adesão satisfatória aos seguintes fatores: sensibilização dos gerentes locais por meio de reuniões para apresentação da pesquisa, retorno ao local de trabalho quando o profissional sorteado estava ausente ou indisponível, treino e supervisão adequada dos entrevistadores. Além disso, o tema relacionado às condições de trabalho e saúde mostrou-se relevante tanto para os participantes quanto para a SMSA-BH.

5.4 Instrumento

O questionário (ANEXO E) utilizado na coleta dos dados foi construído com questões autoperenchidas no formato semiestruturado e de múltipla escolha, organizadas em oito blocos de acordo com o tema. Foram conduzidos oito pilotos para testar o instrumento e explorar o campo. Em cada piloto foram incluídos por volta de 20 sujeitos de diferentes regionais, unidades de saúde e ocupações. Os participantes dos pilotos foram considerados inelegíveis para o estudo, sendo excluídos do sorteio da amostra.

Para este estudo, as variáveis explicativas de interesse foram extraídas de quatro blocos discriminados abaixo:

- a) características individuais: descrição dos indivíduos de acordo com sexo, idade, grau de escolaridade, cor da pele e ocupação (bloco 1); informações sobre o trabalho: nível de cargo, tempo de serviço e regime de trabalho (bloco 2);

- b) características do ambiente de trabalho: trata das condições de conforto do ambiente de trabalho, da disponibilidade de equipamentos e materiais para o trabalho e das características da edificação e do mobiliário (bloco 3);
- c) apoio social: utilização da escala apoio social da versão traduzida para o português do *Job Content Questionnaire* – JCQ (bloco 4). Tal escala mensura o apoio ao trabalhador proveniente da chefia e dos colegas de trabalho.

O JCQ é um instrumento confiável e validado para países desenvolvidos e países em desenvolvimento (KARASEK *et al.*, 1998; ARAÚJO; KARASEK, 2008). Tal instrumento é constituído por cinco escalas independentes, as quais mensuram aspectos psicossociais do trabalho: (1) controle sobre as atividades; (2) demandas psicológicas; (3) apoio social; (4) demandas físicas e (5) insegurança no trabalho.

5.5 Procedimentos de coleta de dados

Cada equipe de entrevistadores treinados foi apresentada, pelo coordenador do trabalho de campo, ao gerente da unidade de saúde onde aconteceu a coleta. Após o primeiro contato, a equipe entregou a relação dos trabalhadores a serem entrevistados ao gerente da unidade, o qual era responsável pela convocação e liberação do trabalhador para participação da pesquisa durante o horário de trabalho do mesmo. As rejeições e os casos de trabalhadores afastados, aposentados ou que não compareceram ao trabalho deveriam ser comunicados aos coordenadores da pesquisa de campo responsáveis pela substituição.

O primeiro passo do procedimento de coleta era uma explicação sobre os objetivos da pesquisa e o sigilo dos dados, enfocando sua utilização exclusiva para fins do estudo. Em seguida, os trabalhadores que concordaram em participar do estudo assinaram o TCLE em duas vias.

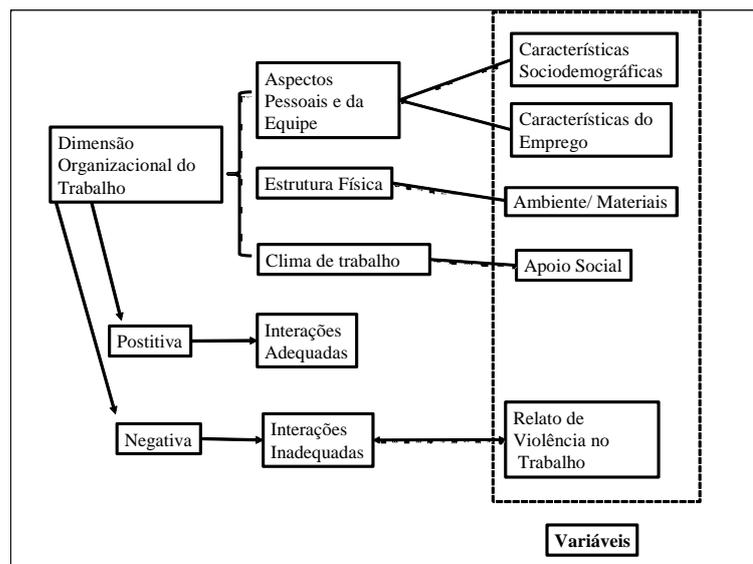
O autopreenchimento do questionário foi adotado apenas para as categorias profissionais de nível superior. As categorias de níveis médio e fundamental foram entrevistadas pelo membro da equipe de coleta de dados. Os questionários preenchidos foram entregues à coordenação da pesquisa e eram retornados aos entrevistadores para resolução de pendências devido a respostas em branco ou questões com duas ou mais alternativas preenchidas.

5.6 Variáveis do estudo

Múltiplas dimensões estão implicadas na escalada do evento violento. As características individuais, organizacionais, comunitárias e societárias são dimensões mediadoras das interações interpessoais estabelecidas no trabalho. Quando tais dimensões são desfavoráveis às interações interpessoais, o resultado pode ser a ocorrência de atos violentos no local de trabalho (CURBOW, 2001). O presente estudo enfatizou a dimensão organizacional do trabalho visando identificar fatores associados aos episódios de violência passíveis de modificação a fim de sugerir programas de prevenção à violência.

A dimensão organizacional do trabalho abrange os aspectos pessoais e da equipe, a estrutura física do ambiente de trabalho e o clima de trabalho (CURBOW, 2001). Os aspectos pessoais e da equipe dizem respeito às características sociodemográficas e do emprego dos trabalhadores como sexo, cor, escolaridade, grau de escolaridade, tipo de cargo, entre outros. A estrutura física remete-se a questões como adequação do espaço, mobiliário, equipamentos, ruído e condições climáticas do local de trabalho. O clima de trabalho é definido pelas relações interpessoais, se há união na equipe ou se a competitividade prevalece. Dito isso, na figura quatro está exemplificada a estratégia utilizada na escolha das variáveis explicativas.

Figura 4 – Estratégia metodológica para a escolha das variáveis



Fonte: Elaborada pela autora.

5.6.1 Variável desfecho

Foram utilizadas duas perguntas do inquérito para construção da variável relato de violência no trabalho:

- a) Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a usuários dos serviços (durante o seu trabalho)?;
- b) Nos últimos 12 meses houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a outro colega de trabalho (durante o seu trabalho)?

A variável desfecho foi categorizada em “NÃO” e “SIM”. Considerou-se “NÃO” quando a resposta para ambas as perguntas foi nunca, e “SIM” se para uma das perguntas o participante respondeu: uma vez, algumas vezes ou com frequência.

Vários estudos de violência no trabalho sugerem um possível viés de seleção quando a violência no trabalho e seus fatores associados são abordados segundo a própria vítima, ou seja, autorrelato. Alude-se sobre um possível interesse dos sujeitos vítimas de violência no trabalho em participar de estudos cujas amostras são formadas por voluntários, nesse caso as taxas encontradas são superestimadas. Além disso, os estudos com trabalhadores vítimas de violência tendem a realçar aspectos aos quais tais trabalhadores atribuem serem as causas do evento, omitindo aspectos que consideram falhas ou passíveis de repreensão (ERGÜN; KARADAKOVAN, 2005; MORAIS FILHO, 2009; CHAPMAN *et al.*, 2009; TAYLOR; REW, 2009; MIRANDA *et al.*, 2011; ZELNICK *et al.*, 2013).

A pergunta construída pelo investigador interessado em captar a ocorrência do evento, sem identificar o papel que o respondente assumiu naquela situação: agressor, vítima, expectador ou se ficou sabendo do ocorrido por terceiros, proporcionaria, de certa forma, neutralidade na análise do fenômeno. Se for assim, os fatores relacionados às condições de trabalho seriam melhor identificados. Contudo, é necessário cautela porque a suposta “neutralidade” é relativa, uma vez que a vivência de violência no trabalho é uma experiência subjetiva e apresenta efeitos deletérios, maiores ou menores, em todos os indivíduos envolvidos no ambiente de trabalho, independente do papel que exerceram em uma determinada situação de violência (ERGÜN; KARADAKOVAN, 2005; JOHNSON, 2009; BATISTA *et al.*, 2011).

5.6.2 Variáveis explicativas

Os aspectos individuais e da equipe que compõem a dimensão organizacional do trabalho foram avaliados por dois grupos de variáveis explicativas: as características sociodemográficas e as características do emprego.

As variáveis sociodemográficas foram: sexo, situação conjugal (com companheiro, sem companheiro), idade (16 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos e acima de 50 anos), cor da pele (branca, não branca) e grau de escolaridade (fundamental, médio/técnico e superior/pós-graduação).

Quadro 2 – Variáveis sociodemográficas

Variáveis	Perguntas Questionário	Categorias (N)
Sexo	<i>Sexo:</i>	
	Masculino	Masculino (507)
	Feminino	Feminino (1281)
Idade	<i>Idade: _____ anos</i>	16 a 29 anos (340)
		30 a 39 anos (435)
		40 a 49 anos (583)
		Acima de 50 anos (450)
Situação Conjugal	<i>Situação Conjugal:</i>	
	Casado/a, União consensual/União estável Solteiro/a, Viúvo/a, Divorciado/a	Com companheiro (975) Sem companheiro (818)
Cor da Pele	<i>Dentre as alternativas abaixo, como você classificaria a cor da sua pele?</i>	
	Branca	Branca (739)
	Amarela (oriental), parda, origem indígena, preta	Não Branca (1010)
	não sabe	Ignorado* (24)
Grau de Escolaridade	<i>Na Escola, qual o último nível de ensino e a última série/grau que concluiu?</i>	
	Ensino Fundamental	Fundamental (332)
	Ensino Médio: 1º ano e 2º ano	
	Ensino Médio: 3º ano	Médio/Técnico (791)
	Técnico	
	Superior Incompleto Superior Completo Especialização, Mestrado, Doutorado	Superior/ Pós-graduação (662)

* Categoria não incluída na análise.

As características do emprego analisadas tomaram como base as seguintes variáveis: antiguidade na unidade (até 5 anos, acima de 5 anos), treinamento prévio para a função (sim, não) tipo de vínculo (efetivo, contrato, estagiário), nível de cargo (elementar,

médio, superior), turno de trabalho (diurno, noturno), jornada de trabalho semanal (8 a 12 horas, 20 a 24 horas, 30 a 36 horas, 40 a 44 horas), e nível da atenção (distrito, ambulatório, urgência e atenção básica à saúde).

Quadro 3 – Variáveis características do emprego

Variáveis	Perguntas Questionário	Categorias (N)
Antiguidade na unidade	<i>Há quanto tempo você trabalha na unidade atual?</i>	Até 5 anos (879)
	(categorizado pela mediana)	Acima de 5 anos (929)
Treinamento	<i>Você fez algum treinamento institucional para exercer a função atual?</i>	
	Sim	Sim (865)
	Não	Não (876)
Vínculo	<i>Seu vínculo de trabalho atual é:</i>	
	Municipal, Municipalizado	Efetivo (1225)
	Contratado sem concurso	Contrato (486)
	Estagiário	Estagiário (47)
Cargo	<i>Exerce Cargo de:</i>	
	Nível elementar	Elementar (310)
	Estagiário Ensino Médio	Médio (845)
	Nível Médio	
	Estagiário Nível Superior	Superior (581)
Turno de Trabalho	<i>Seu regime de trabalho é:</i>	
	Diurno	Diurno (1664)
	Diurno em regime de plantão	
	Noturno	Noturno (55)
	Noturno em regime de plantão	
Jornada de Trabalho	<i>Qual a sua jornada real neste trabalho no município?</i>	
	Jornada semanal 8 horas	
	Jornada semanal 10 horas	8 a 12 horas (132)
	Jornada semanal 12 horas	
	Jornada semanal 20 horas	20 a 24 horas (320)
	Jornada semanal 24 horas	
	Jornada semanal 30 horas	30 a 36 horas (370)
	Jornada semanal 36 horas	
	Jornada semanal 40 horas	40 a 44 horas (941)
Jornada semanal 44 horas		
Nível da Atenção*	Local em que exerce suas atividades laborais: distrito, ambulatório de especialidades médicas, unidades de urgência e emergência ou centros de saúde	Gerência Distrital (170)
		Ambulatório Especializado (298)
		Urgência (255)
		Unidade Básica de Saúde (1049)

* Dados obtidos pela GGTER da SMSA-BH.

A estrutura física e o clima de trabalho da dimensão organizacional do trabalho dizem respeito às características do ambiente de trabalho. Para analisar esses aspectos foram focalizadas duas variáveis: ambiente/materiais e apoio social.

A variável ambiente/materiais foi construída pelo agrupamento das questões sobre ruído interno, ruído externo, ventilação, temperatura, iluminação, mobiliário e adequação dos recursos técnicos e equipamentos. As perguntas sobre ruído foram classificadas como desprezível (0), razoável (1) e elevado/insuportável (2). As demais características físicas do ambiente de trabalho foram classificadas como satisfatório (0), razoável (1) e precárias (2). Após o somatório de todas as perguntas, foram estabelecidas duas categorias para análise baseado na mediana: ambiente/materiais satisfatórios para valores iguais ou abaixo da mediana e insatisfatórios para valores acima da mediana (BARBOSA; ASSUNÇÃO; ARAÚJO, 2013).

Clima de trabalho negativo é aquele no qual se ressinta a falta de harmonia entre a equipe de trabalho, assim como baixo apoio da chefia (CURBOW, 2001). O baixo apoio dos colegas de trabalho e da chefia é um dos fatores que contribuem para a violência no trabalho (CURBOW, 2001; DI MARTINO, 2002). Para mensuração desses fatores foi utilizada a escala apoio social do JCQ. Tal escala abrange duas dimensões: apoio relacionado aos colegas de trabalho e apoio relacionado à chefia (KARASEK *et al.*, 1998; ARAÚJO; KARASEK, 2008).

A variável apoio social foi construída a partir do somatório das respostas às questões que constituem a escala: discordo fortemente (1), discordo (2), concordo(3) e concordo fortemente (4). A mediana foi utilizada como ponto de corte: valores iguais ou abaixo da mediana foram categorizados como baixo apoio e, os acima, como alto apoio (ARAÚJO; KARASEK, 2008).

Quadro 4 – Variáveis características do ambiente de trabalho

Variáveis	Perguntas Questionário	Categorias (N)	
Ambiente/ materiais	<i>Em geral, a ventilação do seu local de trabalho é:</i> (2) Precária, (1) Razoável, (0) Satisfatória	Satisfatórios (1067)	
	<i>Em geral, a temperatura do seu local de trabalho é:</i> (2) Precária, (1) Razoável, (0) Satisfatória		
	<i>Em geral, a iluminação do seu local de trabalho é:</i> (2) Precária, (1) Razoável, (0) Satisfatória		
	<i>Em geral, você considera as cadeiras e as mesas do seu local de trabalho:</i> (2) Precárias, (1) Razoáveis, (0) Satisfatórias		
	<i>Em geral, os recursos técnicos e equipamentos do seu local de trabalho são:</i> (2) Precários, (1) Razoáveis, (0) Satisfatórios		
	<i>Em geral, o ruído originado no seu local de trabalho é:</i> (0) Desprezível, (1) Razoável, (2) Elevado/Insuportável		
	<i>Em geral, o ruído originado fora do seu local de trabalho é:</i> (0) Desprezível, (1) Razoável, (2) Elevado/Insuportável		
	<i>Meu chefe/coordenador preocupa-se com o bem estar da sua equipe de trabalho.</i> (1) Discordo Fortemente, (2) Discordo, (3) Concordo, (4) Concordo fortemente		Insatisfatórios (741)
	<i>Meu supervisor me trata com respeito.</i> (1) Discordo Fortemente, (2) Discordo, (3) Concordo, (4) Concordo fortemente		
	<i>Meu chefe/coordenador me ajuda a fazer meu trabalho.</i> (1) Discordo Fortemente, (2) Discordo, (3) Concordo, (4) Concordo fortemente		
<i>Meu chefe/coordenador é bem sucedido em promover o trabalho em equipe.</i> (1) Discordo Fortemente, (2) Discordo, (3) Concordo, (4) Concordo fortemente			
<i>As pessoas no meu trabalho são amigáveis.</i> (1) Discordo Fortemente, (2) Discordo, (3) Concordo, (4) Concordo fortemente			
<i>As pessoas com quem trabalho ajudam-se umas às outras a fazer o trabalho.</i> (1) Discordo Fortemente, (2) Discordo, (3) Concordo, (4) Concordo fortemente			
<i>Eu sou tratado/a com respeito pelos meus colegas de trabalho</i> (1) Discordo Fortemente, (2) Discordo, (3) Concordo, (4) Concordo fortemente			
<i>Existe um sentimento de união entre as pessoas com quem trabalho.</i> (1) Discordo Fortemente, (2) Discordo, (3) Concordo, (4) Concordo fortemente			
<i>Meu grupo de trabalho toma decisões democraticamente</i> (1) Discordo Fortemente, (2) Discordo, (3) Concordo, (4) Concordo fortemente			
		Alto Apoio (844)	
Apoio Social	<i>Meu chefe/coordenador me ajuda a fazer meu trabalho.</i> (1) Discordo Fortemente, (2) Discordo, (3) Concordo, (4) Concordo fortemente	Baixo Apoio (964)	
	<i>Meu chefe/coordenador é bem sucedido em promover o trabalho em equipe.</i> (1) Discordo Fortemente, (2) Discordo, (3) Concordo, (4) Concordo fortemente		
	<i>As pessoas no meu trabalho são amigáveis.</i> (1) Discordo Fortemente, (2) Discordo, (3) Concordo, (4) Concordo fortemente		
	<i>As pessoas com quem trabalho ajudam-se umas às outras a fazer o trabalho.</i> (1) Discordo Fortemente, (2) Discordo, (3) Concordo, (4) Concordo fortemente		
	<i>Eu sou tratado/a com respeito pelos meus colegas de trabalho</i> (1) Discordo Fortemente, (2) Discordo, (3) Concordo, (4) Concordo fortemente		
	<i>Existe um sentimento de união entre as pessoas com quem trabalho.</i> (1) Discordo Fortemente, (2) Discordo, (3) Concordo, (4) Concordo fortemente		
	<i>Meu grupo de trabalho toma decisões democraticamente</i> (1) Discordo Fortemente, (2) Discordo, (3) Concordo, (4) Concordo fortemente		

5.7 Análise estatística

O *software* estatístico STATA 12.0. (STATA Corp., College Station, Estados Unidos) foi utilizado para as análises estatísticas. Em um primeiro momento, foi realizado o cálculo da prevalência de violência no trabalho e a análise descritiva do fenômeno segundo as variáveis explicativas representadas pelas frequências absolutas e relativas.

Observou-se, uma ocorrência de relato de violência no trabalho acima de 10%, portanto a existência de associação foi verificada na análise univariável pelo método da razão de prevalência (RP), considerando intervalos de confiança de 95% e valores $p \leq 0,20$ (CAMEY; TORMAN, *et al.*, 2014).

Após a análise univariável, as variáveis associadas significativamente com o desfecho ($p \leq 0,20$) foram incluídas na análise multivariada. O método estatístico utilizado para análise multivariada foi a Regressão de Poisson com variância robusta. O procedimento adotado foi o de *stepwise backward selection*, iniciando com todas as variáveis elegíveis e retirando, uma a uma, as que apresentaram o valor p maior que 0,05. Foi aplicado o Teste de Deviance para verificação da adequação do modelo final ajustado.

RESULTADOS

6 RESULTADOS

Houve uma perda de 431 (19,5%) dos 2.205 sujeitos sorteados, resultando em 1.774 participantes. A taxa de resposta foi de 80,5%.

6.1 Distribuição da população do estudo

A amostra foi constituída em sua maioria por mulheres (71,6%). Predominaram os sujeitos em um relacionamento estável (54,38%), na faixa etária de 40 a 49 anos (32,25%) e com nível médio/técnico de escolaridade (44,31%). A maioria trabalhava em período diurno (96,80%), tinha vínculo efetivo (69,68%), foi lotado em unidade básica de saúde (59,36%) e exercia jornada de trabalho de 40 a 44 horas semanais (53,37%), conforme descrito na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos trabalhadores da saúde municipais segundo características sociodemográficas e do emprego, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2009

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	507	28,36
Feminino	1281	71,64
<i>Total</i>	<i>1788</i>	<i>100,00</i>
Idade		
Entre 16 e 29 anos	340	18,81
Entre 30 e 39 anos	435	24,06
Entre 40 e 49 anos	583	32,25
Acima de 50 anos	450	24,89
<i>Total</i>	<i>1808</i>	<i>100,00</i>
Situação Conjugal		
Com companheiro	975	54,38
Sem companheiro	818	45,62
<i>Total</i>	<i>1793</i>	<i>100,00</i>
Cor		
Branca	739	42,25
Não Branca	1010	57,75
<i>Total</i>	<i>1749</i>	<i>100,00</i>
Grau de Escolaridade		
Superior/Pós-graduação	662	37,09
Médio/Técnico	791	44,31
Fundamental	332	18,60
<i>Total</i>	<i>1785</i>	<i>100,00</i>
Antiguidade no Cargo		
Mais de 5 anos	929	51,38
5 anos ou menos	879	48,62
<i>Total</i>	<i>1808</i>	<i>100,00</i>
Treinamento Prévio		
Sim	865	49,68
Não	876	50,32
<i>Total</i>	<i>1741</i>	<i>100,00</i>
Tipo de Vínculo		
Efetivo	1225	69,68
Contrato	486	27,65
Estágio	47	2,67
<i>Total</i>	<i>1758</i>	<i>100,00</i>
Tipo de Cargo		
Nível Superior	581	33,47
Nível Médio	845	48,68
Nível Elementar	310	17,86
<i>Total</i>	<i>1736</i>	<i>100,00</i>
Turno de Trabalho		
Diurno	1664	96,80
Noturno	55	3,20
<i>Total</i>	<i>1719</i>	<i>100,00</i>
Jornada de Trabalho		
8 a 12 horas	132	7,49
20 a 24 horas	320	18,15
30 a 36 horas	370	20,99
40 a 44 horas	941	53,37
<i>Total</i>	<i>1763</i>	<i>100,00</i>
Nível da Atenção		
Gerência Distrital	174	9,36
Ambulatório Especializado	303	16,78
Urgência	257	14,23
Unidade Básica de Saúde	1072	59,36
<i>Total</i>	<i>1806</i>	<i>100,00</i>

6.2 Perfil da população do estudo segundo relato de violência no trabalho

Encontrou-se uma frequência de 31,5% de relato de violência no trabalho no último ano. O grupo que relatou violência no trabalho foi formado em sua maioria por trabalhadores do sexo feminino (72,43%), cor não branca (58,06%) e declararam viver com um companheiro (51,71%). Predominaram respondentes com nível médio de escolaridade (45,03%) e na faixa etária de 40 a 49 anos (35,06%). No que dizem respeito às características do emprego, os trabalhadores da saúde que relataram violência ocupavam em sua maioria cargo efetivo (75,50%), com jornada de trabalho de 40 a 44 horas (52,18%) semanais, turno de trabalho matutino (95,51%) e exerciam suas atividades laborais em unidades básicas de saúde (63,33%). Metade da população que relatou violência recebeu treinamento prévio para a função (49,27%) e ocupava cargo de nível médio (49,17%), como demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos trabalhadores da saúde municipais segundo relato de violência no trabalho, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2009

Variáveis	Relato de Violência no Trabalho	
	n	%
Sexo		
Masculino	153	27,57
Feminino	402	72,43
<i>Total</i>	555	100,00
Idade		
Entre 16 e 29 anos	100	17,89
Entre 30 e 39 anos	131	23,43
Entre 40 e 49 anos	196	35,06
Acima de 50 anos	132	23,61
<i>Total</i>	559	100,00
Situação Conjugal		
Com companheiro	287	51,71
Sem companheiro	268	48,29
<i>Total</i>	555	100,00
Cor		
Branca	229	41,94
Não Branca	317	58,06
<i>Total</i>	546	100,00
Grau de Escolaridade		
Superior/Pós-graduação	218	39,42
Médio/Técnico	249	45,03
Fundamental	86	15,55
<i>Total</i>	553	100,00
Antiguidade no Cargo		
Mais de 5 anos	295	52,77
5 anos ou menos	264	47,23
<i>Total</i>	559	100,00
Treinamento Prévio		
Sim	269	49,27
Não	277	50,73
<i>Total</i>	546	100,00
Tipo de Vínculo		
Efetivo	413	75,50
Contrato	124	22,67
Estágio	10	1,83
<i>Total</i>	547	100,00
Tipo de Cargo		
Nível Superior	195	35,78
Nível Médio	268	49,17
Nível Elementar	82	15,05
<i>Total</i>	545	100,00
Turno de Trabalho		
Diurno	511	95,51
Noturno	24	4,49
<i>Total</i>	535	100,00
Jornada de Trabalho		
8 a 12 horas	45	8,18
20 a 24 horas	95	17,27
30 a 36 horas	123	22,36
40 a 44 horas	287	52,18
<i>Total</i>	550	100,00
Nível da Atenção		
Gerência Distrital	37	6,62
Ambulatório Especializado	67	11,99
Urgência	101	18,07
Unidade Básica de Saúde	354	63,33
<i>Total</i>	559	100,00

6.3 Resultados da análise univariável

Foi evidenciada associação positiva entre relato de violência e grau de escolaridade superior/pós-graduação (TABELA 3). Quanto às características do emprego, observou-se associação positiva com cargo de nível médio e nível superior, trabalhar em regime noturno, ser lotado em unidade de urgência ou na atenção básica à saúde. Estar vinculado à instituição por meio de contrato ou estágio foi associado negativamente ao relato de violência no trabalho no último ano (TABELA 4). Em relação ao ambiente de trabalho, a análise univariada indicou associação positiva com ambiente/materiais insatisfatórios e baixo apoio social (TABELA 5).

Tabela 3 – Características sociodemográficas dos trabalhadores da saúde municipais segundo relato de violência no trabalho, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2009

Variáveis	Relato de Violência no Trabalho				RP	IC95%
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Sexo						
Masculino	153	30,54	348	69,46	–	
Feminino	402	31,83	861	68,17	1,04	0,87 - 1,26
Idade						
Entre 16 e 29 anos	100	29,59	238	70,41	–	
Entre 30 e 39 anos	131	30,32	301	69,68	1,02	0,80 - 1,33
Entre 40 e 49 anos	196	34,09	379	65,91	1,15	0,91 - 1,47
Acima de 50 anos	132	30,77	297	69,23	1,04	0,80 - 1,35
Situação Conjugal						
Com companheiro	287	29,90	673	70,10	–	
Sem companheiro	268	33,17	540	66,83	1,11	0,93 - 1,31
Cor						
Branca	229	31,28	503	68,72	–	
Não branca	317	31,96	675	68,04	1,02	0,87 - 1,21
Grau de escolaridade						
Fundamental	86	26,17	236	73,29	–	
Médio/Técnico	249	31,76	535	68,24	1,19	0,93 - 1,51 ^a
Superior/Pós-graduação	218	33,33	436	66,67	1,25	0,97 - 1,60 ^a

^a Variáveis associadas a violência no trabalho na análise univariável ($p \leq 0,20$)

Tabela 4 – Características do emprego dos trabalhadores da saúde municipais segundo relato de violência no trabalho, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2009

Variáveis	Relato de Violência no Trabalho				RP	IC95%
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Antiguidade no Unidade						
Até 5 anos	264	30,34	606	69,66	–	
Acima de 5 anos	295	32,63	609	67,37	1,07	0,91 - 1,27
Treinamento prévio						
Sim	269	31,57	583	68,43	–	
Não	277	31,99	589	68,01	1,01	0,63 - 0,93
Vínculo						
Efetivo	413	34,16	796	65,84	–	
Contrato	124	25,94	354	74,06	0,76	0,62 - 0,93 ^b
Estágio	10	21,28	37	78,72	0,62	0,33 - 1,16 ^a
Tipo de Cargo						
Nível elementar	82	26,71	225	73,29	–	
Nível médio	268	32,25	563	67,75	1,21	0,94 - 1,55 ^a
Nível Superior	195	33,8	382	66,20	1,27	0,98 - 1,64 ^a
Turno de Trabalho						
Diurno	511	31,10	1.132	68,90	–	
Noturno	24	44,44	30	55,56	1,43	0,94 - 2,15 ^a
Jornada de Trabalho Semanal						
8 a 12 horas	45	34,35	86	65,65	–	
20 a 24 horas	95	29,87	223	70,13	0,87	0,60 - 1,23
30 a 36 horas	123	33,79	241	66,21	0,98	0,69 - 1,38
40 a 44 horas	287	30,96	640	69,04	0,90	0,65 - 1,23
Nível da Atenção						
Gerência Distrital	37	21,76	133	78,24	–	
Ambulatório Especializado	67	22,48	231	77,52	1,03	0,69 - 1,54
Urgência	101	39,61	154	60,39	1,82	1,25 - 2,65 ^b
Unidade Básica de Saúde	354	33,75	695	66,25	1,55	1,10 - 2,17 ^b

^a Variáveis associadas a violência no trabalho na análise univariável ($p \leq 0,20$)

^b Variáveis associadas a violência no trabalho na análise univariável ($p \leq 0,05$)

Tabela 5 – Características do ambiente de trabalho dos trabalhadores da saúde municipais segundo relato de violência no trabalho, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2009

Variáveis	Relato de Violência no Trabalho				RP	IC95%
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Ambiente/ materiais						
Satisfatórios	291	27,56	765	72,44	–	
Insatisfatórios	268	37,33	450	62,67	1,35	1,15 - 1,60 ^b
Apoio Social^a						
Alto	195	23,72	627	76,28	–	
Baixo	364	38,24	588	61,72	1,61	1,35 - 1,91 ^b

^a Variável aferida pela escala de suporte social do JCQ (KARASEK *et al.*, 1998)

^b Variáveis associadas a violência no trabalho na análise univariável ($p \leq 0,05$)

6.4 Resultados da análise multivariável

O modelo multivariável foi construído com as variáveis associadas ao desfecho de acordo com o modelo univariável ao nível de significância de $p \leq 0,20$. No modelo final, ao nível de significância de $p \leq 0,05$, permaneceram positivamente associadas com o relato de violência no trabalho as seguintes variáveis: exercer cargo de nível superior, estar lotado em serviços que atendem demanda espontânea (unidades de urgência e as unidades de atenção básica à saúde), informar ambiente/ materiais insatisfatórios e relato compatível com baixo apoio social (TABELA 6).

Tabela 6 – Modelo final ajustado de fatores associados ao relato de violência no trabalho por trabalhadores da saúde municipais, Belo Horizonte, 2009

Variáveis	RP	IC95%	<i>p-valor</i>
Tipo de Cargo			
Nível elementar	–	–	
Nível médio	1,16	0,95 - 1,43	0,145
Nível Superior	1,24	1,00 - 1,53	0,051
Nível de Atenção			
Gerência Distrital	–	–	
Ambulatório Especializado	1,00	0,71 - 1,44	0,939
Urgência	1,61	1,17 - 2,24	0,004
Unidade Básica de Saúde	1,50	1,12 - 2,03	0,007
Ambiente/ materiais			
Satisfatórios	–	–	
Insatisfatórios	1,25	1,08 - 1,43	0,001
Apoio Social			
Alto	–	–	
Baixo	1,54	1,32 - 1,79	0,000

Teste de Deviance $p=1,000$

DISCUSSÃO

7 DISCUSSÃO

O presente estudo examinou a proporção de participantes que relatou ter assistido a episódios de violência no trabalho no último ano, e se tal ocorrência estava associada às condições de trabalho dos serviços municipais de saúde de Belo Horizonte. A frequência de relato de violência no trabalho foi de 31,5%. Não houve associação entre relato de violência no trabalho e características sociodemográficas dos trabalhadores da saúde. Foi encontrada associação positiva entre violência no trabalho e exercer cargo de nível superior. Estar lotado em unidades de saúde organizadas por demanda espontânea como serviços de urgência ou unidades básicas de saúde foi associado ao relato positivo de violência no trabalho. O grupo que relatou violência no trabalho também informou pior ambiente/materiais e baixo apoio social. Estes dois fatores foram associados positivamente ao desfecho.

A frequência de 31,5% de relatos de episódio de violência no trabalho nos últimos 12 meses converge com a literatura, como foi visto no Quadro 1 (página 32). Porém, não é possível comparar os resultados, uma vez que o presente estudo analisou a violência no trabalho sem especificar nem a tipologia e nem as características das vítimas.

A literatura apresenta resultados divergentes no que diz respeito à violência no trabalho e o sexo. Atribui-se à predominância de mulheres no setor saúde, o fato de alguns estudos terem indicado maior risco do sexo feminino sofrer violência no trabalho em saúde (TAYLOR; REW, 2009; ESTRADA *et al.*, 2010). O maior relato de vivência de violência no trabalho em saúde por mulheres também poderia ser atribuído a uma cultura vigente de submissão da mulher (SHAHZAD; MALIK, 2014).

Quanto ao tipo de violência relatada, foram evidenciadas diferenças entre homens e mulheres. Os homens, em geral, sofrem mais violência física. As mulheres relatam mais violência verbal (CHAPPEL; DI MARTINO, 2006). Autores sugerem ainda que homens e mulheres sejam igualmente propensos a vivenciarem violência física e/ou psicológica no trabalho em saúde (CEZAR; MARZIALE, 2006; ESTRADA *et al.*, 2010; MAGNAVITA, 2014). Tais achados são compatíveis com os resultados do presente estudo: o relato positivo de violência não foi associado ao sexo.

Em quatro instituições de saúde nos EUA, o inquérito transversal identificou que trabalhadores brancos apresentavam 2,71 mais chance de reportar eventos violentos no trabalho quando comparados aos negros e/ou asiáticos (SABRI *et al.*, 2014). Salienta-se que os grupos de trabalhadores negros e asiáticos podem ter relatado menos episódios violentos

por identificarem um menor número de situações como violência no trabalho devido a razões culturais. Dessa forma, os relatos seriam em menor número do que os eventos que realmente ocorreram e a subnotificação seria a justificativa para diferença encontrada entre os grupos de trabalhadores (SABRI *et al.*, 2014). Tal associação entre violência no trabalho e trabalhadores brancos não foi descrita no presente estudo, segundo o qual não houve diferenças entre relato de violência e cor da pele.

Profissionais menos escolarizados estariam mais vulneráveis a vivenciarem violência no trabalho (CURBOW, 2001; ZELNICK *et al.*, 2013; SHAHZAD; MALIK, 2014). Distingue-se da literatura o resultado que indica ausência de associação entre episódios de violência no trabalho e menor grau de escolaridade.

O fato de as perguntas utilizadas não permitirem identificar um tipo específico de violência e de vítima pode explicar porque não foram encontradas associações entre características individuais como sexo, cor da pele e grau de escolaridade com o relato de violência, pois tais características quando descritas se referiram ao respondente que presenciou um ato violento. De fato, foi uma escolha a fim de reduzir a influência dos fatores subjetivos e individuais das vítimas, uma vez que a literatura indicava a necessidade de ampliar a investigação sobre o fenômeno, incluindo outros atores e fatores relacionados às condições de trabalho (TAYLOR; REW, 2009; MIRANDA *et al.*, 2011; ZELNICK *et al.*, 2013; BENTLEY *et al.*, 2014). Sendo assim, optou-se por examinar relatos que indicam a experiência de vivenciar um chefe ou colega agredir um usuário ou um colega de trabalho no serviço de saúde.

A hipótese sugerida pela literatura para justificar a semelhança entre os sexos, cor da pele e grau de escolaridade no que diz respeito ao relato de episódios violentos é de que a vivência de violência no trabalho estaria associada à natureza da função e ao local de exercício da ocupação (CEZAR; MARZIALE, 2006; ESTRADA *et al.*, 2010; MAGNAVITA, 2014). Os resultados do presente estudo fortalecem tal hipótese. Não foram encontradas associações de relato de episódios violentos com sexo, cor da pele e grau de escolaridade, porém foi descrita uma forte associação entre violência no trabalho, tipo de cargo e nível assistencial.

Exercer função de atendimento ao público é um dos fatores predisponentes para vivência de violência no trabalho (OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH ADMINISTRATION, 2009; MIRANDA *et al.*, 2011; FUJISHIRO; GEE; CASTRO, 2011; ZELNICK *et al.*, 2013). Tanto os profissionais de nível médio quanto os de nível superior estão em frequente contato com os usuários. Na análise univariável, os dois tipos de cargo

foram associados a relato positivo de violência no trabalho, porém apenas o cargo de nível superior permaneceu associado no modelo multivariável.

De fato, os profissionais de nível médio são a porta de entrada no serviço, enquanto os de nível superior são responsáveis pela assistência em si. Sendo assim, ao assistir diretamente os usuários, lidam com os seus descontentamentos e mazelas. É possível que os usuários manifestem aos provedores da assistência suas insatisfações diante das “respostas” apresentadas pelos serviços e seus profissionais. Além disso, o grupo de profissionais que ocupam cargo de nível superior que relataram violência no trabalho está predominantemente lotado nas unidades de urgência e na atenção básica à saúde. Tais achados fortalecem a hipótese de associação entre o desfecho e a natureza da ocupação (ESTRADA *et al.*, 2010; MAGNAVITA, 2014).

Em relação aos episódios violentos ocorridos em ambulatórios ou na área administrativa, os trabalhadores da saúde que atuam nas urgências ou em unidades básicas de saúde relataram mais eventos violentos no trabalho no último ano. Este resultado é convergente com a literatura sobre o tema, porém as explicações para tal são específicas para cada tipo de serviço (TAYLOR; REW, 2009; MAGNAVITA, 2014; CHAPMAN *et al.*, 2009; MIRANDA *et al.*, 2011; LANCMAN *et al.*, 2009; BATISTA *et al.*, 2011).

Há uma característica em comum a esses dois tipos de serviço que é o atendimento à demanda espontânea, a qual exige formas de organização similares com equipes bem dimensionadas, equipamentos adequados e capacitação dos profissionais para lidar com situações não programadas. Nem sempre os serviços do SUS dispõem desses aparatos no nível e qualidade necessária (ASSUNÇÃO; JACKSON FILHO, 2011).

Além disso, a organização do trabalho pela demanda espontânea nos estabelecimentos permite situações inesperadas, sem hora marcada, impedindo muitas vezes os trabalhadores de realizarem as pausas programadas. A ausência das pausas para alimentação, higiene e descanso contribui para um quadro nocivo a saúde do trabalhador (REYNOLDS; KELLY; SINGH-CARLSON, 2014; LANCMAN *et al.*, 2011; TAYLOR; REW, 2009) A imprevisibilidade da demanda espontânea impõe um ritmo de trabalho acelerado e estressante, tal sobrecarga de trabalho favorece um comportamento menos flexível do trabalhador em situações de conflito, contribuindo para um clima de trabalho hostil entre colegas de trabalho e usuários do serviço (REYNOLDS; KELLY; SINGH-CARLSON, 2014).

Examinar cada nível de atenção pode contribuir para explicitar os fatores específicos relacionados à violência no trabalho. No caso dos serviços de urgência, sobretudo

o serviços públicos, lida-se constantemente com situações de violência urbana, violência doméstica e indivíduos em quadros de abuso de substâncias. Mas é fato que as características organizacionais e o processo de trabalho também contribuem para a vivência de violência dentro dessas unidades. No cotidiano das unidades de urgência, os trabalhadores se expõem a diferentes situações que podem gerar carga de trabalho, sendo elas:

- a) relação inadequada entre equipe e demanda de usuários, a unidade de urgência é projetada para manter equipes mínimas de forma a garantir o atendimento 24 horas, mesmo que implique número insuficiente de trabalhadores especialmente nos turnos noturno, finais de semana e feriados (LANCMAN *et al.*, 2011). A maioria das situações de conflito entre trabalhadores e usuários ocorre em momentos em que a equipe está com menor número de trabalhadores, implicando maiores tempos de espera (SHAHZAD; MALIK, 2014; ABUALRUB; AL-ASMAR, 2014; TAYLOR; REW, 2009). A equipe em número insuficiente trabalha sob a pressão da demanda além das suas capacidades de resolução. Tal contexto propicia os erros, os conflitos entre membros da equipe e com os usuários;
- b) situações de dor e risco de morte: o usuário em sua aflição demanda atenção e rapidez nas respostas, o que nem sempre é possível. Os trabalhadores como forma de proteção desenvolvem estratégias de distanciamento em resposta a grande pressão que enfrentam no dia a dia (LANCMAN *et al.*, 2011; BATISTA *et al.*, 2011). Essas estratégias de distanciamento podem ser mal interpretadas pelos usuários e acompanhantes que visualizam profissionais indiferentes ao seu sofrimento e pouco comprometidos com o trabalho, favorecendo episódios violentos no trabalho;
- c) desarticulação inter e intraequipe: as equipes médicas, de enfermagem, residentes, segurança, portaria, fisioterapeutas entre outros possuem chefias separadas e tendem a trabalhar de forma desarticulada criando sobreposição de ações, desacordo de condutas e desentendimentos entre os trabalhadores da saúde (LANCMAN *et al.*, 2011);
- d) materialidade do ambiente de trabalho: instalações físicas inadequadas, carência de equipamentos modernos e estruturas físicas insuficientes para atender a demanda contribuem para os eventos violentos no trabalho em saúde (LANCMAN *et al.*, 2011).

No caso das unidades básicas de saúde, a alta frequência de violência no trabalho está relacionada a sua atribuição assistencial na rede de atenção à saúde, a sua localização geográfica e a alta exigência do trabalho nesse ponto de atenção (CAMPOS, 2004; LANCMAN *et al.*, 2009; BATISTA *et al.*, 2011).

As atribuições assistenciais da atenção básica à saúde são: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Por primeiro contato entende-se que diante de um problema de saúde, o primeiro serviço a ser acessado pela população é a unidade básica de saúde. Longitudinalidade significa acompanhar o indivíduo e sua família em todos os ciclos da vida. Integralidade pressupõe uma equipe capaz de lidar com as mais variadas necessidades de saúde da população, reconhecendo as questões biopsicossociais e culturais envolvidas no processo saúde-doença. Por fim, a coordenação do cuidado prevê o acompanhamento pela unidade básica de saúde do projeto terapêutico individual em todos os pontos de atenção da rede, evitando sobreposição e divergências de ações de saúde (BRASIL, 2007).

Para garantir todas essas ações, as unidades básicas de saúde estão localizadas no mesmo território geográfico de moradia da população assistida, em geral áreas de grande vulnerabilidade social, alta densidade demográfica e concentração de grupos criminosos. Outro pré-requisito das atividades dos profissionais de saúde são os atendimentos em ambientes abertos e nas residências dos usuários, os quais estão fora do controle de segurança da instituição (LANCMAN *et al.*, 2009). A literatura indica que a localização em áreas de grande criminalidade está associada à vivência de violência no trabalho (CURBOW, 2001; KRUG *et al.*, 2002; BENTLEY *et al.*, 2014; BATISTA *et al.*, 2011). Tal associação é uma das possíveis explicações para a associação entre relato de violência no trabalho e estar lotado na atenção básica à saúde.

Considerando a violência como um fenômeno multifacetário, admite-se mais de um fator predisponente para a ocorrência de eventos violentos na atenção básica à saúde. Soma-se à localização geográfica em áreas de risco a alta exigência do trabalho em tais unidades. Essa alta exigência emocional ocorre, pois os trabalhadores da saúde, não raro, se deparam com situações socioeconômicas responsáveis em grande medida pelo agravamento ou manutenção do quadro de adoecimento da população assistida, dificultando a execução do projeto terapêutico. Os profissionais sentem-se impotentes e frustrados frente às necessidades de saúde e precariedade da situação socioeconômica da população assistida (FRITZEN, 2007; HAYASHI; SEILA; MCDONNELL, 2009; LANCMAN *et al.*, 2011). A

população, por sua vez, fica insatisfeita e desconfiada por não conseguir sanar seus problemas.

Lidar com situações de difícil manejo gera uma forte carga emocional para os trabalhadores da saúde, aumentando os níveis de estresse com interferência no relacionamento interpessoal intra e interequipe (ASSUNÇÃO; JACKSON FILHO, 2011). Situações assim caracterizadas são propícias à vivência de violência no trabalho (LANCMAN *et al.*, 2009; ESTRADA *et al.*, 2010; MAGNAVITA, 2014).

A inadequação do ambiente e materiais para atendimento ao público é um dos fatores elencados pelos trabalhadores da saúde como risco para vivência de violência no trabalho (CURBOW, 2001; CEZAR; MARZIALE, 2006; BATISTA *et al.*, 2011; BENTLEY *et al.*, 2014; LANCMAN *et al.*, 2011; SABBATH *et al.*, 2014). Quanto à precariedade das condições de trabalho nos estabelecimentos de saúde, registram-se escassez de leitos, falta de medicamentos, mobiliário em mau estado de conservação, condições climáticas inóspitas, ruído excessivo e equipamentos defasados (LANCMAN *et al.*, 2011; CEZAR; MARZIALE, 2006; ASSUNÇÃO; TAVARES; SERRA, 2012; ASSUNÇÃO; JACKSON FILHO, 2011).

A associação com ambiente / materiais para trabalhar é consistente. Adequações da iluminação, temperatura, ventilação, ruído, mobiliário e melhoria dos recursos e equipamentos são identificadas como potenciais medidas de prevenção da violência, bem como, adequações no layout (CURBOW, 2001; BATISTA *et al.*, 2011; BENTLEY *et al.*, 2014; LANCMAN *et al.*, 2011; SABBATH *et al.*, 2014). Não foram encontrados resultados anteriores sobre esse tópico. Embora a literatura indique as medidas de prevenção, é original o resultado do presente estudo que indica associação entre ambiente / materiais e vivência de violência no trabalho.

O baixo apoio social é um dos fatores de risco para violência no trabalho, sobretudo em situações de alta tensão no trabalho (MAGNAVITA, 2014; SHAHZAD; MALIK, 2014), conforme indica a associação encontrada entre baixo apoio social e maior frequência de violência no trabalho. Por um lado, equipes pouco coesas são menos potentes para bloquear o comportamento abusivo de outros agentes. A vivência de violência no trabalho, por outro lado, tende a provocar o isolamento dos trabalhadores como estratégia de autodefesa, contribuindo para uma relação de baixo apoio e colaboração entre os membros da equipe (MAGNAVITA, 2014; SHAHZAD; MALIK, 2014). Em qualquer quadro, sabe-se que é difícil saber se a violência no trabalho é causa ou conseqüência do baixo apoio social, pois ambos implicam em um cenário de deterioração das relações interpessoais, problemas de comunicação e hostilidade nos ambientes laborais (LASCHINGER; GRAU, 2012;

BENTLEY et al., 2014; SHAHZAD; MALIK, 2014; MAGNAVITA, 2014; LASCHINGER et al., 2014).

O presente estudo evidenciou a associação entre as condições de trabalho e o relato de violência no trabalho. O resultado do modelo multivariado reforça o caráter multidimensional do fenômeno violência no trabalho, sendo assim sugere-se um plano de enfrentamento que considere as características do trabalhador, as particularidades de cada nível de atenção, o processo de trabalho, a estrutura física e o clima de trabalho.

LIMITES E VANTAGENS

8 LIMITES E VANTAGENS

Embora a produção científica recente apresente conceitos similares de violência no trabalho e sua tipologia, a análise comparativa ainda é um desafio, pois os critérios metodológicos divergem quanto a período de avaliação, fontes de informação (oficiais ou inquiridos epidemiológicos), informante (agressor, vítima, observador) e instrumentos de coleta. O caráter histórico e cultural do fenômeno também dificulta a comparação, haja vista que algumas atitudes podem ser consideradas adequadas para certas populações e violentas em outras.

A inferência de causalidade entre a dimensão organizacional do trabalho e os episódios de violência é limitada devido ao desenho transversal do estudo que impossibilita definir a temporalidade entre as variáveis explicativas e o desfecho. Destaca-se a impossibilidade de afirmar que a frequência de relato de episódios de violência no trabalho descrita neste estudo é semelhante à frequência atual, pois entre os anos de 2009 e 2012, a SMSA-BH investiu na ampliação da rede de atenção à saúde, contratando um grande número de trabalhadores da saúde por meio de concurso público (TEIXEIRA *et al.*, 2012).

Apesar das limitações metodológicas, o presente estudo contou com uma amostra ampla e aleatória de trabalhadores da saúde da SMSA-BH. A seleção da amostra considerou os diversos grupos ocupacionais, a distribuição das unidades por área geográfica e os níveis de complexidade assistencial. A reposição das perdas, caracterizadas pelos trabalhadores que não foram encontrados em seus postos de trabalho após três tentativas, obedeceu aos mesmos critérios de seleção da amostra. Tais medidas foram adotadas para minimizar um possível viés de seleção, garantindo a representatividade da amostra.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A alta frequência de relato de violência no trabalho descrita neste estudo evidencia a relevância do fenômeno no âmbito das unidades de saúde do SMSA-BH. As análises estatísticas realizadas contribuíram para descrever a magnitude da associação entre exercer cargo de nível superior, estar lotado em unidades organizadas pela demanda espontânea (serviços de urgência e unidades básicas de saúde), ambiente/ materiais insatisfatórios e baixo apoio social com relato de violência no trabalho, corroborando com os achados dos estudos descritivos e qualitativos.

O intuito deste estudo foi identificar pistas para definição de ações transformadoras da violência no SUS-BH. Os resultados descritos fortalecem as premissas que sustentam ações visando inovar modelos de gestão de maneira a garantir mais apoio social e adequação das condições de trabalho. Os programas de prevenção à violência devem considerar as especificidades das atribuições profissionais e do local em que os trabalhadores da saúde exercem suas atividades laborais com destaque para os profissionais de nível superior lotados em unidades de urgência ou na atenção básica à saúde.

RECOMENDAÇÕES

10 RECOMENDAÇÕES

As investigações científicas sobre violência no trabalho têm se multiplicado nos últimos anos em busca de maior compreensão sobre o tema, pois se trata de um fenômeno passível de prevenção (ESTRADA *et al.*, 2010). Entre as medidas de prevenção da violência no trabalho podem-se citar: a formulação de legislação, políticas e programas antiviolaência; melhorias no ambiente de trabalho, estilos de gestão e modelos organizacionais; melhores oportunidades de treinamento, aconselhamento e apoio para os trabalhadores (KRUG *et al.*, 2002; LASCHINGER *et al.*, 2014).

No âmbito institucional, as ações de enfrentamento indicam a importância da definição de violência no trabalho, descrição das atitudes classificadas como violência no trabalho, diretrizes para notificação dos eventos violentos e sanções que serão aplicadas após averiguação dos fatos (ABUALRUB; AL-ASMAR, 2014). A divulgação da política antiviolaência da instituição faz com que os trabalhadores sintam-se resguardados pela gestão e reduz a percepção da violência no trabalho como um fenômeno intrínseco ao trabalho em saúde.

Para redução do risco de violência no trabalho é importante garantir o quantitativo de trabalhadores adequado à demanda do estabelecimento de saúde (SHAHZAD; MALIK, 2014; ABUALRUB; AL-ASMAR, 2014). São indicados investimentos em infraestrutura como ampliação de recursos humanos e adequação das condições de trabalho. Modificações no ambiente de trabalho reduzem a percepção de exposição a situações psicossociais adversas de trabalho e o risco de agressão (SABBATH *et al.*, 2014; BENTLEY *et al.*, 2014).

As intervenções no ambiente de trabalho incluem ações de melhoria do mobiliário, adequação das condições climáticas, controle de ruído, provimento das tecnologias necessárias para o trabalho e implantação de medidas de segurança. Adoção de detectores de metais, equipes de segurança treinadas, instalação de câmeras são indicadas (HEPONIEMI *et al.*, 2014). Medidas de segurança e restrição do acesso são primordiais para controle da violência no trabalho (ABUALRUB; AL-ASMAR, 2014).

Promover treinamentos para os trabalhadores da saúde também constitui uma ação estratégica de enfrentamento da violência. Os programas de capacitação devem visar ao desenvolvimento de habilidades de comunicação, à resolução de conflitos, à percepção das situações de risco e aos métodos de autodefesa (MAGNAVITA, 2014; ABUALRUB; AL-ASMAR, 2014).

Além de treinamentos para situações de conflito e violência no trabalho, os trabalhadores da saúde precisam de atualizações e capacitação para manejo das condições de saúde, garantindo as melhores técnicas de tratamento. A relação trabalhador da saúde e usuário/família é um tema a ser incluído nas capacitações. O trabalhador da saúde capacitado transmite segurança para os pacientes e familiares, favorecendo a criação de vínculo. Manter os familiares e pacientes informados quanto ao seu estado de saúde e procedimentos que deverão ser realizados favorece os laços de confiança com a equipe, reduzindo os riscos de violência no trabalho (ABUALRUB; AL-ASMAR, 2014). Os treinamentos e capacitações também têm a função de padronizar os procedimentos, minimizando as divergências de conduta entre os membros da equipe.

É necessária a instituição de um momento de integração entre os membros da equipe de saúde, não apenas para a construção das ações de saúde, mas também para atividades que promovam o fortalecimento das relações interpessoais entre trabalhadores da saúde. O papel da chefia é garantir, incentivar e guiar os momentos de reunião da equipe. Para isso, os trabalhadores da saúde que exercem cargos de chefia também necessitam desenvolver habilidades de comunicação (BENTLEY *et al.*, 2014; MAGNAVITA, 2014).

Gestores mais preparados tendem a refletir sobre as críticas advindas dos seus subordinados, incentivam o trabalho em equipe, orientam na realização dos procedimentos padrões e permitem um grau de liberdade decisória aos seus subordinados no que diz respeito às suas atividades laborais (LASCHINGER *et al.*, 2014). Redução do estresse ocupacional, promoção de uma equipe coesa, reformulação dos procedimentos são ações indicadas pela literatura para compor programas de prevenção de violência no trabalho (BENTLEY *et al.*, 2014).

O *Código de Medidas e Práticas para Combate da Violência no Trabalho no Setor de Serviços* sugere que os programas institucionais de prevenção da violência sejam norteados por cinco pilares. Cada um dos cinco pilares dispara diferentes ações envolvendo a gerência e os trabalhadores da saúde (OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH ADMINISTRATION, 2004), sendo eles os seguintes:

- a) a análise do local de trabalho: busca identificar as características do estabelecimento de saúde propícias à ocorrência de episódios de violência no trabalho como livre acesso às dependências da unidade, ausência de sistema de segurança, falhas em escalas de trabalho entre outros;
- b) o sistema de informação institucional de violência no trabalho: garante o registro dos episódios de violência no trabalho e dos fatores relacionados ao

mesmo, permitindo identificar pontos comuns entre os diversos eventos violentos. Outra função do sistema de informação é avaliar a eficácia das medidas adotadas para prevenção da violência no trabalho;

- c) o controle e prevenção de risco: define as medidas estruturais, organizacionais e pessoais para a prevenção de violência no trabalho. Tais medidas são baseadas nas informações levantadas pela análise do local de trabalho e pelo sistema de informação institucional de violência no trabalho;
- d) os treinamentos em segurança e saúde: divulgam os procedimentos de segurança estabelecidos pela instituição, ensinando aos trabalhadores como protegerem a si mesmos e aos seus colegas de trabalho;
- e) comprometimento gerencial e dos trabalhadores com o programa institucional de prevenção à violência no trabalho, executando as ações que lhe são cabidas e fornecendo informações úteis para delineamento, implantação e avaliação do programa.

A seguir serão descritas ações para manejo da violência no trabalho baseadas e adaptadas do *Código de Medidas e Práticas para Combate da Violência no Trabalho no Setor de Serviços* (OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH ADMINISTRATION, 2004) e nas *Diretrizes para Prevenção da Violência no Trabalho nos Serviços de Saúde e Assistência Social da Divisão Ocupacional de Segurança e Saúde* (INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION, 2003). Tais ações estão classificadas de acordo com os atores responsáveis por sua execução: gerência e trabalhadores da saúde.

Ações da gerência

- a) definir o conceito de violência no trabalho;
- b) criar uma política de “tolerância zero” às atitudes violentas no trabalho;
- c) definir às diretrizes gerais e específicas de promoção de ambientes dignos;
- d) definir políticas de relacionamento interpessoal que promovam a dignidade e o respeito mútuo;
- e) observar e seguir a legislação de segurança e saúde no trabalho;
- f) garantir um sistema para receber as queixas e fortalecer a justiça, evitando, dessa maneira, punições excessivas em relação ao teor e caráter das queixas;
- g) implantar procedimentos disciplinares para casos de atos violentos;
- h) assegurar que o trabalhador não sofrerá represálias a relatar as vivências de atos violentos;

- i) garantir a confidencialidade das situações de maneira a não expor as vítimas e testemunhas dos atos violentos;
- j) apoiar os trabalhadores vítimas de atos violentos a fim de promover a sua recuperação em condições dignas e humanas;
- k) coletar informações a respeito dos incidentes de violência para avaliação de risco e implantação de medidas visando avançar na prevenção;
- l) identificar mudanças no desempenho e comportamento da equipe que podem induzir ou favorecer a escalada e atos violentos;
- m) avaliar o ambiente de trabalho a fim de identificar necessidades de transformações das condições e do processo de trabalho visando prevenir, reduzir ou eliminar riscos;
- n) desenvolver medidas de gestão de risco;
- o) desenvolver programas de informação, educação e treinamento para enfrentamento das situações de violência;
- p) promover canais de comunicação, por exemplo rodas de conversa, a fim de favorecer elos entre trabalhadores e incentivar boas práticas;
- q) promover um ambiente de trabalho comprometido tanto com a segurança e saúde do trabalhador quanto com a qualidade dos serviços;
- r) avaliar as intervenções e o manejo dos eventos violentos.

Ações dos trabalhadores da saúde:

- a) cooperar com empregadores e comitês de saúde e segurança ocupacional;
- b) relatar as vivências de atos violentos no trabalho de acordo com as normas da instituição;
- c) conhecer e colaborar com as políticas de prevenção da violência no trabalho e de relacionamento interpessoal da instituição;
- d) adotar medidas de segurança e saúde no trabalho;
- e) cooperar no desenvolvimento de formação para prevenção de atos violentos nas unidades de trabalho;
- f) agir positivamente a fim de garantir um ambiente solidário;
- g) identificar situações de risco de violência a fim de adotar medidas de prevenção das mesmas;
- h) contribuir para o aprimoramento da avaliação dos eventos violentos e da resolução dos seus fatores predisponentes.

Ações compartilhadas:

- a) disseminar uma política de “tolerância zero” às atitudes violentas no trabalho;
- b) apoiar toda ação que vise à criação de um ambiente livre de violência no trabalho;
- c) divulgar a política de prevenção da violência para todos os indivíduos que frequentam o local de trabalho;
- d) esclarecer e divulgar tópicos da política de prevenção de atos violentos da instituição;
- e) desenvolver habilidades de comunicação a fim de prevenir situações geradoras de eventos violentos.

Além das ações de âmbito institucional, é esperado o envolvimento do Estado no que tange a revisão constante da legislação de segurança e saúde no trabalho, desenvolvimento de ações de prevenção articuladas com as tendências regionais e internacionais, incentivo a pesquisas para subsídio de ações de prevenção e financiamento de programas antiviolaência no trabalho (INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION, 2003).

Neste tópico foram abordadas medidas gerais de prevenção da violência, porém os locais de trabalho divergem entre si. Por isso a importância de identificar as características associadas aos eventos violentos de cada local de trabalho a fim de desenvolver ações preventivas específicas para cada situação de risco de violência no trabalho.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ABUALRUB, R. F.; AL-ASMAR, A. H. Psychological violence in the workplace among Jordanian hospital nurses. **Journal of Transcultural Nursing**, v. 25, n. 1, p. 6-14, 2014.

ARAÚJO, T. M.; KARASEK, R. Validity and reliability of the job content questionnaire in formal and informal jobs in Brazil. **Sacandinavian Journal of Work Enviroment & Health**, Suppl, Helsinki, n. 6, p. 52-59, 2008.

ASSUNÇÃO, A. Á.; JACKSON FILHO, J. M. Transformações do trabalho no setor saúde e condições para cuidar. In: ASSUNÇÃO, A. Á.; BRITO, J. **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. 22. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. Cap. 2, p. 45-65.

ASSUNÇÃO, A. Á.; TAVARES, I. R.; SERRA, P. J. Natureza e condições atuais do trabalho em saúde: o que diz a literatura sobre o adoecimento dos trabalhadores? In: MACHADO, J. H.; ASSUNÇÃO, A. Á. **Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde**. 1. ed. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais/Faculdade de Medicina, 2012. Cap. 4, p. 106-149.

BARBOSA, R. E. C.; ASSUNÇÃO, A. Á.; ARAÚJO, T. M. Musculoskeletal pain among healthcare workers: an exploratory study on gender differences. **American Journal of Industrial Medicine**, v. 56, n. 10, p. 1-13, 2013.

BARLING, J.; DUPRÉ, K. E.; KELLOWAY, K. Predicting workplace aggression and violence. **Annual Reviews of Psychology**, Danvers, v. 60, p. 671-692, 2009.

BARRETO, M. **Violência, saúde e trabalho: uma jornada de humilhações**. 1. ed. São Paulo: EDUC, 2006. p. 235.

BATISTA, C. B. *et al.* Violência no trabalho em saúde: análise em unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 295-317, 2011.

BENTLEY, T. A. *et al.* Understanding workplace violence: the values of a systems perspective. **Applied Ergonomics**, v. 45, p. 839-848, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários da Saúde. Os fundamentos da atenção primária e da promoção da saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde; Conselho

Nacional de Secretários da Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. 20. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários da Saúde, 2007. p. 36-53.

BRITO, J. *et al.* A saúde dos trabalhadores da saúde: focos, abordagens e estratégias de pesquisa. In: MACHADO, J. H.; ASSUNÇÃO, A. Á. **Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde**. 1. ed. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais/Faculdade de Medicina, 2012. Cap. 3, p. 66-105.

CAMEY, S. A. *et al.* Bias of using odds ratio estimates in multinomial logistic regressions to estimate relative risk or prevalence ratio and alternatives. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 21-29, 2014.

CAMPOS, A. D. S. **A violência como objeto para a saúde do trabalhador**: agressões contra trabalhadores das unidades básicas de saúde do distrito sanitário norte de Belo Horizonte. 2014. 136f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

CAMPOS, A. S.; PIERANTONI, C. R. Violência no trabalho em saúde: um tema para a cooperação internacional em recursos humanos para a saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 86-92, 2010. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/349/506>>. Acesso em: 31 ago. 2014.

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

CHAPMAN, R. *et al.* Examining the characteristics of workplace violence in one non-tertiary hospital. **Journal of Clinical Nursing**, v. 19, p. 479-488, 2009.

CHAPPEL, D.; DI MARTINO, V. **Violence at work**. 3. ed. Geneva: International Labour Office, 2006. p. 360.

CURBOW, B. Origins of Violence at Work. In: COOPER, C. L.; SWANSON, N. **Workplace violence in the health sector**: state of the art. Geneva: International Labour Office, International Council of Nurses, WHO, Public Services International, 2001. Cap. 4, p. 35-48. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVstateart.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2013.

DI MARTINO, V. **Workplace violence in the health sector: country case studys: Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and additional australian study.** Geneva: International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization, Public Services International, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVsynthesisreport.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2013.

ERGÜN, F. S.; KARADAKOVAN, A. Violence towards nursing staff in emergency departments in one turkish city. **International Nursing Review**, v. 52, p. 154-190, 2005.

ESTRADA, F. *et al.* Violence at work: the wmergence of a social problem. **Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention**, Aarhus, v. 11, p. 46-65, 2010.

FRITZEN, S. A. Strategic management of the health workforce in developing countries: what have we learned? **Human Resources for Health**, London, v. 5, n. 4, p. 1-9, 2007.

FUJISHIRO, K.; GEE, G. C.; CASTRO, A. B. Associations of workplace aggression with work-related well-being among nurses in the Philippines. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 101, n. 5, p. 861-867, 2011.

GHAZIRI, M. E. *et al.* Work schedule and client characteristics associated with workplace violence experience among nurses and midwives in sub-saharan Africa. **Journal of The Association of Nurses in Aids Care**, v. 25, n. 1, p. 79-89, 2014.

GUEDES, M. M. **Terror psicológico no trabalho.** 3. ed. São Paulo: LTr, 2008. 175p.

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.

HAYASHI, A. S.; SEILA, E.; MCDONNELL, K. Stress in a provider retention in underserved communities. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, Baltimore, v. 20, p. 597-604, 2009.

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**, London, v. 14, p. 1-8, 2014.

HIRIGOYEN, M. F. **Mal estar no trabalho**: redefinindo o assédio moral. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 2006. p. 352.

HOLMES, D. *et al.* Introduction: (re)thinking violence in health care settings. In: HOLMES, D.; RUDGE, T.; PERRON, A. **(Re) thinking violence in health care settings**: a critical approach. 1. ed. England: Ashgate Publishing Limited, 2012. p. 1-30.

IMURA, C. P.; SILVEIRA, A. M. Como explicar a violência. In: DE MELO, E. M. **Podemos prevenir a violência**. 1. ed. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde, 2010. Cap. 2, p. 25-50.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tabela 11 - Pessoal de nível superior ocupado em estabelecimentos de saúde, por esfera administrativa, ocupação, segundo as grandes regiões, as unidades da federação e os municípios das capitais** - 2009, 2009a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/tabelas_pdf/tabela11.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tabela 12 - Pessoal de nível técnico/auxiliar ocupado em estabelecimentos de saúde, por esfera administrativa, ocupação, segundo as grandes regiões, as unidades da federação e os municípios das capitais** - 2009, 2009b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/tabelas_pdf/tabela12.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2014.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. **Code of practice on workplace violence in services sectors and measures to combat this phenomenon**. Geneva, 2003, p. 1-20.

JOHNSON, S. L. International perspectives on workplace bullying among nurses: a review. **International Council of Nurses**, Geneva, v. 56, p. 34-40, 2009.

KARASEK, R. *et al.* The job content questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. **Journal of Occupational Health Psychology**, Washington, v. 3, n. 4, p. 322-355, 1998.

KRUG, E. G. *et al.* **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002. p. 370.

LANCMAN, S. *et al.* Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 682-8, 2009.

LANCMAN, S. *et al.* Violência no trabalho e saúde mental em um serviço de pronto atendimento hospitalar. In: ASSUNÇÃO, A. Á.; BRITO, J. **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. 22. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. Cap. 5, p. 111-130.

LASCHINGER, H. K. S. *et al.* Resonant leadership and workplace empowerment: the value of positive organizational cultures in reducing workplace incivility. **Nursing Economic**, Pitman, v. 32, n. 1, p. 5-17, 2014.

LASCHINGER, H. K. S.; GRAU, A. L. The influence of personal dispositional factors and organizational resources on workplace violence, burnout, and health outcomes in new graduate nurses: a cross-sectional study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 49, p. 282-291, 2012.

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**. Geneva: International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization, Public Services International, 2001, Cap. 1, p. 3-18. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVstateart.pdf> Acesso em: 25 ago.2013.

LUIZ, R. R.; MAGNANINI, M. M. F. A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 9-28, 2000.

LWANGA, H. K. S.; LEMESHOW, S. **Sample size determination in health studies: a practical manual**. Geneva: World Health Organization, 1991. 88 p.

MAGNAVITA, N. Workplace violence and occupational stress in healthcare workers: a chicken-and-egg situation – results of a 6-year follow-up study. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 0, n. 0, p. 1-11, 2014.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 132p.

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, L. A. **Violência ocupacional contra profissionais de saúde em um hospital de urgência, Natal/RN 2009**. 2009. 159f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.

OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH ADMINISTRATION. **Guidelines for preventing workplace violence for health care & social service workers**, 2004, p. 44.

OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH ADMINISTRATION. **Recommendations for workplace violence prevention programs in late night retail establishments**, 2009, p. 37.

PIQUERO, N. L. *et al.* Assessing research on workplace violence, 2000-2012. **Aggression and Violent Behavior**, v. 18, p. 383-394, 2013.

PRIBERAM. **Dicionário Priberam**, 2014a. Disponível em: <<http://priberam.pt/dspo/viol%C3%Aancia>>. Acesso em: 03 ago. 2014.

PRIBERAM. **Dicionário Priberam**, 2014b. Disponível em: <<http://www.priberam.pt/dlpo/agress%C3%A3o>>. Acesso em: 03 ago. 2014.

REYNOLDS, G.; KELLY, S.; SINGH-CARLSON, S. Horizontal hostility and verbal violence between nurses in the perinatal arena of health care. **Nursing Management**, Philadelphia, v. 20, n. 9, p. 24-30, 2014.

SABBATH, E. L. *et al.* Occupational injury among hospital patient-care workers: what is the association with workplace verbal abuse? **American Journal of Industrial Medicine**, v. 57, p. 222-232, 2014.

SABRI, B. *et al.* Racial and ethnic differences in factors related to workplace violence victimization. **Western Journal of Nursing Research**, p. 1-17, 2014.

SALVATORE, R. Conclusion: violence and the ‘civilizing process’ in modern Latin America. **Bulletin of Latin American Research**, v. 32, p. 235-239, 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. **Relatório de gestão do SUS-BH 2013**. Belo Horizonte, p. 241. 2013. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=15436&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0>. Acesso em: 18 out. 2014.

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.

SMITH, D. R.; LEGGAT, P. A.; ARAKI, S. Emerging occupational hazards among health care workers in the new millennium. **Industrial health**, Tokyo, v. 45, p. 595-597, 2007.

TAYLOR, J. L.; REW, L. A systematic review of the literature: workplace violence in the emergence department. **Journal of Clinical Nursing**, v. 20, p. 1072-1085, 2009.

TEIXEIRA, M. G. *et al.* A construção da política pública de saúde em Belo Horizonte: o Sistema Único de Saúde (SUS) no município. In: TEIXEIRA, M. G.; RATES, S. M. M.; COIMBRA, J. M. F. **O coletivo de uma construção**. Belo Horizonte: Rona, 2012. v. 1, p. 27-33.

THE DIVISION OF OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH. **Injury & Illness Prevention Model Program for Workplace Security**, 1995.

THOMAS, S. P. Examining nurse-to-nurse horizontal violence and nurse-to-student vertical violence through the lens of phenomenology. In: HOLMES, D.; RUDGE, T.; PERRON, A. **(Re) thinking violence in health care settings: a critical approach**. 1. ed. England: Ashgate Publishing Limited, 2012. Cap. 8, p. 143-161.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Working together for health: the world health report 2006**. Geneva: World Health Organization, 2006. p. 235. 2006.

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.

ANEXOS

**ANEXO A – WORKPLACE VIOLENCE IN MUNICIPAL
HEALTHCARE SERVICES IN BELO HORIZONTE, BRAZIL**

Elsevier Editorial System(tm) for Aggression and Violent Behavior
Manuscript Draft

Manuscript Number:

Title: Workplace Violence in Municipal Healthcare services in Belo Horizonte, Brazil

Article Type: Research Paper

Keywords: Workplace Violence, Occupational Health, Health Services, Health Care Workers

Corresponding Author: Mrs. Luiza Oliveira Lignani, M.D.

Corresponding Author's Institution: Universidade Federal de Minas Gerais

First Author: Luiza Oliveira Lignani, M.D.

Order of Authors: Luiza Oliveira Lignani, M.D.; Ada A Assunção, Post Doctor

Abstract: Workplace violence at healthcare establishments is a worldwide phenomenon that has caused illness among healthcare professionals and impairment of the quality of the services provided for the populations involved. The aim here was to assess the proportions of violent acts at the workplace and determine whether working conditions had any relationship with such situations. This cross-sectional survey analyzed data on 2,205 workers at municipal healthcare services in Belo Horizonte. Associations were estimated by Poisson regression method. Almost one third (31.5%) of the workers reported having experienced acts of violence during the past year (between colleagues or between colleagues and users). Occupying university level job position (PR = 1.24); working in emergency (PR = 1.61) and in primary healthcare units (PR = 1.50); reporting unsatisfactory situations with regard to the environment or work materials (PR = 1.25) and low social support (PR = 1.54) were positively associated with the event of interest ($p \leq 0.05$). It is suggested that prevention programs should be implemented, with priority for groups within services of greater vulnerability. Actions for improving working conditions and adaptations of the management model so as to support workers in carrying out their tasks and interacting with users were indicated.

Belo Horizonte, January 20, 2015.

Dear Dr. Editor,

I am pleased to submit an original research article entitled “**Workplace Violence in Municipal Healthcare Services in Belo Horizonte, Brazil**” to review and possible publication in this periodic. The manuscript authors are: Luiza O. Lignani and Ada A. Assunção, which state that they are aware about your submission.

In this manuscript, we showed that workplace violence was positively associated with working conditions: occupying a university-level job position, allocation to services that deal with spontaneous demand (emergency units and primary healthcare units), reports of unsatisfactory environments and materials and reports compatible with low social support.

The results presented here indicate the pertinence of actions to improve working conditions and strengthen management models in order to prevent workplace violence in healthcare services.

We believe that this manuscript is appropriate for publication by the Aggression and Violent Behavior because the focus of research was to identify the working characteristics which was correlated with workplace violence and indicate preventing measures.

This manuscript has not been published and is not under consideration for publication elsewhere. We have no conflicts of interest to disclose. The general methods as well as statistical procedures are well explained and justified.

Thank you for your consideration!

Sincerely,

Luiza Oliveira Lignani

**WORKPLACE VIOLENCE IN MUNICIPAL HEALTHCARE SERVICES IN
BELO HORIZONTE, BRAZIL**

Luiza Oliveira Lignani (corresponding author)¹

Ada Ávila Assunção²

¹ Medical Faculty - Federal University of Minas Gerais. Avenue Alfredo Balena, nº 190, room 705, Centro, CEP 30130- 100. Belo Horizonte/MG – Brasil. E-mail:

lulignani@gmail.com. Tel/Fax: (5531) 3409-9112

² Medical Faculty - Federal University of Minas Gerais. Avenue Alfredo Balena, nº 190, room 705, Centro, CEP 30130- 100. Belo Horizonte/MG – Brasil. E-mail:

avilaufmg@gmail.com. Tel/Fax: (5531) 3409-9112

1. INTRODUCTION

During day-to-day provision of services, healthcare workers face conflicts of a personal nature and also conflicts that are strictly related to the content of their work. Individual characteristics and those of the organizational models adopted by service production systems may lie at the origin of such conflicts. Regarding the latter, inadequate estimation of the quantities of resources and incoherence between demand for and provision of attendance have been shown in previous studies. With regard to individual factors, problems relating to workers' frustrations and anxieties and to personality clashes have been recognized (MAGNAVITA, 2014; HAYASHI; SELIA; MCDONNELL, 2009). Conflicts may occur when, within the care setting, users express their discontent in the light of difficulties that they face within other avenues of their lives, such as unemployment or breakdown of family structures (HAYASHI; SELIA; MCDONNELL, 2009).

Workplace violence comprises "any action, incident or behavior that departs from reasonable conduct, in which a person is assaulted, threatened, harmed or injured in the course of, or as a direct result of his or her work" (INTERNATIONAL LABOR ORGANIZATION, 2003:4). Moreover, according to the International Labor Organization (2003:4), there are two types of violence: "internal workplace violence is that which takes place between workers, including managers and supervisors, and external workplace violence is that which takes place between workers (and managers and supervisors) and any other person present at the workplace."

Some sectors are more susceptible to experiencing aggressive acts in the workplace, and these include public security, the school system, commerce, legal services, urban transportation and healthcare services (ESTRADA et al., 2010; PIQUERO et al., 2013). Regarding the latter, this vulnerability can be explained in the light of the high frequency with which patients and members of their families arrive armed or in a state of drug use. Provision of care to individuals involved in criminal acts or presenting mental illness is common, and these groups are well-known to be more aggressive.

Free access, unimpeded circulation and long waiting times for attendance, especially in emergency cases, are situations that may give rise to emotional imbalance and

culminate in aggression. External attacks target the availability of medications and administrators' management of materials and money (GHAZIRI et al., 2014; TAYLOR; REW, 2009). It is not uncommon, with regard to services that are open to the public, for healthcare professionals to be exposed to dissatisfied users' manifestations, which might relate to the rules or hours of service provision or to the quality of care: for example, in relation to lack of medications (MIRANDA et al., 2011; FUJISHIRO; GEE; CASTRO, 2011; ZELNICK et al., 2013). Within this setting, it is to be hoped that the systems are equipped and workers have been trained sufficiently for crises to be avoided and conflicts to be bypassed. If not, space is made available for situations of workplace violence to evolve (CHAPPELL; DI MARTINO, 2006).

Low performance and absenteeism are more frequent among individuals who have experienced workplace violence (SHAHZAD; MALIK, 2014). Other effects have been recorded in the literature: depression, anxiety, low self-esteem, fatigue, sleep disorders and irritability (JOHNSON, 2009; BATISTA et al., 2011; SHAHZAD; MALIK, 2014). Diminished satisfaction and the desire to change job have been recorded, thus explaining the higher staff turnover and giving rise to impairment of the aim within healthcare systems to establish links with users (HEPONIEMI et al., 2014; MIRANDA et al., 2011; SHAHZAD; MALIK, 2014). It should be borne in mind that replacement of a worker who is absent due to psychological problems generated by violent situations is not automatic. In turn, in a vicious circle, such situations cause further discontent and hostility, thus making the team more vulnerable to new episodes (SHAHZAD; MALIK, 2014; ABUALRUB; AL-ASMAR, 2014).

Although many studies have been conducted, they have concentrated on describing the frequency of episodes according to the victims' profiles or the characteristics of the aggressors, and on describing the types of service within which these episodes have occurred. There is a need to deepen such studies, so as to also address the organizational context and the conditions within the working environment (CHAPMAN et al., 2009; TAYLOR; REW, 2009; MIRANDA et al., 2011; ZELNICK et al., 2013). In this scenario, studies that would make it possible to ascertain both the victims' or witnesses' profile and the context within which such episodes were generated are desirable. The results might contribute towards drawing up preventive measures.

The present investigation sought to give visibility to this phenomenon within the municipal healthcare sector of Belo Horizonte. Information on the proportion of healthcare workers who have experienced violent acts while carrying out their work activities is furnished, and the possibility that these episodes might have a relationship with working conditions within the healthcare services in which they occurred is assessed.

2. METHODS

The municipal healthcare system of Belo Horizonte is organized in conformity with the guidelines of the Brazilian National Health System (SUS). Thus, it comprises three hierarchical care levels: primary, secondary (or outpatient) and tertiary. This last level encompasses emergency services and hospital care. Although the services are of public nature, the service network incorporates private services (MACINKO et al., 2010). In the case of Belo Horizonte, the primary care units, specialty outpatient clinics, emergency units and administrative services are under municipal management.

This cross-sectional survey was developed between September 2008 and January 2009. A sample from the total population of 13,602 healthcare workers employed within the public healthcare services of the municipality of Belo Horizonte, Brazil, was analyzed.

The data available on occurrences of workplace violence within the healthcare sector are discrepant (TAYLOR; REW, 2009). For this reason, the sampling calculation was done on the basis of 50% prevalence, 95% confidence interval and 2.5% error of precision (LWANGA; LEMESHOW, 2001), with the addition of 20% to minimize possible losses. Thus, the estimated sample size for the event of interest was 1,650 subjects. However, it should be remembered that this calculation was expanded to include the other events that were included overall in this survey addressing the population of healthcare workers. For this reason, 2,205 workers were drawn. The Epi Info® software, version 6.0, was used to randomly select the subjects for the sample, and this process took into consideration the geographical region, type of occupation and care level. Among the individuals drawn, 23 refused to participate. Workers who were selected but were not present on the day of data-gathering (due to sick leave, vacation,

transfer, retirement or death, etc.) were replaced, while respecting the same criteria used for the sampling calculating. Data were gathered using a self-completion questionnaire. In accordance with the recommendations of the World Health Organization (KRUG et al., 2002), the terms “violence” and “violent episodes” were used. In the Portuguese language, the term “violence” has a more comprehensive connotation than the terms “aggression” and “threats”. Although the latter two terms are frequently used in the specialized literature, they are less comprehensive because they relate to the means used for perpetrating violence.

With regard to the data-gathering, the subjects’ reports were measured without taking into account the individual’s degree of involvement in the episode reported. This approach sought to exempt the informant in relation to his report (BARLING; DUPRÉ; KELLOWAY, 2009; MIRANDA et al., 2011).

Violence within the healthcare sector originates from conflicts in the interactions between healthcare workers, users, people accompanying the user and the worker’s colleagues (including the manager/boss). Violent episodes relate to the different dimensions (the personalities of the players involved, nature of tasks, working conditions, management model and working environment, among others) that interlink within the organizational, community and social environments (CURBOW, 2001). From this perspective, the covariables were grouped into three categories: sociodemographic characteristics - sex, conjugal situation (with a companion or without a companion), age (16 to 29 years, 30 to 39 years, 40 to 49 years or 50 years and over), skin color (white or nonwhite) and schooling level (elementary school, high/technical school or undergraduate/postgraduate university level); job characteristics – length of time at the unit (up to 5 years or more than 5 years), previous training for the job function (yes or no), type of employment linkage (permanent employee, contract worker or trainee), job position (elementary, high/technical or university level), work shift (daytime or nighttime), number of hours worked per week (8 to 12 hours, 20 to 24 hours, 30 to 36 hours or 40 to 44 hours) and care level (management, outpatient clinic, emergency service or primary healthcare); characteristics of the working environment – environment and materials (satisfactory or unsatisfactory) and social support (high or low).

The variable of environment and materials was constructed by combining the responses to questions on internal noise, external noise, ventilation, temperature, lighting, furniture and adequacy of the technical resources and equipment. The questions on noise were classified as negligible (0), moderate (1) or high/intolerable (2). The other factors were classified as satisfactory (0), reasonable (1) or poor (2). After the responses to all the questions had been summed, two analysis categories were established based on medians: satisfactory environment/materials for values below the median and unsatisfactory for values above the median (BARBOSA; ASSUNÇÃO; ARAÚJO, 2013).

To measure social support, the scale of the Job Content Questionnaire was used. This scale covers two dimensions: support relating to work colleagues and support relating to the management (KARASEK et al., 1998; ARAÚJO; KARASEK, 2008). The social support variable was constructed from the sum of the responses to the questions that make up the scale: strongly disagree (1), disagree (2), agree (3) and strongly agree (4). The median was used as the cutoff point: values less than or equal to the median were categories as low social support, while value above the median represented high support (ARAÚJO; KARASEK, 2008).

To measure workplace violence, a combined variable based on two questions was created: 1) During the last 12 months, has there been any episode of aggression or threats by your managers/bosses or work colleagues towards service users (during the time when you were working)?; 2) During the last 12 months, has there been any episode of aggression or threats by your managers/bosses or work colleagues towards another work colleague (during the time when you were working)? The outcome variable was categorized as “yes” or “no”. The response was considered to be “no” when the answers to both questions was never; and “yes” if the participant’s answer to one of the questions was once, sometimes or frequently.

The strategy for constructing the outcome variable had the aim of diminishing the information bias, since the point of interest was to identify occurrences of the event without highlighting the respondent’s role or action in that situation. This strategy sought to diminish the embellishment of the reports that would be expected in situations of victimization.

2.1. Statistical analysis

The Stata 12.0 software was used (Stata Corp., College Station, United States). The first stage consisted of defining the proportion of individuals who reported experiencing workplace violence, followed by descriptive analysis in accordance with the explanatory variables (absolute and relative frequencies).

Given that this proportion was greater than 10%, it was decided that in the univariable analysis, the association would be assessed by means of the prevalence ratio (PR) with 95% confidence intervals and p-values ≤ 0.20 (CAMEY et al., 2014).

After the univariable analysis, the variables that were significantly associated with the outcome ($p \leq 0.20$) were included in the multivariable analysis. In this, Poisson regression with robust variance was used. The backward procedure was used, starting with all the eligible variables and removing those that presented p-values greater than 0.05, one by one. Pearson's test was applied to ascertain the adequacy of the final adjusted model.

3. RESULTS

The loss rate was 19.5% (431 individuals), thus resulting in 1,774 participants, i.e. a response rate of 80.5%. Women predominated (71.6%); the majority of the subjects were in a stable relationship (54.38%); the largest age group was from 40 to 49 years (32.25%); and the most frequent schooling level was high/technical school (44.31%). Most of the participants worked during the daytime (96.80%), were permanent employees (69.68%), were allocated to primary healthcare units (59.32%) and had a working week of 40 to 44 hours (53.37%).

Among all the respondents, 31.5% reported experiencing workplace violence during the past year. This group consisted mostly of women (72.43%), had nonwhite skin color (58.06%) and said that they were living with a companion (51.71%). The largest proportion of the respondents had been educated up to high school level (45.03%) and was in the age group from 40 to 49 years (35.06%). Regarding job characteristics, most of these healthcare workers who reported experiencing violence were permanent employees (75.50%), had working weeks of 40 to 44 hours (52.18%), were on the morning shift (95.51%) and carried out their work activities in primary healthcare units

(63.33%). Half of the population that reported experiencing violence had received prior training for their job function (49.27%) and occupied high/technical-level job positions (49.17%), as shown in Table 1.

Table 1 – Distribution of municipal healthcare workers according to workplace violence, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil, 2009.

Variables	Workplace violence	
	N	%
Sex		
Male	153	27,57
Female	402	72,43
<i>Total</i>	555	100,00
Age		
16 to 29 years	100	17,89
30 to 39 years	131	23,43
40 to 49 years	196	35,06
50 years and over	132	23,61
<i>Total</i>	559	100,00
Conjugal Situation		
With a companion	287	51,71
Without a companion	268	48,29
<i>Total</i>	555	100,00
Skin Color		
White	229	41,94
Nonwhite	317	58,06
<i>Total</i>	546	100,00
Schooling Level		
Undergraduate/postgraduate	218	39,42
High/Technical school	249	45,03
Elementary	86	15,55
<i>Total</i>	553	100,00
Length of time at the unit		
More than 5 years	295	52,77
Up to 5 years	264	47,23
<i>Total</i>	559	100,00
Previous training for the job function		
Yes	269	49,27
No	277	50,73
<i>Total</i>	546	100,00
Type of employment linkage		
Permanent employee	413	75,50
Contract worker	124	22,67
Trainee	10	1,83
<i>Total</i>	547	100,00
Job position		
University level	195	35,78
High/Technical level	268	49,17
Elementary level	82	15,05
<i>Total</i>	545	100,00
Work shift		
Daytime	511	95,51
Nighttime	24	4,49
<i>Total</i>	535	100,00
Number of hours worked per week		
8 to 12 hours	45	8,18
20 to 24 hours	95	17,27
30 to 36 hours	123	22,36
40 to 44 hours	287	52,18
<i>Total</i>	550	100,00
Care level		
Management	37	6,62
Outpatient clinic	67	11,99
Emergency service	101	18,07
Primary healthcare	354	63,33
<i>Total</i>	559	100,00

3.1. Univariable analysis

There was a positive association between reports of violence and schooling of undergraduate/postgraduate university level (Table 2). Regarding job characteristics, positive associations were observed in relation to medium and higher-level job positions, working on the night shift and allocation to an emergency unit or primary healthcare unit. Linkage to the institution as a contractor or as a trainee was negatively associated with reports of violence (Table 3). In relation to the working environment, univariate analysis indicated that there were positive associations with unsatisfactory environments and materials and with low social support (Table 4).

Table 2 – Sociodemographic characteristics of municipal healthcare workers according to workplace violence, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil, 2009

Variables	Workplace violence				PR	CI95%
	Yes		No			
	n	%	n	%		
Sex						
Male	153	30,54	348	69,46	–	
Female	402	31,83	861	68,17	1,04	0,87 - 1,26
Age						
16 to 29 years	100	29,59	238	70,41	–	
30 to 39 years	131	30,32	301	69,68	1,02	0,80 - 1,33
40 to 49 years	196	34,09	379	65,91	1,15	0,91 - 1,47
50 years and over	132	30,77	297	69,23	1,04	0,80 - 1,35
Conjugal Situation						
With a companion	287	29,90	673	70,10	–	
Without a companion	268	33,17	540	66,83	1,11	0,93 - 1,31
Skin Color						
White	229	31,28	503	68,72	–	
Nonwhite	317	31,96	675	68,04	1,02	0,87 - 1,21
Schooling Level						
Elementary	86	26,17	236	73,29	–	
High/Technical school	249	31,76	535	68,24	1,19	0,93 - 1,51 ^a
Undergraduate/postgraduate	218	33,33	436	66,67	1,25	0,97 - 1,60 ^a

^a $p \leq 0,20$

Table 3 – Job characteristics of municipal healthcare workers according to workplace violence, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil, 2009

Variables	Workplace violence				PR	CI95%
	Yes		No			
	n	%	n	%		
Length of time at the unit						
More than 5 years	264	30,34	606	69,66	–	
Up to 5 years	295	30,34	295	32,63	1,07	0,91 - 1,27
Previous training for the job function						
Yes	269	31,57	583	68,43	–	
No	277	31,99	589	68,01	1,01	0,63 - 0,93
Type of employment linkage						
Permanent employee	413	34,16	796	65,84	–	
Contract worker	124	25,94	354	74,06	0,76	0,62 - 0,93 ^b
Trainee	10	21,28	37	78,72	0,62	0,33 - 1,16 ^a
Job position						
Elementary level	82	26,71	225	73,29	–	
High/Technical level	268	32,25	563	67,75	1,21	0,94 - 1,55 ^a
University level	195	33,8	382	66,20	1,27	0,98 - 1,64 ^a
Work shift						
Daytime	511	31,10	1.132	68,90	–	
Nighttime	24	44,44	30	55,56	1,43	0,94 - 2,15 ^a
Number of hours worked per week						
8 to 12 hours	45	34,35	86	65,65	–	
20 to 24 hours	95	29,87	223	70,13	0,87	0,60 - 1,23
30 to 36 hours	123	33,79	241	66,21	0,98	0,69 - 1,38
40 to 44 hours	287	30,96	640	69,04	0,90	0,65 - 1,23
Care level						
Management	37	21,76	133	78,24	–	
Outpatient clinic	67	22,48	231	77,52	1,03	0,69 - 1,54
Emergency service	101	39,61	154	60,39	1,82	1,25 - 2,65 ^b
Primary healthcare	354	33,75	695	66,25	1,55	1,10 - 2,17 ^b

^a $p \leq 0,20$

^b $p \leq 0,05$

Table 4 – Characteristics of the working environment of municipal healthcare workers according to workplace violence, Belo Horizonte, Brazil, 2009

Variables	Workplace violence				PR	CI95%
	Yes		No			
	N	%	n	%		
Environment and materials						
Satisfactory	291	27,56	765	72,44	–	
Unsatisfactory	268	37,33	450	62,67	1,35	1,15 - 1,60 ^b
Social support^a						
High support	195	23,72	627	76,28	–	
Low support	364	38,24	588	61,72	1,61	1,35 - 1,91 ^b

^a Variable analysed by JCQ (KARASEK *et al.*, 1998)

^b $p \leq 0,05$

3.2. Multivariable analysis

In the final model, at the significance level of $p \leq 0.05$, the following variables remained positively associated with reports of workplace violence: occupying a university-level job position, allocation to services that deal with spontaneous demand (emergency units and primary healthcare units), reports of unsatisfactory environments and materials and reports compatible with low social support (Table 5).

Table 5 – Final adjusted model of the associated variables with the workplace violence, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2009.

Variables	PR	CI95%	<i>p-value</i>
Job position			
Elementary level	–	–	
High/Technical level	1,16	0,95 - 1,43	0,145
University level	1,24	1,00 - 1,53	0,051
Care level			
Management	–	–	
Outpatient clinic	1,00	0,71 - 1,44	0,939
Emergency service	1,61	1,17 - 2,24	0,004
Primary healthcare	1,50	1,12 - 2,03	0,007
Environment and materials			
Satisfactory	–	–	
Unsatisfactory	1,25	1,08 - 1,43	0,001
Social support			
High support	–	–	
Low support	1,54	1,32 - 1,79	0,000

Pearson test/ Hosmer-Lemeshow $p=1,000$

4. DISCUSSION

The present study examined the proportion of the participants who reported having experienced episodes of workplace violence during the past year and whether such occurrences were associated with the working conditions of the municipal healthcare services of Belo Horizonte. Almost one third of the participants stated that they had experienced an episode of violence at their workplace during the past year. The following occupational factors were highlighted: occupying university-level job positions and working in services that respond to spontaneous demand (emergency services and primary healthcare units). The group that reported experiencing workplace

violence also reported having worse environments and materials and low social support. These factors were positively associated with the outcome.

Regarding the absence of association with sociodemographic variables (sex, color and schooling level), it is worth emphasizing that the descriptions relate to situations in which the respondents witnessed violent episodes. In other words, no statements can be made regarding the sociodemographic characteristics of the victims, since the questions that enabled construction of the outcome variable did not relate to those subjects. The aim in focusing on the witnesses was to expand the investigation on this phenomenon through including the other players in the organization (TAYLOR; REW, 2009; MIRANDA et al., 2011; ZELNICK et al., 2013; BENTLEY et al., 2014). Thus, it was decided to examine reports indicating experiences of seeing a manager/boss or colleague being violent towards or being the target of violence from a user or another colleague, during work activities. Nevertheless, other hypotheses cannot be ruled out. Among such hypotheses, it has been indicated in the literature that sex, skin color and schooling level do not discriminate among the results because experiences of workplace violence are less associated with the players' characteristics than with the nature of the job function and the organizational context (ESTRADA et al., 2010; MAGNAVITA, 2014).

The healthcare workers who were working in emergency services or in primary healthcare services reported experiencing more violent events in the workplace during the past year. This result is convergent with the literature (TAYLOR; REW, 2009; MAGNAVITA, 2014; CHAPMAN et al., 2009; MIRANDA et al., 2011; LANCMAN et al., 2009; BATISTA et al., 2011). These services share the characteristic of being open to spontaneous demand, for which they need to have properly sized teams, appropriate equipment and continuing training sessions for professionals to be capable of dealing with unusual situations (SHAHZAD; MALIK, 2014). Healthcare services do not always have such infrastructure available at sufficient quality levels and quantities (VICTORA et al., 2011).

The constant flow of users is generally incompatible with breaks for healthcare professionals to have meals, keep clean and have rests (REYNOLDS; KELLY; SINGH-CARLSON, 2014; TAYLOR; REW, 2009). It is likely that this flow, added to the random and fluctuating nature of the spontaneous demand, explains the association

found, given that these are situations that give rise to a fast and stressful work place. If so, the overload thus generated would favor less flexible behavior, thereby explaining the lower tolerance towards situations of conflict (REYNOLDS; KELLY; SINGH-CARLSON, 2014).

Although emergency services and primary healthcare units are similar with regard to the demand that they attend, it is worth examining each of them in order to elucidate the specific factors relating to workplace violence. In the case of emergency services, especially within the public sector, they constantly deal with situations of urban violence, domestic violence and substance abuse (TAYLOR; REW, 2009; MAGNAVITA, 2014; CHAPMAN et al., 2009; MIRANDA et al., 2011; LANCMAN et al., 2009; BATISTA et al., 2011). In the case of primary healthcare units, the high frequency of episodes may be related to conditions of vulnerability in the coverage area and correlated malaises (LANCMAN et al., 2009; BATISTA et al., 2011; VICTORA et al., 2011).

The association with the environment and working materials is consistent. Improvements in lighting, temperature, ventilation, noise levels, furnishings, resources and equipment have been identified as potential measures for preventing violence, along with adaptations of the layout (CURBOW, 2001; BATISTA et al., 2011; BENTLEY et al., 2014; SABBATH et al., 2014). No previous results on this topic. Although the literature indicates preventive measures, is the unique result of this study that indicates association between environment/ materials and workplace violence.

Low social support is a risk factor. On the one hand, teams with little cohesion have lower potential for blocking abusive behavior by other players. On the other hand, experiences of workplace violence tend to give rise to isolation among the workers as a self-defense strategy, thereby contributing towards reports of low support and collaboration between the members of the team (MAGNAVITA, 2014; SHAHZAD; MALIK, 2014). Nonetheless, it has been recognized that it is difficult to know whether workplace violence is a cause or a consequence of low social support, since a scenario of deterioration of interpersonal relationships, communication problems and hostility within the working environment is implied in both cases (LASCHINGER; GRAU, 2012; BENTLEY et al., 2014; SHAHZAD; MALIK, 2014; MAGNAVITA, 2014; LASCHINGER et al., 2014).

Despite efforts to avoid embellishment in the reports (the respondents were asked whether they had witnessed the events), it needs to be noted that the supposed independence of the discourse is questionable. It has been recognized that experiences of workplace violence are subjective, with varying degrees of deleterious effects that affect everyone, independent of the place and of the role that the respondents were playing in that space at that time (ERGÜN; KARADAKOVAN, 2005; JOHNSON, 2009; BATISTA et al., 2011).

Because this was a cross-sectional study, the inferences possible regarding causality between working conditions and violent events in the workplace are limited. There are difficulties in making comparative analyses, since the methodological criteria diverge in relation to the assessment period, type of information source (official or from epidemiological surveys), informant (aggressor, victim or observer) and data-gathering instruments. The historical and cultural nature of the phenomenon also causes difficulty in making comparisons, given that some attitudes may be considered appropriate for certain populations and violent for others. Despite the methodological limitations, the present study had a large random sample of municipal-sector workers that was in accordance with the geographical area and the level of complexity of the healthcare provided. Replacements were made for individuals who were drawn but were not present at the service, so as to avoid selection bias.

In drawing up a plan for addressing this problem, it would be desirable to prioritize changes to the work management model, so as to expand the support provided for workers while they carry out their tasks. Environmental surveillance schemes, as recommended in the “More Health” program (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2013), are a valid means for improving the overall environment.

The interventions relating to the environment and materials include action to improve the furnishings, adaptation of climatic conditions, noise controls, provision of the technologies required for the work and implementation of security measures. Use of metal detectors, training for individuals who are responsible for security, installation of cameras (HEPONIEMI et al., 2014), security in the areas of greatest circulation of users and control over access (ABUALRUB; AL-ASMAR, 2014) are fundamental for controlling violence.

Reduction of occupational stress, reformulation of procedures and promotion of a climate of cohesion in the team are actions for preventing workplace violence (BENTLEY et al., 2014). Continual dialogue and sharing of experiences among team members need to be ensured. The aim goes beyond constructing specific care skills for achieving strengthening of interpersonal relationships. The role of the manager/boss is to ensure, encourage and guide team meetings. For this reason, it is suggested that training for administrators and managers regarding development of communication skills should be promoted (BENTLEY et al., 2014; MAGNAVITA, 2014). Administrators who are better prepared tend to take into consideration criticisms coming from their subordinates, encourage teamwork, give guidance for carrying out standard procedures and allow a greater degree of decision-making freedom for their subordinates (LASCHINGER et al., 2014).

4.1 Conclusion

The purpose of this study was to identify paths for defining actions that might transform situations associated with reports of violence in the municipal healthcare sector. The results described here strengthen the premises that support actions aimed towards innovation in management models, so as to ensure greater social support and better adaptation of working conditions.

Acknowledgments

This study was supported a Grant from the FAPEMIG (Fundação de Amparo a Pesquisa de Minas Gerais – PPM-00567-13) and from CNPq (National Counsel of Technological and Scientific Development).

REFERENCES

ABUALRUB, R. F.; AL-ASMAR, A. H. Psychological Violence in the Workplace Among Jordanian Hospital Nurses. **Journal of Transcultural Nursing**, v. 25, n. 1, p. 6-14, 2014.

ARAÚJO, T. M.; KARASEK, R. Validity and Reliability of the Job Content Questionnaire in Formal and Informal Jobs in Brazil. **Sacandinavian Journal of Work Environment & Health**, Suppl, Helsinki, n. 6, p. 52-59, 2008.

BARBOSA, R. E. C.; ASSUNÇÃO, A. Á.; ARAÚJO, T. M. Musculoskeletal Pain among Healthcare Workers: an Exploratory Study on Gender Differences. **American Journal of Industrial Medicine**, v. 56, n. 10, p. 1-13, 2013.

BARLING, J.; DUPRÉ, K. E.; KELLOWAY, K. Predicting Workplace Aggression and Violence. **Annual Reviews of Psychology**, Danvers, v. 60, p. 671-692, 2009.

BATISTA, C. B. *et al.* Violence in health work: analysis of basic health units in Belo Horizonte, Minas Gerais. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 295-317, 2011.

BENTLEY, T. A. *et al.* Understanding Workplace Violence: The Values of a Systems Perspective. **Applied Ergonomics**, v. 45, p. 839-848, 2014.

CAMEY, S. A. *et al.* Bias of Using Odds Ratio Estimates in Multinomial Logistic Regressions to Estimate Relative Risk or Prevalence Ratio and Alternatives. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 21-29, 2014.

CHAPMAN, R. *et al.* Examining the Characteristics of Workplace Violence in One Non-Tertiary Hospital. **Journal of Clinical Nursing**, v. 19, p. 479-488, 2009.

CHAPPEL, D.; DI MARTINO, V. **Violence at Work**. 3. ed. Geneva: International Labour Office, 2006. p. 360.

CURBOW, B. Origins of Violence at Work. In: COOPER, C. L.; SWANSON, N. **Workplace Violence in the Health Sector: State of the Art**. Geneva: International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization, Public Services International, 2001. Cap. 4, p. 35-48. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVstateart.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2013.

ERGÜN, F. S.; KARADAKOVAN, A. Violence Towards Nursing Staff in Emergency Departments in one Turkish City. **International Nursing Review**, v. 52, p. 154-190, 2005.

ESTRADA, F. *et al.* Violence at Work: the Emergence of a Social Problem. **Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention**, Aarhus, v. 11, p. 46-65, 2010.

FUJISHIRO, K.; GEE, G. C.; CASTRO, A. B. Associations of Workplace Aggression With Work-Related Well-Being Among Nurses in the Philippines. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 101, n. 5, p. 861-867, 2011.

GHAZIRI, M. E. *et al.* Work Schedule and Client Characteristics Associated with Workplace Violence Experience Among Nurses and Midwives in Sub-Saharan Africa. **Journal of The Association of Nurses in Aids Care**, v. 25, n. 1, p. 79-89, 2014.

HAYASHI, A. S.; SEILA, E.; MCDONNELL, K. Stress in a Provider Retention in Underserved Communities. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, Baltimore, v. 20, p. 597-604, 2009.

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**, London, v. 14, p. 1-8, 2014.

INTERNATIONAL LABOR ORGANIZATION. **Code of Practice on Workplace Violence in Services Sectors and Measures to Combat this Phenomenon**. Geneva, 2003, p. 1-20.

JOHNSON, S. L. International Perspectives on Workplace Bullying Among Nurses: a Review. **International Council of Nurses**, Geneva, v. 56, p. 34-40, 2009.

KARASEK, R. *et al.* The Job Content Questionnaire (JCQ): an Instrument for internationally Comparative Assessments of Psychosocial Job Characteristics. **Journal of Occupational Health Psychology**, Washington, v. 3, n. 4, p. 322-355, 1998.

LANCMAN, S. *et al.* Repercussions of violence on the mental health of workers of Family Health Program. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 682-8, 2009.

LASCHINGER, H. K. S. *et al.* Resonant Leadership and Workplace Empowerment: the Value of Positive Organizational Cultures in Reducing Workplace Incivility. **Nursing Economic**, Pitman, v. 32, n. 1, p. 5-17, 2014.

LASCHINGER, H. K. S.; GRAU, A. L. The Influence of Personal Dispositional Factors and Organizational Resources on Workplace Violence, Burnout, and Health Outcomes in New Graduate Nurses: a Cross-Sectional Study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 49, p. 282-291, 2012.

LWANGA, H. K. S.; LEMESHOW, S. **Sample Size Determination in Health Studies: a practical manual**. Geneva: World Health Organization, 1991. 88 p

MACINKO, J. *et al.* Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. **Health Aff**, Millwood, v.29, p 2149-60, 2010.

MAGNAVITA, N. Workplace Violence and Occupational Stress in Healthcare Workers: a Chicken-and-Egg Situation – Results of a 6-Year Follow-Up Study. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 0, n. 0, p. 1-11, 2014.

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.

PIQUERO, N. L. *et al.* Assessing Research on Workplace Violence, 2000-2012. **Aggression and Violent Behavior**, v. 18, p. 383-394, 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Decreto nº15.199, de 22 de abril de 2013. Programa de Atenção Integrada à Saúde e Segurança do Servidor - Saúde Mais.

REYNOLDS, G.; KELLY, S.; SINGH-CARLSON, S. Horizontal Hostility and Verbal Violence Between Nurses in the Perinatal Arena of Health Care. **Nursing Management**, Philadelphia, v. 20, n. 9, p. 24-30, 2014.

SABBATH, E. L. *et al.* Occupational Injury Among Hospital Patient-care Workers: what is the Association with Workplace Verbal Abuse? **American Journal of Industrial Medicine**, v. 57, p. 222-232, 2014.

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.

TAYLOR, J. L.; REW, L. A systematic Review of the Literature: Workplace Violence in the Emergence Department. **Journal of Clinical Nursing**, v. 20, p. 1072-1085, 2009.

VICTORA, C.G. *et al.* Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. **The Lancet**, v.377, n. 9782, p. 2042-2053, 2011.

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.

**ANEXO B – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA
DA PREFEITURA DE BELO HORIZONTE**

**ANEXO B – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA
PREFEITURA DE BELO HORIZONTE**



PREFEITURA BH

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE (CEP-SMSA/PBH)**

Avaliação de projeto de pesquisa – **Protocolo 054/2006**

Projeto: Condições de Emprego, Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores de Saúde"

Pesquisadora: Maria Cristina Ramos de Vasconcelos

Pesquisador Responsável

- 1) Ada Avila Assunção (coordenação)
- 2) Soraya Almeida Delisário (coordenação)
- 3) Luciana Souza d'Avila (Bolsista do Projeto)
- 4) Maria Cristina Ramos de Vasconcelos Coelho (Mestranda / Programa de Pós-graduação em Saúde Pública/UFMG)
- 5) Vivian Patricia Andrade de Souza (Bolsista do Projeto)
- 6) Juliana da Costa Martins

O projeto acima referido cumpriu os requisitos da resolução 196/96 da CONEP, tendo sido aprovado na reunião do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final deste, se em prazo inferior a um ano


Celeste de Souza Rodrigues
Coordenadora do CEP-SMSA/PBH

Belo Horizonte, 01 de dezembro de 2006

**ANEXO C – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**ANEXO C – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP

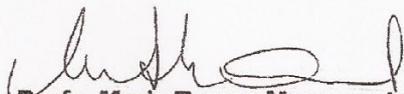
Parecer nº. ETIC 542/07

**Interessado(a): Profa. Ada Ávila Assunção
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina-UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 28 de novembro de 2007, o projeto de pesquisa intitulado "**Condições de emprego, condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.



**Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**

**ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO
LIVRE E ESCLARECIDO**

ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**Emprego, trabalho e saúde no setor saúde****TERMO DE CONSENTIMENTO**

Estudo quantitativo

Estamos convidando você a participar de uma pesquisa que será realizada na Faculdade de Medicina da UFMG. A pesquisa **emprego, trabalho e saúde no setor saúde** pretende descrever as características ocupacionais e sócio-demográficas dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, sorteados aleatoriamente. Caso concorde em participar desta pesquisa, você deverá responder ao questionário de caráter confidencial e individual. Sua participação neste estudo é voluntária e você poderá não concordar em fazer parte da nossa amostra sem que isto traga qualquer prejuízos no seu trabalho.

Todas as informações obtidas serão guardadas em segurança pelo pesquisador, sendo tais informações sigilosas. Você será identificado por um número e seu nome não será divulgado. Todos os dados obtidos serão utilizados exclusivamente para esta pesquisa científica e somente terão acesso a eles os pesquisadores envolvidos no projeto. Seu nome não será identificado em nenhuma publicação que resultar deste estudo

Caso tenha dúvidas ou necessite obter outras informações, favor entrar em contato com Maria Núbia Alves Cruz (3409-9711) ou Ada Ávila Assunção (3409-9815). Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte no endereço Avenida Afonso Pena, 2336 - 9º andar, Bairro Funcionários, ou pelo telefone 3277-5309; ou com o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais no endereço Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, 2º andar, Campus Pampulha, ou pelo telefone (031) 3499-4592.

Consentimento:

Declaro que li e entendi todas as informações contidas neste Termo de Consentimento, que concordo com as propostas aqui descritas e que recebi uma cópia do mesmo com a minha assinatura. Decido participar da pesquisa **emprego, trabalho e saúde no setor saúde** respondendo ao questionário, ciente de que posso negar a minha participação no momento que desejar.

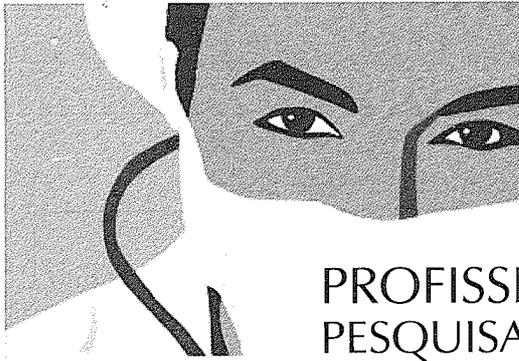
Local e data:

Nome:

Assinatura:

Assinatura do responsável pela pesquisa:

ANEXO E- QUESTIONÁRIO



PROFISSIONAIS DA SAÚDE PESQUISA SOBRE CONDIÇÕES DE SAÚDE E TRABALHO

Início:	horas	min.
Final:	horas	min.

Número do Questionário: **09.03.222.10.031**
Data: ___/___/20___

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. Assim, solicitamos que não troque idéias com os colegas antes de responder este questionário.

Bloco I Identificação Geral Informações Sociodemográficas

1. Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	2. Idade: _____ anos	3. Tem filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quantos filhos: _____
--	-----------------------------	---

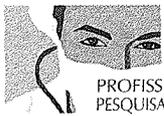
4. Situação conjugal: <input type="checkbox"/> Solteiro (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> União consensual, união estável	<input type="checkbox"/> Viúvo (a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a)
--	--

5. Na escola, qual o último nível de ensino e a última série / grau que concluiu? <input type="checkbox"/> Ensino fundamental - Última série concluída: _____ série Ensino Médio - Série: <input type="checkbox"/> 1º ano <input type="checkbox"/> 2º ano <input type="checkbox"/> 3º ano Técnico: <input type="checkbox"/> Qual curso? [Anotar] _____ Ensino Superior: <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto - Qual curso? [Anotar] _____ <input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado

6. Dentre as alternativas abaixo, como você classificaria a cor da sua pele? <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela (oriental) <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Origem indígena <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Não sabe

Bloco 2 Informações Gerais sobre o seu Trabalho

1. Coloque o código correspondente ao cargo que você ocupa: CÓD. _____
2. Há quanto tempo você trabalha no serviço público? _____ anos _____ meses
3. Há quanto tempo você trabalha na unidade atual? _____ anos _____ meses
4. Você fez algum treinamento institucional para exercer sua função atual? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se SIM, por favor, especifique qual _____
5. Seu vínculo de trabalho atual é: <input type="checkbox"/> Municipal com concurso <input type="checkbox"/> Municipalizado - Qual vínculo? [Anotar] _____ <input type="checkbox"/> Contratado sem concurso <input type="checkbox"/> Estagiário



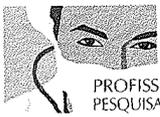
6. Exerce cargo de:	<input type="checkbox"/> 1 Nível elementar	<input type="checkbox"/> 2 Nível médio	<input type="checkbox"/> 3 Nível superior	<input type="checkbox"/> 4 Estagiário Ensino Superior	<input type="checkbox"/> 5 Estagiário Ensino Médio				
7. Seu regime de trabalho é:	<input type="checkbox"/> 1 Diurno	<input type="checkbox"/> 2 Noturno	<input type="checkbox"/> 3 Diurno em Regime de plantão	<input type="checkbox"/> 4 Noturno em Regime de plantão					
8. Qual a sua jornada real neste trabalho no município?	<input type="checkbox"/> 1 Jornada semanal 8 horas	<input type="checkbox"/> 4 Jornada semanal 20 horas	<input type="checkbox"/> 7 Jornada semanal 36 horas	<input type="checkbox"/> 2 Jornada semanal 10 horas	<input type="checkbox"/> 5 Jornada semanal 24 horas	<input type="checkbox"/> 8 Jornada semanal 40 horas	<input type="checkbox"/> 3 Jornada semanal 12 horas	<input type="checkbox"/> 6 Jornada semanal 30 horas	<input type="checkbox"/> 9 Jornada semanal 44 horas
9. Você possui outro trabalho?	<input type="checkbox"/> 1 Sim, na Prefeitura de BH	<input type="checkbox"/> 5 Sim, tenho outro emprego na iniciativa privada com carteira assinada	<input type="checkbox"/> 2 Sim, em outra Prefeitura	<input type="checkbox"/> 6 Sim, tenho outro emprego na iniciativa privada sem carteira assinada	<input type="checkbox"/> 3 Sim, no Estado	<input type="checkbox"/> 7 Sim, tenho outro trabalho por conta própria	<input type="checkbox"/> 4 Sim, no nível Federal	<input type="checkbox"/> 8 Não tenho outro trabalho	
10. Qual a sua jornada total de trabalho ao longo da semana, considerando todas as suas atividades que geram renda?	_____ horas semanais.								

Bloco 3 Sobre o seu Ambiente de Trabalho

1. Em geral, a ventilação do seu local de trabalho é:	<input type="checkbox"/> 2 Precária	<input type="checkbox"/> 1 Razoável	<input type="checkbox"/> 0 Satisfatória		
2. Em geral, a temperatura do seu local de trabalho é:	<input type="checkbox"/> 2 Precária	<input type="checkbox"/> 1 Razoável	<input type="checkbox"/> 0 Satisfatória		
3. Em geral, a iluminação em seu local de trabalho é:	<input type="checkbox"/> 2 Precária	<input type="checkbox"/> 1 Razoável	<input type="checkbox"/> 0 Satisfatória		
4. Em geral, você considera as cadeiras e as mesas do seu local de trabalho:	<input type="checkbox"/> 2 Precárias	<input type="checkbox"/> 1 Razoáveis	<input type="checkbox"/> 0 Satisfatórias		
5. Em geral, os recursos técnicos e equipamentos do seu local de trabalho são:	<input type="checkbox"/> 2 Precários	<input type="checkbox"/> 1 Razoáveis	<input type="checkbox"/> 0 Satisfatórios		
6. No seu setor, existem equipamentos de proteção individual à sua disposição?	<input type="checkbox"/> 0 Sim	<input type="checkbox"/> 1 Não	<input type="checkbox"/> 2 Não sei o que é isso	Quais são eles? [ANOTAR] _____	
7. Você utiliza estes equipamentos?	<input type="checkbox"/> 0 Sim	<input type="checkbox"/> 1 Não	<input type="checkbox"/> 8 Não se aplica	Em caso afirmativo, qual(is)? _____	
8. A relação entre as exigências de suas tarefas e os recursos disponíveis para sua realização é:	<input type="checkbox"/> 0 Boa	<input type="checkbox"/> 1 Regular	<input type="checkbox"/> 2 Ruim	<input type="checkbox"/> 3 Muito ruim	
9. Você entra em contato com materiais biológicos, como sangue, fezes, urina, saliva, líquido amniótico etc?	<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Raramente	<input type="checkbox"/> 2 Às vezes	<input type="checkbox"/> 3 Sempre	
10. Você entra em contato com radiação ionizante (raio X, tomografia, radioterapia, radiofármacos)?	<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Raramente	<input type="checkbox"/> 2 Às vezes	<input type="checkbox"/> 3 Sempre	
11. Você entra em contato com gases anestésicos?	<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Raramente	<input type="checkbox"/> 2 Às vezes	<input type="checkbox"/> 3 Sempre	



12. 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
13. Você entra em contato com agentes citotóxicos (quimioterápicos)?
<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Sempre
14. Você prepara e/ou administra medicamentos?
<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Sempre
15. Durante seu horário de trabalho, você adota posturas que podem gerar dores ou desconforto muscular no trabalho ou fora do trabalho?
<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Sempre
16. Seu trabalho exige que você fique em pé por muito tempo?
<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Sempre
17. Seu trabalho exige que você fique sentado por muito tempo?
<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Sempre
18. Seu trabalho exige que você ande muito?
<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Sempre
19. Seu trabalho exige que você levante, carregue ou empurre peso excessivo?
<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Sempre
20. Seu trabalho exige que você ajude o paciente a se movimentar ou levantar?
<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Sempre
21. Você fica sem fazer pausas durante a jornada?
<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Sempre
22. Você trabalha em rodízio de turnos?
<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Sempre
23. Você trabalha no turno noturno?
<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Sempre
24. 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
25. Em geral, o ruído originado fora do seu local de trabalho é?
<input type="checkbox"/> Desprezível <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Elevado <input type="checkbox"/> Insuportável
26. Já tomou a vacina contra Febre Amarela? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não sei/não me lembro
Em caso afirmativo, há quanto tempo? <input type="checkbox"/> Menos de 10 anos <input type="checkbox"/> Mais de 10 anos
27. Já tomou a vacina Anti-Rábica? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não sei/não me lembro
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
28. Já tomou a vacina contra Hepatite B? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não sei/não me lembro
Em caso afirmativo, você recebeu: <input type="checkbox"/> 1 dose <input type="checkbox"/> 2 doses <input type="checkbox"/> 3 doses
29. Já tomou a vacina contra Rubéola, Sarampo e Caxumba (tríplice viral)?
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não sei/não me lembro
Em caso afirmativo, você recebeu: <input type="checkbox"/> 1 dose <input type="checkbox"/> 2 doses
30. Já tomou a vacina contra Tétano? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não sei/não me lembro
Em caso afirmativo, você recebeu?
<input type="checkbox"/> Menos de 3 doses
<input type="checkbox"/> 3 doses ou mais, sendo a última há mais de 10 anos
<input type="checkbox"/> 3 doses ou mais, sendo a última há menos de 10 anos



31. Já tomou a vacina contra Tuberculose (BCG)? 0 Não 1 Sim 2 Não sei/não me lembro

32. Já tomou a vacina contra Varicela? 0 Não 1 Sim 2 Não sei/não me lembro
Em caso afirmativo, você recebeu: 1 1 dose 2 2 doses

33. No setor onde você trabalha existe:

Recursos	0 Não	1 Sim
1. Recursos materiais suficiente para realizar as tarefas		
2. Tempo disponível para você se alimentar		
3. Lanche oferecido pelo empregador no local de trabalho		
4. Copa/refeitório		
5. Sala de descanso		
6. Acesso a sanitários para os trabalhadores no local de trabalho		
7. Escaninhos para guardar pertences		

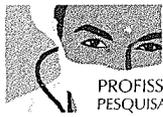
34. No caso de não existir copa ou refeitório, três ou mais vezes por semana você almoça ou janta:

- 1 Em casa
- 1 No próprio local de trabalho em condições confortáveis
- 1 No próprio local de trabalho em condições desconfortáveis
- 1 Em restaurantes ou lanchonetes próximos ao seu local de trabalho
- 1 Em restaurantes ou lanchonetes distantes do seu local de trabalho
- 1 Não se aplica

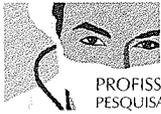
Bloco 4 Características Psicossociais do Trabalho

Para as questões abaixo assinale a resposta que melhor corresponda à 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 requer que eu aprenda coisas novas. 1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
2. Meu trabalho envolve muita repetitividade. 1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
3. Meu trabalho requer que eu seja criativo. 1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
4. Meu trabalho permite que eu tome muitas decisões por minha própria conta. 1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
5. Meu trabalho exige um alto nível de habilidade. 1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
6. Em meu trabalho, eu tenho pouca liberdade para decidir como eu devo fazê-lo. 1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
7. Em meu trabalho, posso fazer muitas coisas diferentes. 1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
8. O que tenho a dizer sobre o que acontece no meu trabalho é considerado. 1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente



9. No meu trabalho, eu tenho oportunidade de desenvolver minhas habilidades especiais. 1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
10. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito rapidamente. 1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
11. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito duro. 1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
12. 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
13. Eu não sou solicitado para realizar um volume excessivo de trabalho. 1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
14. O tempo para realização das minhas tarefas é suficiente. 1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
15. 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
16. Algumas demandas que eu tenho que atender no meu trabalho estão em conflito umas com as outras. 1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
17. Eu freqüentemente trabalho durante o meu almoço ou durante as pausas para terminar meu trabalho. 1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
18. Meu trabalho me exige muito emocionalmente. 1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
19. Em meu trabalho, eu preciso suprimir minhas verdadeiras emoções. 1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
20. 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 8 <input type="checkbox"/> Não tenho supervisor
21. 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 8 <input type="checkbox"/> Não tenho supervisor
22. 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 8 <input type="checkbox"/> Não tenho supervisor
23. Meu chefe/coordenador é bem sucedido em promover o trabalho em equipe. 1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente 8 <input type="checkbox"/> Não tenho supervisor
24. As pessoas no meu 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
25. As pessoas com quem trabalho ajudam-se umas às outras a fazer o trabalho. 1 <input type="checkbox"/> Discordo fortemente 2 <input type="checkbox"/> Discordo 3 <input type="checkbox"/> Concordo 4 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente



26. Eu sou tratado/a com respeito pelos meus colegas de trabalho.

- 1 Discordo fortemente 2 Discordo 3 Concordo 4 Concordo fortemente

27. Existe um sentimento de união entre as pessoas com quem eu trabalho.

- 1 Discordo fortemente 2 Discordo 3 Concordo 4 Concordo fortemente

28. Meu grupo de trabalho toma decisões democraticamente.

- 1 Discordo fortemente 2 Discordo 3 Concordo 4 Concordo fortemente

29. Minhas possibilidades de desenvolvimento na carreira e de promoções são boas.

- 1 Discordo fortemente 2 Discordo 3 Concordo 4 Concordo fortemente

Por favor, assinale até que ponto você concorda ou discorda das afirmativas abaixo.

Agradecemos por responder a todas as afirmativas.

1. No trabalho, eu me sinto facilmente sufocado pela pressão do tempo.

- 1 Discordo fortemente 2 Discordo 3 Concordo 4 Concordo fortemente

2. Assim que acordo pela manhã, já começo a pensar nos problemas do trabalho.

- 1 Discordo fortemente 2 Discordo 3 Concordo 4 Concordo fortemente

3. Quando chego em casa, eu consigo relaxar e “me desligar” facilmente do meu trabalho.

- 1 Discordo fortemente 2 Discordo 3 Concordo 4 Concordo fortemente

4. As pessoas íntimas dizem que eu me sacrifico muito por causa do meu trabalho.

- 1 Discordo fortemente 2 Discordo 3 Concordo 4 Concordo fortemente

5. O trabalho não me deixa; ele ainda está na minha cabeça quando vou dormir.

- 1 Discordo fortemente 2 Discordo 3 Concordo 4 Concordo fortemente

6. Não consigo dormir direito se eu adiar alguma tarefa de trabalho que deveria ter feito hoje.

- 1 Discordo fortemente 2 Discordo 3 Concordo 4 Concordo fortemente

7. No trabalho, levando em conta todo o meu esforço e conquistas, eu recebo o respeito e o reconhecimento que mereço.

- 1 Concordo
2 Discordo ➡ E com isso, eu fico: 1 Nem um pouco estressado 2 Um pouco estressado
3 Estressado 4 Muito estressado

8. Minhas chances futuras no trabalho estão de acordo com meu esforço e conquistas.

- 1 Concordo
2 Discordo ➡ E com isso, eu fico: 1 Nem um pouco estressado 2 Um pouco estressado
3 Estressado 4 Muito estressado

9. Levando em conta todo o meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado.

- 1 Concordo
2 Discordo ➡ E com isso, eu fico: 1 Nem um pouco estressado 2 Um pouco estressado
3 Estressado 4 Muito estressado

10. Você está satisfeito (a) com o seu trabalho?

- 1 Não estou satisfeito (a) de forma nenhuma 2 Não estou satisfeito (a)
3 Estou satisfeito (a) 4 Estou muito satisfeito (a)

11. Você se candidataria ao seu emprego novamente?

- 1 Sim, sem hesitação 2 Sim, depois de refletir sobre isto 3 Definitivamente não



Bloco 5 Atividades Domésticas e Hábitos de Vida

Abaixo estão listadas algumas tarefas da casa (atividades domésticas)

Contando com você, quantas pessoas vivem na sua casa?

1. Quais as atividades domésticas, listadas abaixo, que você faz?

Atividade	0 Não	1 Sim	2 Não se aplica
2. Cuidar das crianças?			
3. Cuidar da limpeza?			
4. Cozinhar?			
5. Lavar roupa?			
6. Passar roupa ?			
7. Feira/ supermercado			
8. Levar filho à escola			
9. Pequenos consertos			
10. Cuidar de idosos ou de pessoas doentes			

11. Você é o/a principal responsável pelas atividades domésticas na sua casa?

0 Não 1 Sim

12. Nas últimas duas semanas, você realizou atividades domésticas?

- 1 Todos os dias da semana
2 Três ou mais dias na semana
3 Um ou dois dias na semana
4 Apenas no final de semana
5 Não realizou atividades domésticas

13. Você participa de atividades regulares de lazer?

1 Sim 2 Não - Se **SIM**: de qual tipo de atividade?

1 Atividades culturais (cinema, teatro, exposição) 2 Atividades sociais (visita amigos, festa, barzinho)

3 Atividades físicas (caminhadas, exercícios, prática de esportes etc)

Com que frequência você realiza as atividades físicas?

3 Nunca 2 1 a 2 vezes por semana 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:

0 Não fumante 1 Ex-fumante 2 Fumante atual

15. Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?

1 Sim 2 Não

16. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber? 1 Sim 2 Não

17. Sente-se aborrecido consigo mesmo (a) pela maneira como costuma beber? 1 Sim 2 Não

18. Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? 1 Sim 2 Não

19. Atualmente, você está fazendo uso de medicamento prescrito por médico para (marque quantas opções forem necessárias):

- 1 Hipertensão arterial 2 Depressão ou ansiedade 3 Reumatismo 4 Diabetes
5 Alterações do sono 6 Outros 7 Nenhum

Bloco 6 Qualidade de Vida

Por favor, circule o número que lhe parece a melhor resposta.

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim, nem boa	Boa	Muito boa
1. Como você avaliaria sua Qualidade de vida?	1	2	3	4	5



As questões abaixo abordam o grau de satisfação que você sente e sentiu a respeito de alguns aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

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

Bloco 7 Aspectos Relacionados à sua Saúde

1. Você possui diagnóstico médico das doenças listadas abaixo?

Diabetes	1 <input type="checkbox"/> Sim	0 <input type="checkbox"/> Não	Tuberculose	1 <input type="checkbox"/> Sim	0 <input type="checkbox"/> Não
Colesterol alto	1 <input type="checkbox"/> Sim	0 <input type="checkbox"/> Não	Gastrite	1 <input type="checkbox"/> Sim	0 <input type="checkbox"/> Não
Obesidade	1 <input type="checkbox"/> Sim	0 <input type="checkbox"/> Não	Úlcera	1 <input type="checkbox"/> Sim	0 <input type="checkbox"/> Não
Pressão alta	1 <input type="checkbox"/> Sim	0 <input type="checkbox"/> Não	Hepatite	1 <input type="checkbox"/> Sim	0 <input type="checkbox"/> Não
Câncer	1 <input type="checkbox"/> Sim	0 <input type="checkbox"/> Não	Infecção urinária	1 <input type="checkbox"/> Sim	0 <input type="checkbox"/> Não
Cardiopatía	1 <input type="checkbox"/> Sim	0 <input type="checkbox"/> Não	LER/DORT	1 <input type="checkbox"/> Sim	0 <input type="checkbox"/> Não
Rinite/sinusite	1 <input type="checkbox"/> Sim	0 <input type="checkbox"/> Não	Depressão	1 <input type="checkbox"/> Sim	0 <input type="checkbox"/> Não
Asma	1 <input type="checkbox"/> Sim	0 <input type="checkbox"/> Não	Distúrbios do sono	1 <input type="checkbox"/> Sim	0 <input type="checkbox"/> Não
Disfonia	1 <input type="checkbox"/> Sim	0 <input type="checkbox"/> Não	Lombalgia	1 <input type="checkbox"/> Sim	0 <input type="checkbox"/> Não

Outro(s)? [ANOTAR] _____

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

Problema	1 Nunca	2 Raramente	3 Pouco Freqüente	4 Freqüente	5 Muito Freqüente
Dor nos braços					
Dor nas pernas					
Dor nas costas					
Fadiga					
Problemas de pele					
Problemas digestivos					
Cansaço mental					
Nervosismo					
Esquecimento					
Sonolência					
Insônia					
Irritação					

3. Nas duas últimas semanas, você tem sentido cansaço para falar?

0 Não 1 De vez em quando 2 Diariamente

4. Nas duas últimas semanas, você percebe piora na qualidade de sua voz?

0 Não 1 De vez em quando 2 Diariamente



5. Nos últimos 12 meses, você faltou ao trabalho por problemas de saúde? Não Sim
Se SIM, por qual motivo? _____

6. Nos últimos 12 meses, você teve licença médica ou foi afastado do trabalho? Não Sim
Se SIM, por qual motivo? _____

7. Já teve alguma doença ocupacional ou profissional (diagnosticada por médico)?
 Não Sim
Em caso afirmativo, qual? _____
Há quanto tempo? _____ anos _____ meses
Houve emissão da CAT? Sim Não 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?
Em caso afirmativo, qual tipo de líquido (s) corporal(is) _____
Houve emissão da CAT? Sim Não 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 de Belo Horizonte?**
 Sim Não Não tenho conhecimento da existência dessa Orientação

10. As próximas questões estão relacionadas a situações que você pode ter vivido nos últimos 30 DIAS. Se você sentiu a situação descrita nos últimos 30 DIAS responda SIM. Se você não sentiu a situação, responda NÃO. Se você está incerto sobre como responder uma questão, dê a melhor resposta que você puder.

1 - Dorme mal?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
2 - Tem má digestão?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
3 - Tem falta de apetite?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
4 - Tem tremores nas mãos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
5 - Assusta-se com facilidade?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
6 - Você se cansa com facilidade?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
7 - Sente-se cansado(a) o tempo todo?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
8 - Tem se sentido triste ultimamente?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
9 - Tem chorado mais do que de costume?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
10 - Tem dores de cabeça frequentemente?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
11 - Tem tido idéia de acabar com a vida?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
12 - Tem dificuldade para tomar decisões?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
13 - Tem perdido o interesse pelas coisas?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
14 - Tem dificuldade de pensar com clareza?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
15 - Você se sente pessoa inútil em sua vida?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
16 - Tem sensações desagradáveis no estômago?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
17 - Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
18 - É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
19 - Seu trabalho diário lhe causa sofrimento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
20 - Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não



Bloco 8 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 praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a usuário dos serviços (durante o seu trabalho)? <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 praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a outro colega de trabalhos (durante o seu trabalho)? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Uma vez <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Com frequência
5. Você já pensou em mudar o seu local de trabalho em função de episódios de agressão ou ameaça vivenciada durante o seu trabalho? <input type="checkbox"/> Nunca pensei <input type="checkbox"/> Já pensei algumas vezes <input type="checkbox"/> Pensei com frequência

Esta seção trata de atos de violência **FORA** do trabalho dos quais você pode ter sido vítima nos últimos 12 meses. Por favor, responda às seguintes questões:

6. Você sofreu alguma agressão nos últimos 12 meses (fora do trabalho)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, quem praticou a agressão? <input type="checkbox"/> Paciente/ usuário do serviço de saúde <input type="checkbox"/> Esposo (a) <input type="checkbox"/> Amigo (a) <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Irmão/irmã <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Filho (a) <input type="checkbox"/> Vizinho (a) <input type="checkbox"/> Desconhecido (a) <input type="checkbox"/> Outros - Especifique _____
7. Qual foi o tipo de agressão (fora do trabalho)? <input type="checkbox"/> Física - Especifique _____ <input type="checkbox"/> Psicológica - Especifique _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Negligência <input type="checkbox"/> Atos de destruição <input type="checkbox"/> Xingamentos <input type="checkbox"/> Outros - Especifique _____
8. Você foi vítima de algum acidente de trânsito nos últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
9. Qual seu vencimento bruto mensal relativo a este trabalho? R\$ _____

10. Se você desejar fazer algum comentário ou registro, por favor, utilize o espaço abaixo:

Muito obrigado por sua colaboração!!

