

AUGUSTO DE SOUZA CAMPOS

A VIOLÊNCIA COMO OBJETO PARA A SAÚDE DO
TRABALHADOR
AGRESSÕES CONTRA TRABALHADORES DAS UNIDADES BÁSICAS DE
SAÚDE DO DISTRITO SANITÁRIO NORTE DE BELO HORIZONTE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
BELO HORIZONTE
2004

AUGUSTO DE SOUZA CAMPOS

A VIOLÊNCIA COMO OBJETO PARA A SAÚDE DO
TRABALHADOR
AGRESSÕES CONTRA TRABALHADORES DAS UNIDADES BÁSICAS DE
SAÚDE DO DISTRITO SANITÁRIO NORTE DE BELO HORIZONTE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação em Saúde Pública (Área de concentração
Saúde e Trabalho), da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito
parcial à obtenção do título de Mestre.
Orientadora: Prof^a Dra Elizabeth Costa Dias

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
BELO HORIZONTE
2004

C198a Campos, Augusto de Souza.
Agressões contra trabalhadores das unidades básicas de saúde do distrito sanitário norte de Belo Horizonte [manuscrito]: / Augusto de Souza Campos. - - Belo Horizonte: 2004.
123f.: il.
Orientador: Elizabeth Costa Dias.
Área de concentração: Saúde do Trabalho.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Saúde do Trabalhador. 2. Violência 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Unidade Básica de Saúde. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Dias, Elizabeth Costa. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título

NLM : WA 440

Universidade Federal de Minas Gerais

REITOR

Prof^a. Ana Lucia Almeida Gazzola

PRÓ-REITOR DE PÓS GRADUAÇÃO

Prof^a. Jaime Arturo Ramirez

FACULDADE DE MEDICINA

DIRETOR

Prof. Geraldo Brasileiro Filho

COORDENADOR DO CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Francisco José Pena

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

CHEFE DE DEPARTAMENTO

Prof^a. Elza Machado de Melo

COORDENADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Prof^a. Ada Ávila Assunção

SUB-COORDENADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

COLEGIADO DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Prof^a. Ada Ávila Assunção

Prof^a. Eli Iola Gurgel Andrade

Prof^a. Elisabeth Barboza França

Prof. Fernando Augusto Proietti

Prof. José Otávio Penido Fonseca

Prof^a. Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa

Prof^a. Mariângela Leal Cherchiglia

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Prof^a. Waleska Teixeira Caiaffa

REPRESENTANTE DOS DISCENTES

Claudia Marques Canabrava

Lorenza Nogueira Campos



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 7009
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 248.9641 FAX: (31) 248.9939



UFMG

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de **AUGUSTO DE SOUZA CAMPOS**, nº de registro 200220780. Às nove horas do dia quinze do mês de abril de dois mil e quatro reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Programa para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: **"A VIOLÊNCIA NO TRABALHO COMO OBJETO DA SAÚDE DO TRABALHADOR: O CASO DOS TRABALHADORES DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO DISTRITO SANITÁRIO NORTE DE BELO HORIZONTE"**, requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Saúde e Trabalho. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Profa. Elizabeth Costa Dias, após dar a conhecer aos presentes o teor das normas regulamentares do trabalho final passou a palavra ao candidato para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do candidato. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do candidato e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Profa. Elizabeth Costa Dias/Orientadora	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovado</u>
Profa. Corinne Davis Rodrigues	Instituição: UFMG	Indicação: <u>aprovado</u>
Prof. René Mendes	Instituição: UFMG	Indicação: <u>aprovado</u>

Pelas indicações o candidato foi considerado APROVADO

O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 15 de abril de 2004.

Profa. Elizabeth Costa Dias (orientadora) Elizabeth Costa Dias

Profa. Corinne Davis Rodrigues Corinne Davis Rodrigues

Prof. René Mendes René Mendes

Prof^a. Ada Ávila Assunção (coordenadora) Ada Ávila Assunção

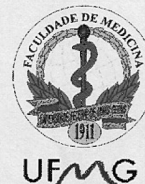
Prof^a Ada Ávila Assunção
Coord. PG. Saúde Pública
Medicina UFMG

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.



**FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

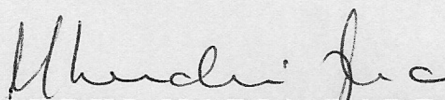
Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 7009
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3248.9641 FAX: (31) 3248.9640
E-mail: cpg@medicina.ufmg.br



DECLARAÇÃO

Declaramos, para fins curriculares, que **AUGUSTO DE SOUZA CAMPOS**, numero de matricula, 200220780 em quinze de abril de dois mil e quatro , defendeu a dissertação de Mestrado intitulada: “ **A VIOLÊNCIA NO TRABALHO COMO OBJETIVO DA SAÚDE DO TRABALHO DAS UNIDADES BASICAS DE SAÚDE DO DISTRITO SANITARIO NORTE DE BELO HORIZONTE**”; foi aprovado e obteve o título de Mestre em Saúde Pública – Área de Concentração em Saúde do trabalho pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais e que seu diploma encontra-se em vias de expedição.

Belo Horizonte, 23 de Setembro de 2008.


p/ **PROF^a SANDHI MARIA BARRETO**
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Faculdade de Medicina - UFMG

Agradecimentos

A minha orientadora Prof^ª. Elizabeth Costa Dias, pela orientação segura e generosa, que me ajudou a superar os muitos impasses e dificuldades do percurso.

Aos trabalhadores do Distrito Sanitário Norte de Belo Horizonte pela confiança e generosidade de compartilhar suas experiências.

Aos gerentes do Distrito Sanitário Norte de Belo Horizonte e das Unidades Básicas de Saúde pelo apoio à pesquisa, fornecendo-me dados e abrindo-me as portas dos serviços.

À Prof^ª. Corinne Davis Rodrigues por seu apoio decisivo na discussão da análise dos dados.

Ao Dr. Kevin Kelloway que cedeu o modelo do questionário utilizado na pesquisa.

À Dr^ª. Naeema Al-Gasseer, pelo material bibliográfico.

Ao colega Éber Assis do Santos pela ajuda no acesso ao campo da pesquisa.

Ao Prof. René Mendes pela confiança e pelo incentivo ao estudo da violência no trabalho.

À Prof^ª. Brani Rozemberg e ao Prof. Jorge Mesquita Huet Machado pelos incentivos e oportunidades.

Ao Prof. Ricardo Alves de Carvalho que, ainda na graduação, acreditou no meu potencial e me apresentou à temática do Trabalho.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional e pelo porto seguro sempre que preciso.

A Luciana, pelas conversas que me ajudaram a refletir sobre o funcionamento das unidades básicas de saúde.

Resumo

Este estudo procura contribuir para a consolidação do objeto violência relacionada ao trabalho no Campo da Saúde do Trabalhador, assim como para a discussão de princípios para a sua abordagem. Além disso, aborda o problema como ele se apresenta para os profissionais das Unidades Básicas de Saúde.

Realizou-se um levantamento nas principais bases de dados bibliográficos indexados, utilizando as palavras chave “violência” e “agressão” relacionados a “trabalho”, e “ambiente de trabalho”, além de seus respectivos em inglês. Para a caracterização dos episódios de violência na UBS, realizou-se um estudo de vitimização incluindo todos os profissionais destas unidades no Distrito Sanitário Norte de Belo Horizonte, Minas Gerais.

A forma de agressão mais freqüente, presente em 73,7% dos casos, foi agressão verbal, ofensa ou insulto, seguida pelas agressões físicas (23,4%), o assédio ou comportamento sexual indesejado (18,8%) dos casos, as agressões físicas e as ameaças com arma de fogo ou branca (cada uma relatada em 4,3% dos casos). O uso de armas de fogo ou branca foram relatados por 1,6% dos trabalhadores. Auxiliares e Técnicos de Enfermagem e Enfermeiras apresentam média de relatos significativamente superior ao restante dos profissionais ($p < 0,01$ e $p < 0,05$, respectivamente). Agentes Comunitários de Saúde relatam maior freqüência média de episódios em atendimento domiciliar ($p < 0,01$), se comparados com os demais trabalhadores.

Os resultados do estudo sugerem a relação das agressões com fatores ligados ao trabalho nas instalações da unidade. Conclui-se a necessidade de avaliação mais aprofundada da organização do trabalho na UBS. Finalmente, apresentam-se alguns elementos considerados importantes para a abordagem da violência no trabalho e sugestões para pesquisas futuras.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVO	16
3. METODOLOGIA.....	17
3.1. O ESTUDO	17
3.1.1. <i>Revisão de literatura</i>	17
3.1.2. <i>Estudo de campo</i>	18
3.2. CENÁRIO E SUJEITOS DO ESTUDO DE CAMPO	19
3.3. O INSTRUMENTO	21
3.3.1. <i>Definições</i>	24
3.4. A COLETA DE DADOS	26
3.5. ANÁLISE DOS DADOS	26
3.5.1. <i>Caracterização dos episódios</i>	26
3.5.2. <i>Percepção de risco e criminalidade</i>	27
3.5.3. <i>Fatores de risco para episódios nas UBS</i>	28
3.5.4. <i>Recodificações e outras informações sobre a análise dos dados</i>	28
3.6. QUESTÕES ÉTICAS	29
4. VIOLÊNCIA, SAÚDE E TRABALHO: CONSTRUINDO O OBJETO	30
4.1. VIOLÊNCIA E SAÚDE.....	33
4.2. VIOLÊNCIA NO TRABALHO	39
4.2.1. <i>Definindo violência no trabalho</i>	44
4.2.2. <i>Tipos de violência no trabalho</i>	46
4.3. EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA NO TRABALHO	50
4.4. FATORES DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA NO TRABALHO.....	53
4.5. IMPACTOS DA VIOLÊNCIA NO TRABALHO	55
5. CONTRIBUIÇÃO PARA A ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA NO TRABALHO	58
6. VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM SAÚDE	68
7. O TRABALHO EM SAÚDE	73
7.1. CENTROS DE SAÚDE: AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.....	79
7.1.1. <i>A Atenção Básica</i>	82
7.1.2. <i>O Programa Agentes Comunitários de Saúde</i>	83
7.1.3. <i>O Programa Saúde da Família</i>	85
8. RESULTADOS E ANÁLISE DA PESQUISA DE CAMPO	87
8.1. RETORNO DE QUESTIONÁRIOS.....	87
8.2. CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES	90
8.3. CARACTERIZAÇÃO DOS EPISÓDIOS.....	93
8.3.1. <i>Episódios por unidade</i>	95
8.3.2. <i>Episódios por categoria profissional</i>	96
8.3.3. <i>Episódios por tempo de trabalho na unidade</i>	98

8.3.4.	<i>Episódios por tempo de trabalho na saúde</i>	98
8.3.5.	<i>Episódios por carga horária semanal na unidade</i>	99
8.3.6.	<i>Episódios por faixa etária e sexo</i>	100
8.3.7.	<i>Episódios por residência próxima à unidade</i>	101
8.4.	VIOLÊNCIA VICARIANTE	102
8.4.1.	<i>Episódios presenciados por unidade</i>	102
8.4.2.	<i>Episódios presenciados por categoria profissional</i>	103
8.5.	CRIMINALIDADE REPORTADA	105
8.5.1.	<i>Criminalidade reportada por unidade</i>	105
8.5.2.	<i>Criminalidade reportada por categoria profissional</i>	106
8.6.	PERCEPÇÃO DE RISCO	108
8.6.1.	<i>Percepção de risco por unidade</i>	108
8.6.2.	<i>Percepção de risco por categoria profissional</i>	109
8.7.	FATORES DE RISCO	111
8.8.	CONCLUSÃO	112
8.9.	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	114
9.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
10.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
11.	ANEXO I: MODELO DE QUESTIONÁRIO	129
12.	ANEXO II: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	135
12.		136

Índice de Tabelas

TABELA 1 - NÚMERO DE TRABALHADORES POR CATEGORIA PROFISSIONAL E UNIDADE – UBS, DISAN, 2003	20
TABELA 2 - VARIÁVEIS DO QUESTIONÁRIO	24
TABELA 3 - NÚMERO DE QUESTIONÁRIOS RETORNADOS POR CATEGORIA PROFISSIONAL E UNIDADE – UBS, DISAN, 2003	88
TABELA 4 - QUESTIONÁRIOS RETORNADOS POR UNIDADE E CATEGORIA PROFISSIONAL – UBS, DISAN, 2003.....	89
TABELA 5 - TEMPO DE TRABALHO NA UNIDADE – UBS, DISAN, 2003	90
TABELA 6 - TEMPO DE TRABALHO NA ÁREA DA SAÚDE – UBS, DISAN, 2003	91
TABELA 7 - CARGA HORÁRIA SEMANAL NA UNIDADE – UBS, DISAN, 2003.....	91
TABELA 8 - IDADE – UBS, DISAN, 2003	92
TABELA 9 - IDADE MÉDIA SEGUNDO CATEGORIA PROFISSIONAL – UBS, DISAN, 2003.....	92
TABELA 10 - SEXO – UBS, DISAN, 2003.....	93
TABELA 11 - RESIDÊNCIA PRÓXIMA À UNIDADE – UBS, DISAN, 2003	93
TABELA 12 - NÚMERO MÉDIO DE INCIDENTES RELATADOS POR TRABALHADOR, OCORRIDOS NOS ÚLTIMOS 12 MESES, POR TIPO, AUTOR E LOCAL – UBS, DISAN, 2003	94
TABELA 13 - ÍNDICE DE EPISÓDIOS POR UNIDADE E SITUAÇÃO DE OCORRÊNCIA – UBS, DISAN, 2003	95
TABELA 14 - ÍNDICE DE EPISÓDIOS POR CATEGORIA PROFISSIONAL E SITUAÇÃO DE OCORRÊNCIA – UBS, DISAN, 2003	97
TABELA 15 - ÍNDICE DE EPISÓDIOS POR TEMPO DE TRABALHO NA UNIDADE – UBS, DISAN, 2003	98
TABELA 16 - ÍNDICE DE EPISÓDIOS POR TEMPO DE TRABALHO NA SAÚDE – UBS, DISAN, 2003	99
TABELA 17 - ÍNDICE DE EPISÓDIOS POR CARGA HORÁRIA SEMANAL NA UNIDADE – UBS, DISAN, 2003	99
TABELA 18 - ÍNDICE DE EPISÓDIOS POR FAIXA ETÁRIA – UBS, DISAN, 2003	101
TABELA 19 - ÍNDICE DE EPISÓDIOS POR SEXO – UBS, DISAN, 2003	101
TABELA 20 - ÍNDICE DE EPISÓDIOS POR RESIDÊNCIA PRÓXIMA À UNIDADE – UBS, DISAN, 2003	102
TABELA 21 – EPISÓDIOS PRESENCIADOS POR UNIDADE - UBS, DISAN, 2003	102
TABELA 22 – EPISÓDIOS PRESENCIADOS POR UNIDADE - UBS, DISAN, 2003	104
TABELA 23 - CRIMINALIDADE REPORTADA POR UNIDADE – UBS, DISAN, 2003	105
TABELA 24 - CRIMINALIDADE REPORTADA POR CATEGORIA PROFISSIONAL – UBS, DISAN, 2003	106
TABELA 25 - PERCEPÇÃO DE RISCO POR CATEGORIA PROFISSIONAL – UBS, DISAN, 2003	108
TABELA 26 - PERCEPÇÃO DE RISCO POR CATEGORIA PROFISSIONAL – UBS, DISAN, 2003	109
TABELA 27 - FATORES QUE CONTRIBUÍRAM PARA A OCORRÊNCIA DE EPISÓDIOS DE VIOLÊNCIA CONTRA TRABALHADORES – UBS, DISAN, 2003.....	111

1. Introdução

Os riscos para a saúde dos trabalhadores são tradicionalmente relacionados a práticas inseguras, ambientes insalubres, agentes químicos, físicos ou biológicos nocivos. Apenas recentemente a organização do trabalho e alguns elementos compreendidos entre os fatores psicossociais também são mais freqüentemente citados entre as possíveis fontes de agravo. As agressões e violências cometidas por outros seres humanos contra trabalhadores, embora não sejam exatamente um fenômeno novo, historicamente não foram considerados como um problema para a saúde e segurança no trabalho, passando a receber maior atenção deste campo somente nos anos mais recentes.

Diversos elementos podem ter contribuído para a ausência de uma maior atenção sobre a violência e sua relação com a saúde e a segurança no trabalho. O principal deles é, provavelmente, o fato da Saúde em geral ter longamente tomado sob sua responsabilidade apenas agravos produzidos pelas violências, faltando em seu campo uma reflexão sobre a violência enquanto fenômeno mais amplo.

Por outro lado, na saúde a violência seria também tratada enquanto assunto da psiquiatria. Para a compreensão da violência, o enfoque tradicional da psiquiatria voltava-se para o indivíduo e suas características buscando, freqüentemente, identificá-lo, contê-lo e, quando possível, tratá-lo. Este olhar sobre a violência tem, como principal característica, a de aproximá-la da patologia.

Embora não se possa reduzir a abordagem da violência no setor saúde a estas poucas linhas, esta vem sendo uma forma dominante. A partir dos anos 80 e 90, um sensível aumento da preocupação com a violência e a criminalidade parece ocorrer na sociedade como um todo. Acompanhando este movimento, vários movimentos dentro do Setor Saúde procuram reexaminar o tema.

Neste período, também se pode observar uma crescente mobilização de alguns grupos dentro do Setor Saúde frente às causas externas. Desde a década de 60, os acidentes e as violências apresentaram crescente participação entre as causas de morbimortalidade e assumiram lugar de destaque naquele período. A partir desse período, diversos esforços foram conduzidos para a construção teórica do objeto violência e de sua abordagem do ponto de vista da Saúde. Nesta tarefa, era preciso reconhecer as limitações do papel tradicional do setor na assistência e reabilitação das vítimas de violência e procurava-se enfatizar, frente ao problema, a prevenção e a promoção da saúde.

Especialmente na década de 90, no Campo da Saúde do Trabalhador os olhares também se voltam para o problema. Nos últimos anos da década, a Organização Internacional do Trabalho e Organização Mundial da Saúde passaram a realizar os primeiros esforços concentrados sobre o tema da violência no trabalho. Seja pelo viés da criminalidade, dos assaltos, roubos e seqüestros nos ambientes de trabalho, dos riscos nas atividades de segurança pública ou privada, seja nas diversas formas de agressão e conflitos nas relações entre colegas de trabalho ou com clientes, a violência passa a preocupar por sua infiltração no cotidiano e seu impacto na saúde, dignidade e qualidade de vida dos trabalhadores.

Até então, os ambientes de trabalho eram vistos, de forma geral, como locais relativamente seguros em relação à violência. O trabalho em si não era considerado como possível fonte de violência e agressão. Estas pertenceriam ao mundo da criminalidade, das relações interpessoais ou das idiossincrasias individuais, não às relações de ou no trabalho. Um episódio deste tipo ocorrido no ambiente de trabalho seria quase que imediatamente considerado uma “contaminação” por algo externo ao trabalho. Apesar dos significativos avanços feitos até hoje, este é um problema que ainda representa um desafio teórico e prático dentro dos vários âmbitos da Saúde. No Campo da Saúde do Trabalhador isso é especialmente válido.

Construído em duas partes relativamente independentes, o presente estudo procura contribuir para a consolidação do tratamento do problema da violência nos ambientes de trabalho, levando em conta mais do que, simplesmente, o local físico ou o momento em que ocorreu o episódio. É em direção a uma compreensão de *violência relacionada ao trabalho*, a partir do Campo da Saúde do Trabalhador, que pretendemos avançar. Não se trata de apresentar um modelo ou uma teoria acabada, mas de acrescentar algumas reflexões e informações ao trabalho coletivo de enfrentamento teórico e prático da violência que atinge os trabalhadores durante sua jornada diária de trabalho.

A partir de uma revisão da literatura sobre violência e saúde examinamos, inicialmente, a apropriação progressiva que a Saúde Pública, e depois a Saúde e Segurança no Trabalho, fazem do tema. Em seguida, busca-se em uma determinada abordagem da Criminologia, alguns elementos como contribuição para a abordagem da violência no trabalho.

A segunda parte constitui um estudo exploratório da violência contra trabalhadores nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário Norte de Belo Horizonte.

2. Objetivo

O presente estudo tem como objetivos:

Contribuir para abordagem da violência no trabalho como objeto de estudo e intervenção no campo da Saúde do Trabalhador.

Caracterizar o perfil dos episódios de violência nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Sanitário Norte (DISAN) de Belo Horizonte e examinar algumas variáveis relacionadas ao problema.

3. Metodologia

3.1. O estudo

3.1.1. Revisão de literatura

Para o levantamento da literatura, consultaram-se as principais bases de dados bibliográficos indexados, a saber, o Banco de Dissertações e Teses e o portal de periódicos organizado pela Coordenação de Aperfeiçoamento do Ensino Superior (CAPES) e pelo Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT); a Biblioteca Virtual em Saúde da Biblioteca Regional de Medicina (Bireme) e o *site* do *Scientific Electronic Library On-line* (SCIELO), organizado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – Fapesp.

A busca de artigos foi feita utilizando as palavras chave “violência” e “agressão” relacionados a “trabalho” e “ambiente de trabalho”, e de seus correspondentes em inglês. Consultaram-se também *sites* de instituições relacionadas à saúde e à saúde do trabalhador, em especial as páginas da Organização Mundial da Saúde (OMS) relacionadas ao tema, as da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e as de instituições norte-americanas, como o Occupational Safety and Health Administration (OSHA) e o National Institute for Safety and Health (NIOSH).

Procedeu-se, em seguida, à seleção dos artigos mais relevantes, através da leitura dos resumos e de referências citadas por outros autores. Priorizaram-se os trabalhos que sistematizassem ou discutissem aspectos gerais da abordagem da violência no trabalho, ou que tratassem o problema em sua relação com o trabalho em saúde, em especial em serviços de atenção primária.

3.1.2. Estudo de campo

O estudo de campo realizado neste trabalho cumpre duas funções. Por um lado, serve como uma primeira aproximação ao problema das violências nas unidades básicas de saúde. Por outro lado, seus resultados devem contribuir para a reflexão sobre a abordagem da violência como risco para trabalhadores.

Como base para uma abordagem exploratória, o estudo estrutura-se como uma pesquisa de vitimização. Pesquisas deste tipo surgiram nos Estados Unidos na década de 60, como uma tentativa de estimar a quantidade de crimes sofridos pela população e não comunicados aos órgãos governamentais. Atualmente, em vários países do mundo, instituições governamentais ou independentes realizam periodicamente estudos como estes com amostras da população (Kahn, 1998). A aplicação desta metodologia não se tem restringido a crimes propriamente ditos, pois vem sendo utilizada também para outros tipos de episódios de violência, entre eles aqueles relacionados ao trabalho.

Entre suas vantagens, os estudos de vitimização são capazes de visibilizar episódios dificilmente notificados pelas vias oficiais por motivos diversos, dentre os quais serem considerados menores ou serem naturalizados. Via de regra, tais pesquisas demonstram a

importância de tais eventos, principalmente pela grande frequência com que ocorrem. Além disso, a metodologia propicia o aprofundamento e detalhamento do fenômeno de interesse, possibilidade pouco comum nas notificações tradicionais, frequentemente gerais e inespecíficas. Por outro lado, sua principal desvantagem encontra-se nas dificuldades em construir-se uma amostra significativa da população.

3.2. Cenário e sujeitos do estudo de campo

O estudo de campo foi realizado no território do Distrito Sanitário Norte de Belo Horizonte (DISAN), de fevereiro a maio de 2003. Neste período, funcionavam inicialmente 14 e, posteriormente, 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS), atendendo a cerca de 176 mil habitantes (IBGE/96) distribuídos em uma região de aproximadamente 34 Km². Segundo dados fornecidos pela gerência do Distrito em fevereiro de 2003, trabalhavam nas UBS 808 pessoas distribuídas como descreve a Tabela 1.

A unidade do Lagedo, incluída no estudo, entrou em funcionamento em um momento situado entre a coleta dos dados junto à gerência do DISAN e o início da pesquisa de campo. Os trabalhadores desta unidade são oriundos da UBS do Tupi; portanto, na tabela abaixo são contabilizados conjuntamente. Na análise dos dados já será levada em conta a divisão das unidades.

A escolha pela realização da pesquisa com os trabalhadores das UBS deveu-se à emergência do problema naquele contexto, no período da construção do projeto da pesquisa. Naquele momento, uma série de movimentos por parte dos trabalhadores e seus sindicatos, assim como a cobertura dos episódios pela mídia, colocaram em evidência o

tema da violência no trabalho em saúde e configuraram uma demanda de estudos e intervenção.

Tabela 1 - Número de trabalhadores por categoria profissional e unidade – UBS, DISAN, 2003

Categoria Profissional	Unidade Básica de Saúde													Total	
	Aarão Reis	Campo Alegre	Etelvina Carneiro	Floramari I	Floramari II	Guarani	Heliópolis	Jaqueline	Jardim Felicidade	MG 20	Primeiro de Maio	Providência	São Bernardo		Tupi
Agente Comunitário de Saúde	14	21	10	17	10	11	14	24	22	14	17	15	27	19	235
Assistente Social / Psicólogo / Terapeuta Ocupacional	-	-	-	-	5	-	3	3	1	2	2	-	-	3	19
Profissional de Saúde Bucal	7	5	6	-	7	5	4	5	9	7	2	6	6	5	74
Auxiliar de Serviços Gerais	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	4	2	33
Auxiliar / Técnico de Enfermagem	9	19	10	11	10	11	14	15	12	11	9	11	16	11	169
Auxiliar / Técnico Administrativo	2	3	1	3	1	2	2	2	2	1	3	2	3	3	30
Enfermeiro	3	4	3	4	4	3	3	5	6	4	4	3	5	6	57
Gerente de Unidade	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
Médico	6	6	5	6	6	5	7	10	6	5	5	8	6	9	90
Porteiro / Vigilante / Vigia	4	3	1	-	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	46
Outros	2	4	1	2	4	4	3	4	3	2	2	3	3	4	41
Total	50	68	40	47	54	47	57	75	68	53	51	56	75	67	808

O Distrito Sanitário Norte foi selecionado como local da pesquisa devido à possibilidade de acesso ao campo da pesquisa, garantido pela direção do DISAN com autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

3.3. O instrumento

A construção do questionário considerou a descrição do episódio de violência segundo a forma de agressão, o seu autor e a situação de trabalho em que ocorreu. Complementarmente, aborda também variáveis relacionadas à percepção de risco, aos elementos que contribuem para a ocorrência de agressões e à atividade da criminalidade. Em sua essência, o questionário foi baseado em instrumentos utilizados em outras pesquisas encontradas na bibliografia levantada (OSHA, 2002; AFSCME, 1998, Arnetz, 1988; BJS, 1999). Em especial, do questionário utilizado por LeBlanc e Kelloway (2002) originaram-se escalas de cinco pontos para os episódios de violência e as questões sobre percepção de risco.

As questões relacionam-se a: (a) dados demográficos, (b) agressões sofridas e incidentes presenciados, (d) atividade reportada da criminalidade e percepção de segurança da região, percepção de risco de agressão no trabalho e (e) percepção dos fatores que contribuíram a ocorrência dos incidentes.

Os *dados demográficos* incluem: sexo, idade, local de residência, local de trabalho, categoria profissional, tempo de trabalho na unidade e na área da saúde, trabalho em outros locais, carga horária semanal na unidade e total.

As questões sobre *episódios de violência* sofridos ou presenciados foram construídas como escalas de 0 (nunca) a 4 (4 ou mais vezes) onde o respondente deveria relatar o número de ocorrências nos últimos 12 meses. Os eventos, exceto agressões por parte de pessoa relacionada à criminalidade, deviam ser reportados em escalas diferentes caso o autor fosse um usuário ou um acompanhante. Escalas específicas para episódios na unidade e em atendimento domiciliar também foram acrescentadas. As questões sobre agressões sofridas e incidentes presenciados se referiam a (a) agressão física, (b) ameaça de agressão física, (c) agressão com arma de fogo ou branca, (d) ameaça com arma de fogo ou branca, (e) agressão verbal, ofensa ou insulto e (d) assédio ou comportamento sexual indesejado. Acrescentaram-se ainda questões sobre: (a) incidente com dano a equipamentos ou instalações na unidade, (b) interrupção do atendimento na unidade devido a incidente de violência e (c) incidente com intervenção da polícia.

Como ressaltam Shat e Kelloway (2000), estudos sobre trauma vêm demonstrando que, além das vítimas imediatas, alguns efeitos podem ser encontrados em pessoas que testemunharam, ou simplesmente ouviram sobre o incidente (violência vicariante). Por este motivo também foram colocadas no questionário perguntas sobre episódios presenciados.

A *percepção de risco* de agressão no trabalho foi medida em escalas variando entre 1 (discordo fortemente) a 5 (concordo fortemente), onde o respondente descrevia a possibilidade de ser agredido no trabalho (ex. “Acho provável eu ser agredido fisicamente”). Cinco escalas compunham a medida de percepção de risco: agressão física, agressão verbal, ameaça física ou verbal, agressão com arma de fogo ou branca e ameaça com arma de fogo ou branca. A *percepção de segurança* foi relatada em uma escala de 3 pontos (tranqüila, insegura, violenta).

A *fatores de risco* que contribuíram para a ocorrência de incidentes foram selecionados a partir da literatura levantada e incluíam: Falta ou inadequação de medicamentos, falta ou inadequação de material, falta ou inadequação de equipamentos, inadequação do espaço físico, espera pelo atendimento, desconhecimento do usuário do funcionamento do serviço, atitude dos trabalhadores, perfil da população, violência e criminalidade na região. O respondente deveria marcar todas as opções que considerasse adequadas.

O teste do questionário foi realizado em uma equipe do Programa de Saúde da Família em uma UBS fora do distrito onde o estudo foi feito. Um grupo de 8 trabalhadores respondeu ao questionário. Em seguida os trabalhadores foram estimulados a explicitar suas opiniões, dúvidas e dificuldades. Além disso, o questionário foi apresentado também nas reuniões realizadas com as gerências do distrito e das unidades, com objetivo de negociar a entrada dos pesquisadores no campo. Com base nos comentários obtidos nestas duas ocasiões, foram feitas as adequações necessárias.

Além das questões já citadas, o questionário continha outras duas, onde o respondente poderia acrescentar livremente algum elemento que considerasse relevante como causa para os episódios de violência e um espaço onde ele poderia desenvolver algum comentário sobre o assunto.

A última parte do questionário visava a caracterização do último episódio sofrido pelo trabalhador. Estas informações seriam utilizadas para a realização de entrevistas semi-estruturadas para uma aproximação qualitativa do problema. Contudo, devido a limitações no prazo para conclusão da pesquisa, esta metodologia não foi utilizada.

3.3.1. Definições

Para facilitar a compreensão da estrutura do questionário, assim como da análise dos resultados, a Tabela 2 apresenta esquematicamente as variáveis medidas pelas questões do instrumento. Em seguida apresentamos algumas definições fundamentais.

Tabela 2 - Variáveis do questionário

<i>Caracterização do Trabalhador</i>	<ul style="list-style-type: none">• Unidade• Categoria Profissional• Sexo• Idade• Residência nas proximidades da unidade	<ul style="list-style-type: none">• Tempo de trabalho na unidade• Tempo de trabalho na área da saúde• Carga horária semanal na unidade• Carga horária semanal total
<i>Percepção de risco</i>	<ul style="list-style-type: none">• Agressão física• Agressão verbal• Ameaça	<ul style="list-style-type: none">• Agressão com arma• Ameaça com arma• Segurança da região
<i>Criminalidade Reportada</i>	<ul style="list-style-type: none">• Tiros• Agressão ou ameaça por parte de pessoas relacionadas à criminalidade	<ul style="list-style-type: none">• Consumo ou venda de drogas• Homicídios
<i>Episódios de violência sofridos e presenciados na unidade</i>	<ul style="list-style-type: none">• Agressão física• Ameaça de agressão física• Agressão com arma	<ul style="list-style-type: none">• Ameaça com arma• Agressão verbal• Assédio sexual
<i>Episódios sofridos ou presenciados em atendimento domiciliar</i>	<ul style="list-style-type: none">• Agressão Física• Ameaça de agressão física• Ameaça com arma	<ul style="list-style-type: none">• Agressão verbal• Assédio sexual
<i>Fatores de risco</i>	<ul style="list-style-type: none">• Falta ou inadequação de medicamentos• Falta ou inadequação de material• Falta ou inadequação de equipamentos, inadequação do espaço físico	<ul style="list-style-type: none">• Espera pelo atendimento, desconhecimento do usuário do funcionamento do serviço• atitude dos trabalhadores• Perfil da população• Violência e criminalidade na região
<i>Descrição do último episódio sofrido</i>	<ul style="list-style-type: none">• Violência ou agressão física• Agressão verbal	<ul style="list-style-type: none">• Assédio ou comportamento sexual indesejado

- Episódio de violência: agressão relatada por trabalhador no local de trabalho ou em atendimento domiciliar.
- Episódio presenciado: episódio de agressão a um colega presenciado pelo trabalhador.
- Tipo de episódio: descrição da forma da violência sofrida ou presenciada: agressão física, ameaça de agressão física, agressão com arma de fogo ou branca, ameaça com arma de fogo ou branca, agressão verbal, ofensa ou insulto, assédio ou comportamento sexual indesejado e incidente com dano a equipamentos ou instalações da unidade.
- Autor da agressão: pessoa que, segundo o trabalhador, foi autor do ato considerado uma agressão: paciente ou acompanhante.
- Situação do episódio: situação de trabalho em que o episódio ocorreu: trabalho na unidade ou atendimento domiciliar.
- Atividade reportada da criminalidade: episódios selecionados, relacionados à criminalidade, relatados pelos trabalhadores.
- Percepção de segurança da região: percepção do nível de insegurança na região onde a unidade se localiza.
- Percepção de risco de agressão no trabalho: probabilidade atribuída de ocorrência de episódios de violência no trabalho.
- Percepção dos fatores que contribuíram para a ocorrência dos incidentes: relato da contribuição de fatores selecionados na ocorrência de episódios de violência.

3.4. A coleta de dados

Foram disponibilizados questionários para 808 trabalhadores das 15 UBS da região. Cada trabalhador recebeu o questionário acompanhado de um termo de consentimento livre e esclarecido. Os conjuntos eram distribuídos aos trabalhadores pelo gerente da unidade ou outro trabalhador indicado. O responsável pela distribuição recebeu instruções detalhadas sobre os procedimentos de preenchimento, distribuição e devolução dos questionários. Após um prazo de aproximadamente duas semanas o pesquisador retornou para recolher os questionários preenchidos.

Os dados foram digitados em um banco de dados criado no programa EpiInfo do *Centers of Disease Control and Prevention*. O banco de dados foi analisado no programa SPSS 10.0.

3.5. Análise dos dados

3.5.1. Caracterização dos episódios

De forma geral, a análise dos dados baseia-se nas médias das escalas. Para teste das diferenças de média utilizou-se o teste t para amostras independentes. Nos casos de variáveis categóricas, com mais de dois valores, foram criadas variáveis *dummy* para comparação de cada conjunto de casos com todos os outros.

Inicialmente, são apresentadas de forma descritiva as características dos trabalhadores que retornaram os questionários.

Como primeira tarefa da análise dos dados procura-se construir uma descrição geral das agressões sofridas por trabalhadores na unidade e em atendimento domiciliar, segundo a situação em que o episódio ocorreu e se seu autor era um paciente ou acompanhante .

Em seguida, analisa-se a o perfil das agressões em relação às variáveis correlatas. Apesar do detalhamento das agressões segundo autor, procurando uma visão mais sintética, estes dados são agregados nesta análise. Para isso foram criadas quatro variáveis descrevendo a frequência de (a) episódios ocorridos na unidade, (b) episódios ocorridos em atendimento domiciliar, (c) episódios presenciados na unidade e (d) episódios presenciados em atendimento domiciliar. Tais índices foram constituídos pela média da frequência de episódios atribuídos a pacientes e acompanhantes. Para reduzir a perda de dados, os casos de *missing* foram substituídos pelas médias das variáveis de origem. As variáveis resultantes foram analisadas segundo unidade, categoria profissional, tempo de trabalho na unidade e na área da saúde, carga horária, sexo, residência próxima à unidade.

3.5.2. Percepção de risco e criminalidade

As questões sobre percepção de risco e criminalidade têm a função de oferecer um contraponto à análise do perfil dos episódios. Dessa forma, primeiramente seus dados são apresentados de forma descritiva. Em seguida, procura-se avaliar a relação entre a percepção de risco, os níveis de criminalidade reportada e os episódios de violência no trabalho.

3.5.3. Fatores de risco para episódios nas UBS

Na questão sobre fatores de risco o trabalhador poderia marcar tantas opções quanto ele considerasse adequadas. Assim, na análise dos dados de fatores de risco são apresentadas as frequências com que cada um foi apontado nos questionários.

3.5.4. Recodificações e outras informações sobre a análise dos dados

Devido ao pequeno número de trabalhadores, algumas recodificações foram necessárias.

Agrupam-se as categorias profissionais:

- Assistente Social, Fonoaudiólogo, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional;
- Profissional de Saúde Bucal: Auxiliar de Consultório Dentário, Técnico em Higiene Dental e Cirurgião Dentista;
- Auxiliares e Técnicos de Enfermagem e de Laboratório ou Exame;
- Auxiliar e Técnico administrativo e Recepcionista;
- Outros: estagiários, trabalhadores de vigilância sanitária e zoonoses.
- Nenhum motorista de ambulância respondeu ao questionário.

Devido a problemas de qualidade dos dados, não serão analisadas as questões 6, 8 e 9 do questionário (ver Anexo I).

Sendo pequeno o número de médicos na amostra, não foi possível desagregar a as especialidades médicas contidas na questão 2.

A questão 45 e os comentários no final dos questionários serão abordados nas considerações finais e não serão especificamente abordadas na análise dos dados.

As questões 46 a 51 seriam utilizadas na seleção de trabalhadores para entrevistas visando uma abordagem qualitativa dos episódios. Devido à limitação do prazo para término da pesquisa, decidiu-se abrir mão desta abordagem.

3.6. Questões éticas

O projeto deste trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, tendo sido aprovado após realização das alterações exigidas para o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II).

Todos os dados e resultados da pesquisa são utilizados apenas para os fins desta. Os questionários foram tratados apenas por pessoal envolvido, com propósito exclusivo de pesquisa.

Todo o material utilizado na coleta de dados será destruído após conclusão da análise dos dados.

4. Violência, saúde e trabalho: construindo o objeto

Examinando a literatura sobre o tema, percebe-se que as dificuldades encontradas iniciam-se na própria definição de violência. Jurandir Freire Costa em seu estudo sobre a violência (Costa, 1984) justifica-se pela utilização de definições apenas “operacionais, circunstanciais, baseadas em casos específicos e em situações particulares”. Segundo ele, seu leitor não encontraria ali nenhuma definição geral que isolasse a essência da noção de suas formas empíricas ou contingentes. O comentário do autor refere-se a seu próprio trabalho, mas aplica-se de forma quase que geral aos estudos sobre o tema.

De fato, percebe-se nos estudos uma certa dificuldade na tarefa de definir violência. No senso comum o termo pode ter significados muito diversos. Também na literatura científica, as definições de violência podem referir-se a eventos que parecem ter pouco em comum, ou, em alguns casos, excluir fenômenos não tão diferentes dos incluídos entre as formas de violência.

As manifestações vistas como violências vão desde os genocídios, as guerras e as segregações, passando pelos homicídios e agressões físicas, e chegam a formas bem mais sutis, como algumas formas de negligência, o ostracismo e o assédio moral. Por outro lado, uma agressão física pode ser considerada ou não uma violência, caso ela seja vista como “gratuita” ou como defesa. Uma guerra pode ser vista como violência de um “ponto de vista humanitário”, mas como necessidade ou mesmo um direito para um determinado

grupo de atores sociais e contexto. De forma geral, estes dois elementos têm papel fundamental na caracterização de uma violência.

Buscando contornar tais dificuldades, na maioria dos casos a violência é definida operacionalmente, segundo o tema de interesse ou o campo de saber específico do estudo. Assim, se o estudo situar-se no campo das ciências sociais ou políticas, a restrições a determinados direitos pode ser definida como violência. Para a psicologia ou para a psiquiatria, violência e agressividade aproximam-se quando se usa como definição a ocorrência, frequência ou a probabilidade de agressão, por exemplo, por parte de um paciente ou usuário de serviço.

Definir violência operacionalmente, a partir do evento causador ou do dano em si é a estratégia frequente em estudos, especialmente na área da saúde. De certa forma, também não escapa a isso a definição de violência utilizada aqui, no estudo de campo. Contudo, para uma melhor compreensão da violência como objeto de estudo, vale destacar algumas questões sobre a *noção* de violência, procurando examinar o que está implícito nestas formas de definição.

Por um lado, na caracterização de uma violência, está em jogo o contexto em que o evento ocorre e, por outro, o julgamento do observador. De acordo com Pontana (1993) o termo violência pode referir-se a determinados tipos de eventos, atos ou situações relacionados por apresentarem características em comum. A primeira delas é idéia de dano ou agressão e, em seguida, a relativa gravidade atribuída ao evento ou às suas conseqüências. Contudo, o elemento distintivo da violência é a forma pejorativa com que ela é descrita. É este

último o ponto chave para a idéia de violência, o que a diferencia de uma série de outras manifestações semelhantes em forma e intensidade.

A violência é um dolo. É um evento que causa dano ou agravo, sendo evitável, desnecessário, injusto e/ou ilegítimo. Portanto, não basta que um evento cause algum prejuízo. Para ser considerado uma violência, em primeiro lugar, ele não pode ser uma fatalidade (como uma catástrofe natural, por exemplo), mas, fundamentalmente, não deve haver justificativa ou legitimação suficientemente forte para ele.

A caracterização de uma violência como tal depende de uma avaliação em que deve pesar a evitabilidade e gravidade e um julgamento da justificativa e legitimidade do evento. Inicia-se aí, portanto, o aspecto de construto sócio-histórico da violência. Essa característica fundamental diz respeito à violência em todos os seus aspectos. Seja enquanto noção (Pontana, 1993), na variação das concepções de gravidade, forma e evitabilidade, seja enquanto fenômeno ou episódio concreto, localizado social, cultural e historicamente (Minayo & Souza, 1997/1998).

O fato de a violência, como a concebemos aqui, ser por definição injustificável, não implica que não se possa explicá-la. Assim, “explicar a violência”, inclui pelo menos duas questões fundamentais.

Em primeiro lugar, pode-se perguntar o que é considerado violência. Em outras palavras, como é que as pessoas reconhecem num episódio, uma violência, e que características apresentam tais eventos? É portanto um estudo da noção ou da concepção de violência, seus condicionantes, características e transformações. Entre outras coisas, incluiria a

discussão sobre como determinadas ações ou eventos se tornam inaceitáveis, injustificáveis ou ilegítimos.

Outra forma de abordar o tema é examinar, a partir de uma definição inicial de violência, como os episódios se produzem em determinado contexto. Questiona-se a distribuição e frequência de episódios de violência, os fatores que contribuem para a variação destes e aqueles que condicionam a produção de um determinado evento. Aqui, o que está em foco são os episódios, enquanto no primeiro caso era questão da noção de violência.

4.1. Violência e Saúde

Tradicionalmente, a violência concerne ao Setor Saúde enquanto causa de morte ou agravo, ou como agressividade relacionada a alguma forma de síndrome ou distúrbio. Se uma violência não produz necessidade de assistência médica ou psicológica, ou, por outro lado, se o perpetrador não pode ser considerado doente, esta, não seria questão para o Setor Saúde, uma vez que esta última, sendo concebida como assistência, pressuporia a existência de um paciente.

As violências, enquanto fonte de agravo, são incluídas no grande grupo das causas externas de morbidade e mortalidade (V01 a Y98), capítulo XX da 10^a Edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Este grupo, portanto, visa à classificação de ocorrências e circunstâncias ambientais causadoras de lesões, envenenamentos e outros efeitos adversos – incluídas aí, aquelas relacionadas ao trabalho. Violências, do ponto de vista da CID-10 são causas, ocorrências ou circunstâncias ambientais que produzem ou que

se relacionam de forma imediata a um dano. Já a natureza deste deve ser localizada em outros capítulos da classificação.

Desde a década de 60, o quadro de mortalidade revela o crescimento da participação das causas externas. Nos anos 80, estas se tornam responsáveis por cerca de 15% das mortes registradas no Brasil, perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório. Mais da metade dos óbitos por causas externas neste período seriam causados por acidentes de trânsito e homicídios.

A partir de 1990 os homicídios ultrapassam os acidentes de trânsito em termos proporcionais (Brasil, 2000; Minayo & Souza, 1997/1998). Em 2000 (Brasil/MS, s/d), os homicídios são responsáveis por 38% das mortes por causas externas, enquanto os acidentes de trânsito de transporte somam 25%.

Frente a tal quadro, principalmente a partir do início da década de 90, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) passam a reconhecer a violência como um problema prioritário para a Saúde Pública (Agudelo, 1990).

Em 1993, o Dia Mundial da Saúde teve como mote a “Prevenção de Acidentes e Traumatismos”. Neste mesmo ano, a XXXVII Reunião do Conselho Diretor da Organização Panamericana da Saúde (OPAS) recomenda aos governos o desenvolvimento de políticas e planos nacionais de prevenção e controle da violência (Minayo, 1994). Em 1996, a 49^a Assembléia Mundial da Saúde adota a Resolução WHA49.25 considerando a violência um problema emergente para a saúde pública em todo o mundo (Krug et al.,

2002). Em 1997, a OPAS elabora um plano de ação regional, dando prioridade a este tema em sua atuação (Minayo, 1994).

Em resposta à Resolução WHA49.25, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publica em 2002, o primeiro *World Rapport on Violence and Health* (Krug et al., 2002). O relatório procura chamar a atenção dos responsáveis ligados à saúde pública para seu papel frente ao problema da violência. O documento enfatiza ainda, que a violência é passível de prevenção e concerne ao setor saúde, tanto no que refere à suas conseqüências quanto mas também às causas.

No Brasil, a partir de 1998, o Ministério da Saúde passa a apoiar a criação e expansão de serviços para atendimento da demanda de pacientes vítimas de acidentes e violência. Neste período é criado também o Comitê Técnico Científico de Assessoramento para Acidentes e Violência, formado por especialistas de áreas diversas relacionadas à atenção, pesquisa e tecnologia em saúde, voltadas para as causas externas. (Santos, 2002)

Em 19 de maio de 2001, o Ministério da Saúde aprova, através da portaria nº 737 MS/GM (Brasil/MS, 2001), a sua Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. O documento reconhece que este é um problema de grande magnitude para a saúde pública e se propõe como orientador da atuação do setor saúde neste contexto.

Apresentando as responsabilidades institucionais de várias áreas do Governo, a Política atribui ao Ministério da Saúde um papel de gestor e articulador das ações intersetoriais. Cabe à Saúde a função de acompanhar a implementação das políticas, articulando as

unidades da federação tanto na prevenção como no atendimento das vítimas e comunicação das ocorrências às outras esferas do poder público, em especial a Justiça.

Como diretrizes para o setor saúde, a Política estabelece: promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; monitoramento da ocorrência de acidentes e de violências; sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências; estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação; capacitação de recursos humanos, apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Em 2002, através da Portaria n.º 970, de 11 de dezembro, o Ministério da Saúde cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Sistema de Informações em Saúde para os Acidentes e Violências/Causas Externas/SISAV. O sistema é um instrumento de registro das causas externas, destinado à realização de estudos e pesquisas que deverão subsidiar o planejamento das ações de prevenção, atenção e recuperação das pessoas em situação de acidentes ou violências.

Recentemente, a OMS, em seu relatório sobre a violência no mundo (Krug et al., 2002), definiu violência como o uso intencional de força física ou poder, em ameaça ou ato, contra si mesmo, outra pessoa, grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grande probabilidade de causar lesão, morte, agravo psicológico, distúrbios de desenvolvimento ou privação.

Dos diversos aspectos relevantes da definição proposta, vale ressaltar, primeiramente, que violência é um ato, uma ação, seja direta ou indireta. Além disso, o elemento que relaciona o ato violento à Saúde é o agravo, dano ou morte. Contudo, a ênfase se mantém no ato, não no resultado. Ressalta-se a intencionalidade e/ou potencial, independentemente do dano efetivamente causado.

Excluem-se da definição os incidentes não intencionais tais como grande parte dos acidentes de trânsito e incêndios. Além das formas mais evidentes de violência, compreende as ameaças e intimidações nas relações de poder, a omissão e o abandono. Refere-se, portanto, a todas as formas de negligência, agressão física, psicológica ou sexual, incluindo o suicídio e outras agressões auto-infligidas.

Os efeitos da violência são caracterizados de forma ampla, reconhecendo que esta resulta em agravos físicos, psicológicos e sociais a indivíduos, famílias e comunidades independentemente de causar lesão, incapacidade ou morte.

A OMS (Krug et al., 2002) assume que nenhum fator etiológico único é capaz de explicar porque um indivíduo comete um ato violento contra outro, ou porque a prevalência da violência varia entre diferentes comunidades. Em lugar disso ela propõe um modelo ecológico, onde a violência é resultado da influência conjunta sobre o comportamento humano de fatores individuais e sociais, relacionados às relações interpessoais e às comunidades.

No Brasil, destacam-se os estudos do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde (CLAVES), trazendo contribuições de disciplinas tais como a Sociobiologia,

Etologia, Psicologia e as Ciências Sociais para a compreensão da violência. A partir de tais pesquisas, Minayo e Souza (1997/1998) defendem que:

“A violência é um fenômeno histórico, quantitativa e qualitativamente, seja qual for o ângulo pelo qual o examinamos (conteúdo, estrutura, tipos e formas de manifestação). Só pode ser entendida nos marcos de relações sócio-econômicas, políticas e culturais específicas, cabendo diferenciá-la, no tempo e no espaço e por tipos de autor, vítima, local e tecnologia (...).

Toda violência social tem, até certo ponto, caráter revelador de estruturas de dominação (de classes, grupos, indivíduos, etnias, faixas etárias, gênero, nações), e surge como expressão de contradições entre os que querem manter privilégios e os que se revelam contra a opressão.” (Minayo e Souza, 1997/1998)

Nas últimas décadas, portanto, a saúde, procurou recolocar para si o problema da violência. Este movimento não poderia ser devidamente avaliado se não fosse articulado a uma proposta para o setor saúde em geral que prioriza a prevenção e a promoção da saúde. Para tal, diversos autores do Campo da Saúde vão buscar contribuições em outras disciplinas, especialmente nas ciências sociais. A violência, sob o olhar da Saúde, desloca-se de uma posição em que era basicamente relacionada ao indivíduo para um enfoque em que é vista em perspectiva com a sociedade e a história. Movimento, aliás, que pode ser visto também em relação a diversos outros problemas compreendidos no Campo da Saúde.

Nos últimos anos, o tema da violência vem assumindo lugar proeminente na agenda do setor. Dentro do paradigma atual da multidisciplinaridade e da intersectorialidade, uma sólida construção teórica vem se delineando, possibilitando a visão cada vez mais acurada que abre espaço e instrumentaliza a construção de ações sobre o problema.

4.2. Violência no trabalho

No levantamento bibliográfico realizado, vêem-se os termos "*workplace violence*", "*violence in the workplace*" e "*violence at work*" tornarem-se mais freqüentes a partir de meados dos anos 80. O tema da violência no trabalho, aparentemente, surge na literatura científica do campo da saúde de forma indireta, com a preocupação com a segurança dos próprios profissionais da saúde que deviam tratar de pacientes agressivos ou violentos, geralmente em instituições psiquiátricas e correcionais.

Esta visão inicial do problema era marcada pelo referencial da clínica, especificamente pela clínica psiquiátrica. A questão era a identificação de pacientes e patologias propensas a atos agressivos, assim como a busca de um manejo e tratamento adequados para tais casos. A violência no trabalho seria, naquele momento, dentro do campo da saúde, um problema abordado pela psiquiatria. Naquele ponto de vista, o objeto em questão poderia ser mais relacionado à agressividade e ao comportamento agressivo, individuais e patológicos.

Progressivamente, aparecem artigos enfocando outros tipos de instituições médicas, como serviços de emergência e hospitais gerais e, mais adiante, em outros ramos de atividade. É no início da década de 90, principalmente nos Estados Unidos, que a violência enquanto fonte de agravos para trabalhadores de forma geral parece consolidar-se como problema para a saúde e segurança no trabalho.

Com o deslocamento do enfoque, da psiquiatria para o campo da Saúde do Trabalhador, começa a delinear-se um novo objeto dentro da temática da violência. Esta deixa de ser

vista como comportamento patológico ou desadaptado, visão proveniente da psiquiatria tradicional, passando a ser abordada a partir do instrumental teórico da saúde e segurança no trabalho.

De forma mais ou menos articulada com as políticas públicas, países como Austrália, Canadá, França e Inglaterra vêm procurando tratar do problema da violência no trabalho. Nos Estados Unidos, a violência no trabalho vem sendo identificada como problema emergente para a saúde dos trabalhadores desde final da década de 80, no mesmo momento em que era trazida para a arena da saúde em geral. Desde então, o *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH) e do *Occupational Safety & Health Administration* (OSHA) passam a promover institucionalmente esforços para produção de dados, a identificação de fatores de risco e a elaboração de estratégias de prevenção.

Em 1998, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) publica a primeira edição do relatório *Violence at Work* elaborado por Chappell e Di Martino (2000), contendo uma revisão da literatura relacionada ao tema, assim como dados internacionais sobre o problema, exemplos e recomendações para a prevenção. Segundo os autores, o comprometimento da OIT em relação à violência no trabalho segue na direção traçada por ações anteriores referentes ao álcool e às drogas, ao assédio sexual e ao estresse. Este último é enfatizado na abordagem da OIT como fator intimamente ligado à violência nos ambientes de trabalho.

Atualmente a OIT concentra esforços sobre o tema da violência. No mês de outubro de 2003, seu *Sectoral Activities Department* promoveu a reunião de 36 especialistas indicados por governos de 12 países, após consulta, a empregadores e trabalhadores. Como resultado

da reunião foi proposto o *Code of Practice on Workplace Violence in Service Sectors and Measures to Combat this Phenomenon* (OIT, 2003), com o objetivo de oferecer bases gerais para a abordagem da violência no trabalho em serviços de saúde, assim como incentivar a produção em nível local, setorial e organizacional de instrumentos semelhantes.

Como estímulo às discussões, na reunião foram elaborados artigos abordando a violência no trabalho em setores e sub-setores específicos: serviços de saúde, serviços financeiros, educação, hotelaria e turismo, artes performáticas e jornalismo, serviços de correio e setor de transportes.

Em sua versão preliminar, o Código mantinha a associação entre estresse e violência como problemas interligados. A violência seria intimamente correlacionada ao estresse. Por um lado, porque este poderia provocar a deterioração das relações interpessoais levando à violência e por outro, porque esta última, seria em si, causa de estresse. A violência seria, em alguns casos, causa de adoecimento; em outros, sintoma.

Esta abordagem, contudo seria mais próxima a determinadas formas de violência no trabalho, e seria de menor utilidade em outras. Por essa razão, a versão final, acatando as sugestões dos participantes da comissão que participou da elaboração do Código de Práticas, mesmo reconhecendo sua relação com o estresse, opta por tratar a violência no trabalho como tema específico.

O artigo referente ao setor saúde foi conduzido em consórcio pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), o *International Council of Nurses* (ICN), a Organização

Mundial da Saúde (OMS) e o *Public Services International* (PSI) (OIT et al., 2002; OIT et al. 2003). Além do esforço de síntese teórica foi realizado um estudo realizado incluindo diversos países do mundo, entre eles o Brasil, procurando traçar um perfil da violência no trabalho sofrida por trabalhadores da saúde.

Ratificando o que vem sendo reconhecido em outros lugares, também a OMS reconhece o problema da violência no trabalho. Assim, dentre as diversas formas de violência abordadas no *World Rapport on Violence and Health* (Krug et al., 2002), a violência no trabalho é apontada como uma importante causa de morbimortalidade ocupacional. Segundo o relatório, a abordagem do problema não deve tratá-lo como um conjunto de incidentes isolados ou eventuais, mas como uma questão articulada de forma estrutural a causas sócio-econômicas, culturais e organizacionais.

No Brasil, embora a saúde dos trabalhadores esteja presente em sua Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (Brasil, 2001) sob a vertente geral dos acidentes do trabalho, não há referência direta à violência enquanto fonte específica de agravos relacionados ao trabalho.

Já a legislação da Previdência Social na lei 8.213, artigo 21, prevê como acidente do trabalho as agressões e ofensas físicas intencionais praticadas por terceiros ou colegas de trabalho, por motivo de disputa relacionada ao trabalho (Brasil, 1991). A inclusão de tal tipo de evento não é recente, já estava presente na Consolidação das Leis da Previdência Social, Decreto nº 77.077, de 24 de janeiro de 1976 (Brasil, 1976).

Na literatura brasileira sobre saúde e segurança no trabalho, pode-se delimitar duas tendências em que o termo violência aparece. A primeira, especialmente desenvolvida no país, aborda os acidentes, o adoecimento ocupacional e as más condições de vida e de trabalho enquanto formas de violência. Podem ser considerados representantes desta tendência as produções de Ribeiro (1999), Cohn et al. (1985) e Machado e Minayo-Gomez (1984). A exposição de homens a riscos ocupacionais, a situações de trabalho nocivas, insalubres ou indignas seria tratada por estes autores como uma violência.

Nesta linha, Ribeiro (1999) descreve como, nas diversas fases do capitalismo, as condições de trabalho, as formas de organização do trabalho e da produção colocam os trabalhadores em situações específicas que põe em risco a sua saúde e produzem diferentes perfis de morbimortalidade ocupacional. O autor explora ainda os mecanismos sociais responsáveis por justificar e “naturalizar” a morte e o adoecimento relacionado ao trabalho, descaracterizando-os enquanto violência. Contudo, segundo ele, mesmo que o trabalho possa se tornar lugar e causa de assujeitamento, sofrimento, adoecimento e morte, mesmo que algumas doenças relacionadas ao trabalho sejam tão antigas quanto ele próprio, estas devem ser consideradas uma conseqüência possível, mas evitável mediante as devidas mudanças em suas condições sociais, organizacionais ou técnicas. Uma vez evitável, a ocorrência dos efeitos negativos do trabalho é considerada uma violência. Em outro lugar (Campos, 2003), sugerimos que essa abordagem fosse distintivamente identificada como violência *do* trabalho.

A segunda tendência, relativamente mais desenvolvida em outros países, particularmente nos Estados Unidos, aborda a violência enquanto risco para os trabalhadores. Não se trata de caracterizar como violências os efeitos negativos do trabalho. Sob a denominação de

violência no (ambiente de) trabalho (violence at work, workplace violence, violence at work, violence au milieu de travail), busca-se isolar, como causa específica de sofrimento, adoecimento e morte, a ocorrência de incidentes violentos, tais como homicídios e agressões de diversas naturezas nos ambientes de trabalho. Do ponto de vista da primeira tendência, a *violência no trabalho* poderia ser vista como uma das formas em que se apresenta a *violência do trabalho*. (Campos, 2003)

De forma geral, as abordagens da *violência dentro do Campo da Saúde e Segurança no Trabalho*, incluindo aquelas da OIT, OSHA, NIOSH, NHS e outros, tendem a trazer para o tema o instrumental teórico e metodológico geralmente utilizado para compreender outras causas de acidente e adoecimento no trabalho. A discussão do tema passa, via de regra, pela identificação de ocupações e fatores de risco relacionados à *violência*, como será visto mais adiante.

4.2.1. Definindo *violência no trabalho*

Diversos autores atribuem às diferenças na definição de *violência no trabalho* dificuldades para o avanço do conhecimento sobre o problema. Chappell e Di Martino (2000) ressaltam que a grande variedade de incidentes que poderiam ser considerados *violência no trabalho*, o vago limite dos comportamentos aceitáveis e as diferenças culturais na percepção do problema tornam difícil tanto descrever quanto defini-lo. Segundo Bulatao e Vandebos (1996), as divergências podem situar-se em relação à abrangência da definição de *violência*, à caracterização de local de trabalho e também à relação da atividade de trabalho com o evento.

Uma definição ampla de violência no trabalho pode incluir, além de suas formas mais evidentes, tais como os homicídios e agressões físicas, diversas formas de crime, de agressão verbal e de violência psicológica. De forma ainda mais abrangente, alguns autores incluem mesmo os lapsos de etiqueta ou comportamento desrespeitoso. Entre os crimes no ambiente de trabalho podem estar incluídos os roubos e furtos e os chamados crimes sem vítima, tais como o uso de álcool e drogas. As agressões verbais e violências psicológicas podem encampar as ofensas, insultos, ameaça, *bullying*, *mobbing*, assédio, abuso de autoridade, entre outros.

Quanto à delimitação do local de trabalho, alguns tipos de atividade acontecem em via pública e outros ambientes externos às instalações da empresa ou organização. É o caso de motoristas de táxi, policiais, trabalhadores da saúde em atendimento domiciliar e outros.

Sobre a relação do incidente com o trabalho, alguns autores defendem a inclusão de agressões que não estejam diretamente ligadas à atividade de trabalho, por exemplo o assalto a um trabalhador no estacionamento da empresa. Também podem ser incluídos os eventos ocorridos no trajeto entre a casa do trabalhador e o trabalho. Outros consideram mesmo os episódios envolvendo trabalhadores e pessoas relacionadas a ele e não ao trabalho (parentes, amigos, etc), desde que estes ocorram no ambiente de trabalho.

Neuman & Baron (1998), referindo-se a eventos que envolvem colegas de trabalho, procuram sustentar a diferenciação entre violência no ambiente de trabalho (*workplace violence*) e agressão no ambiente de trabalho (*workplace aggression*). A primeira categoria refere-se a “atos de agressão extremos envolvendo agressão física direta”. Já as agressões são definidas como tentativas de prejudicar ou causar dano a um colega de trabalho.

Segundo a OIT, em seu Code of practice on workplace violence in services sectors and measures to combat this phenomenon (OIT, 2003), violência no (ambiente de) trabalho – workplace violence – é definida como qualquer ação, incidente ou comportamento baseado em uma conduta voluntária em conseqüência do qual uma pessoa é agredida, ameaçada, ou sofre algum dano ou lesão durante a realização, ou como resultado direto, do seu trabalho. Aqui, como na definição proposta pela OMS, são excluídos os eventos considerados incidentais ou acidentais.

4.2.2. Tipos de violência no trabalho

As definições de violência da OMS e da OIT procuram incluir as diversas formas de violência possíveis. Para sua transposição para prática torna-se útil classificar os tipos de manifestações específicas.

Inicialmente, podem-se diferenciar os episódios de violência no trabalho levando em consideração a forma da agressão e sua conseqüência. Primeiramente, distinguem-se *eventos fatais*, tais como os homicídios e os latrocínios, dos *eventos não fatais*. Estas últimas englobam tanto violências físicas como psicológicas.

Por *violências físicas* entende-se o evento no qual há o uso de força física contra o corpo da vítima, havendo ou não algum trauma observado. Outro fator a ser considerado consiste no uso efetivo ou em forma de ameaça de armas de fogo ou brancas.

Enquanto as violências físicas são mais facilmente reconhecidas como problema, as *violências psicológicas* apenas recentemente vêm recebendo maior atenção. São situações

nas quais não há uso de força física e cujo alvo não é o corpo. Incluem comportamentos voluntários tais como uso de poder, ameaças e agressões verbais que visam provocar danos psicológicos, morais e sociais.

Serão apresentadas a seguir algumas definições adaptadas do documento *Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector* (OIT et al., 2002):

Agressão Física: Uso de força física contra outra pessoa ou grupo, que resulte em dano físico, sexual ou psicológico.

Agressão verbal: uso de palavras em comportamentos ofensivos com características vingativas, cruéis ou maliciosas visando humilhar, rebaixar, aviltar ou desestabilizar indivíduos ou grupos.

Ameaça: promessa ou insinuação de uso de força física ou poder, incluindo psicológico, visando coagir, inibir ou constranger uma pessoa ou grupo e resultando em medo ou receio de dano físico, sexual ou psicológico ou outra consequência negativa.

Assédio: conduta não recíproca ou indesejada que afete a dignidade de um homem ou uma mulher, baseada em idade, deficiência, sorologia para HIV, circunstâncias domésticas, sexo, orientação sexual, raça, cor, língua, orientação religiosa, política, sindical, ou outra, crença, origem social ou nacionalidade, associação com minorias, propriedade, nascimento ou outra característica pessoal.

Bulling e Mobbing: comportamentos ofensivos repetidos ou recorrentes, com característica vingativa, cruel ou maliciosa que visa humilhar ou desestabilizar um indivíduo ou grupo, realizado por alguém com maior poder (*bulling*) ou por um grupo (*mobbing*).

Embora não cite neste documento, a OIT (1998) tende a considerar uma outra forma de violência ocorrida nos ambientes de trabalho. Esta consiste na violência contra a propriedade, no dano ou furto de objetos pessoais ou da empresa. Para além dos prejuízos materiais, tais eventos podem causar efeitos psicológicos e morais constituindo formas de agressão aos trabalhadores.

De forma geral, a violência no trabalho pode estar articulada à criminalidade e às agressões nas relações entre indivíduos ou grupos. Considerando a relação entre a vítima e o perpetrador, Peek-Asa et al. (2001) adota a classificação proposta inicialmente pelo Occupational Safety and Health Administration da Califórnia (Cal/OSHA, 1995). Nela distinguem-se três tipos de incidente:

Relacionado ao Crime (Tipo I): o perpetrador não tem relação legítima com o processo de trabalho ou com a vítima e está geralmente cometendo um crime (i.e. roubo ou furto) em conjunção com a violência. A maior parte dos homicídios relacionados ao trabalho está ligada a este tipo de evento.

Envolvendo clientes (Tipo II): o perpetrador tem relação legítima com o processo de trabalho e torna-se violento ao ser atendido pelo serviço. Esta categoria inclui episódios envolvendo clientes, pacientes, estudantes, custodiados ou outro grupo de pessoas atendidas ou envolvidas no processo de trabalho. Tais eventos podem estar relacionados, entre outras

coisas, à natureza, à organização do trabalho, a precariedades em seu funcionamento ou ao descontentamento de clientes.

Envolvendo colega de trabalho (Tipo III): o agressor tem relação profissional com a vítima, sendo subordinado, colega, superior ou ex-funcionário. Tais incidentes podem ser vistos como uma deterioração na qualidade das relações entre os trabalhadores que pode estar ligada, entre outros, a problemas na organização do trabalho e a um clima organizacional ruim ou a tratamento injusto. Tais eventos são responsáveis por um número relativamente pequeno de mortes.

Ligado a relacionamento pessoal (Tipo IV): o perpetrador não tem relação com o processo de trabalho, mas um relacionamento pessoal com a vítima (cônjuge, familiar, amigo ou conhecido, etc). Inclui vítimas de violência domésticas agredidas ou ameaçadas no ambiente de trabalho ou realizando atividades relacionadas a este. A referência a esta categoria de violência no trabalho pode ser encontrada em alguns artigos, embora com menos frequência devido à dificuldade da caracterização de sua relação com o trabalho.

Nesta última classificação, a violência se apresenta como uma disfunção ou um desvio mais ou menos frequente no funcionamento normal do processo de trabalho. Contudo, em algumas atividades, violência e agressão constituem, pelo menos em parte, o próprio objeto de trabalho – quando não se pode dizer que seja também elemento do instrumento de trabalho. É, por exemplo, o caso de policiais, seguranças e vigias. Algumas atividades da enfermagem psiquiátrica também podem ser incluídas aqui.

Tomando como exemplo um assalto a uma agência bancária, pode-se observar que, ainda que o evento seja o mesmo, o que é esperado de um caixa e de um segurança, o que é prescrito para cada uma destas ocupações, determinam um envolvimento específico para cada um desses trabalhadores. Dessa forma, devem representar riscos diferenciados, demandando treinamento, competências e medidas de segurança particulares. Tal fato, justifica um quinto tipo de violência no trabalho: a *violência intrínseca ao objeto ou à atividade de trabalho* (Tipo V).

A classificação proposta pelo Cal/OSHA (1995) tem crescente aceitação entre os estudiosos da violência no trabalho. De fato, a partir dela pode-se deslocar o enfoque das características formais do incidente para sua relação com o trabalho. Possibilita a visão do evento, não como um incidente isolado ou como um evento ligado às características da população, da criminalidade, da violência social ou dos indivíduos envolvidos, mas, principalmente, como um fato que se articula ao processo de trabalho.

4.3. Epidemiologia da violência no trabalho

Estudos produzidos no âmbito da Saúde e Segurança no Trabalho vêm mostrando um quadro alarmante. Nos Estados Unidos, na primeira metade da década de 80, os homicídios (12%) foram a terceira causa de mortes relacionadas ao trabalho na população em geral (Jenkins et al., 1992) e a primeira causa (41%) entre as mulheres (Levin et al., 1992). Já em 1993, as mortes por homicídios (17%) passam a ocupar o segundo lugar nas principais causas de morte relacionada ao trabalho, perdendo apenas para os acidentes de trânsito (20%) (Toscano & Weber, 1994; Toscano e Windau, 1994).

Embora possam ser considerados a mais dramática manifestação da violência no trabalho, os homicídios estão longe de ser a mais freqüente. Dados do *Bureau of Labor Statistics* (BLS) referentes a 1992 e 1993 mostram que, nos Estados Unidos, para cada 1 homicídio ocorrem cerca de 21 casos de violência não fatal (Toscano & Weber, 1994). De 1993 a 1999, segundo dados do *National Crime Victimization Survey* (Duhart, 2001; Warchol, 1998), os homicídios representaram 0,1% do total de vitimizações nos ambientes de trabalho; os estupros e incidentes de natureza sexual representaram 2,1%; os assaltos e roubos participaram com 4%; e as agressões, com ou sem armas, resultando em lesões leves ou graves, foram de longe os incidentes mais freqüentes, com 93,8% dos casos. As ocupações mais expostas à violência no trabalho, seja ela fatal ou não, entre 1993 e 1999, foram aquelas ligadas à polícia, instituições correcionais e segurança (130 incidentes para cada 1000 trabalhadores), a profissões ligadas a serviços de saúde mental (incluindo judiciárias) (60/1000), vendas a varejo (20/1000), ligadas à educação (16/1000), transportes (14/1000), saúde (12/1000).

No Brasil, dados da Delegacia Regional do Trabalho no Estado de São Paulo (Brasil/MTb, 1998), referentes a 540 acidentes de trabalho fatais ocorridos em 1995, apontam os homicídios como responsáveis por 15,9% dos óbitos. Em estudo semelhante (Brasil/MTb, 2000), a Delegacia Regional do Trabalho no Estado do Espírito Santo verifica que entre 1997 e 1999, 14,1% dos acidentes de trabalho fatais caracterizavam homicídios. As mortes aconteceram com mais freqüência no exercício da atividade profissional (70,9%), em comparação com aquelas ocorridas no trajeto. As classes de atividade econômica do *Transporte* (transporte urbano de passageiros), da *Indústria de Transformação*, dos *Serviços prestados às Empresas* (vigilância e segurança) e do *Comércio*, assim como as

profissões de *vigilante* (29,1%) e *motorista* (16,3%) apresentaram as maiores frequências relativas de homicídios entre os óbitos.

De acordo com as Comunicações de Acidente de Trabalho na Região de Campinas entre os anos de 1979 e 1989, analisados por Lucca e Mendes (1993), os homicídios e as lesões provocadas por outras pessoas (códigos E960 a E969 da Classificação Internacional das Doenças em sua 9ª revisão) foram a terceira causa de morte por acidente de trabalho, contribuindo com 9,2% dos casos.

A partir de dados de Declarações de Óbito de residentes de Porto Alegre no ano de 1992 confirmadas por inquérito familiar, Oliveira e Mendes (1997) observam que os homicídios foram a principal causa de morte relacionada ao trabalho, responsáveis por 58% dos casos.

Carneiro (2000), analisando Boletins de Ocorrência registrados na zona norte de São Paulo no ano de 1998, confirma homicídios e latrocínios como a primeira causa de mortes relacionadas ao trabalho, representando 34% do total de óbitos.

Estudos como o de Toscano e Weber (2001) mostram que a violência no trabalho difere em sua expressão fatal e não fatal. As mortes por violência no trabalho têm como vítima principalmente homens, trabalhadores do setor de vendas a varejo, transporte urbano, bares e restaurantes, e se relacionam a assaltos e roubos. Por outro lado, as violências não fatais atingem em primeiro lugar às mulheres, profissionais de serviços de saúde e o perpetrador é, em geral, um paciente.

4.4. Fatores de risco para a violência no trabalho

Segundo LeBlanc e Kelloway (2002), poucos estudos examinam os fatores que se correlacionam com a ocorrência e episódios de violência no trabalho. Nos estudos existentes, os autores em geral procuram descrever (a) as características dos envolvidos, perpetradores e vítimas, ou enfocam (b) as características do trabalho que aumentam o risco de violência, seja por parte de colegas de trabalho, seja pelo público.

Embora as diferentes abordagens possam enfatizar um aspecto ou outro, na violência no trabalho, assim como na abordagem proposta pela OMS, um modelo ecológico também é frequentemente utilizado. Neste caso, os fatores de risco são descritos como individuais, situacionais, organizacionais e sociais. Assim, Di Martino et al. (2003) agrupam os fatores de risco para cada tipo de violência no trabalho segundo sua forma de manifestação (violência física, violência psicológica, etc.). Já o *Washington State Department of Labor and Industries* (2000) opta por diferenciar fatores de risco segundo o tipo de relação entre perpetrador e vítima (Tipo I, II, III, etc.)

De acordo com LeBlanc e Kelloway (2002), trabalhos dando maior atenção às características dos envolvidos geralmente tratam de agressões entre colegas de trabalho. Baseiam-se na idéia de que, através do reconhecimento de características que aumentam a propensão à violência, pode-se desenvolver ações sobre o indivíduo (seleção, treinamento, tratamento psicológico, etc.) visando a prevenção de episódios. Contudo, a grande maioria das violências no trabalho não ocorrem entre trabalhadores, mas envolvem pessoas externas à organização.

Dessa forma, LeBlanc e Kelloway (2002) defendem a ênfase em aspectos situacionais relacionados às características do trabalho ou à sua organização. A partir de uma revisão da literatura, os autores selecionaram uma lista de fatores de risco para a violência no trabalho. Abaixo listamos aqueles em que o estudo demonstrou relação estatisticamente significativa com os episódios:

- Cuidado físico a outras pessoas;
- Cuidado emocional a outras pessoas;
- Negar um serviço ou demanda ao público;
- Participar em decisões que influenciam na vida de outras pessoas;
- Trabalhar sozinho;
- Ministrando ou fornecendo medicamentos;
- Portar valores;
- Guardar valores;
- Portar ou manusear armas de fogo;
- Exercer funções de segurança;
- Exercer controle físico sobre outras pessoas;
- Exercer funções de supervisão;
- Interagir com indivíduos frustrados ou sob estresse;
- Exercer disciplina sobre outros;
- Possuir itens de valor;
- Trabalhar a noite;
- Exercer atividades na residência de clientes;
- Portar ou manusear armas brancas;

- Trabalho em contato com indivíduos sob influência de álcool ou drogas ilícitas;
- Trabalho em contato com indivíduos que tomam alguma medicação.

O contato frequente com o público, característico do setor de serviços, é geralmente apontado como uma característica do trabalho que propiciaria a ocorrência de episódios de violência. O estudo de LeBlanc e Kelloway (2002), contudo, não demonstrou relação estatisticamente significativa para o contato com o público, descrito assim, de forma genérica. Este fato reforça a idéia de que tipos particulares de contato têm correlação com as agressões.

Embora a construção da lista de fatores de risco feita pelos autores não tenha sido feita com ênfase nos serviços de saúde, chama a atenção o número de itens que se aplicariam a este setor. De fato, grande parte dos estudos sobre violência no trabalho – talvez a maioria deles – são voltados para o trabalho em saúde.

Apesar das várias tentativas de construção de um perfil de risco para a violência no trabalho, frente à complexidade e variedade do fenômeno Di Martino e al. (2003) concluem que não foi possível até hoje construir uma visão clara e sem ambigüidade seja das características individuais de vítimas e perpetradores, seja das situações e organizações predispostas a tais episódios.

4.5. Impactos da violência no trabalho

Das diversas formas que podem tomar os custos da violência, além das vidas perdidas, as mais evidentes provavelmente são aquelas que se traduzem em gasto financeiro direto.

Podem expressar-se em termos de dias de trabalho perdido, gastos com tratamento médico e psicológico, com reparos em instalações e equipamentos, ou ainda em processos judiciais e indenizações aos trabalhadores.

Nos serviços de saúde, os efeitos indiretos da violência no trabalho, tais como o desestímulo para o trabalho, estratégias de evitação do risco às custas do atendimento e a dificuldade na manutenção e na contratação de quadros, impactam a qualidade do serviço e devem representar um custo importante e invisível da violência (LeBlanc e Kelloway, 2002; Schat e Kelloway, 2000; Rogers e Kelloway, 1997). Se, por um lado, a violência pode prejudicar o serviço prestado, ela também pode ser causada pela insatisfação dos usuários com a qualidade do atendimento, gerando um ciclo vicioso que tenderia a agravar o problema.

Para aquele que sofre a violência, esta significa, em primeira instância, risco de lesões e seqüelas físicas. Mesmo quando estas não chegam a ocorrer, agravos morais e psicológicos não podem ser negligenciados. Estes podem ser diretos, expressos nas ofensas e agressões; ou secundários, seja na culpabilização e avaliação inadequada das habilidades do profissional, seja nas seqüelas psicológicas que podem advir (Cal/Osha, 1998). Davidson e Jackson (1985), Lanza (1983; 1985) e Ryan e Poster (1989) relatam que agravos cognitivos, emocionais e físicos podem estar presentes longos períodos após o retorno da vítima ao trabalho. Trabalhadores agredidos experimentam diminuição da auto-confiança, depressão, medo, síndrome de estresse pós-traumático, distúrbios do sono, irritabilidade, problemas no relacionamento familiar e com colegas, diminuição da sua eficiência no trabalho e aumento no absenteísmo. Segundo Schnieden (1993), o alvo de um ato violento pode experimentar reação de estresse agudo manifestada por despersonalização,

desrealização e obnubilação. Caso os sintomas persistam ou se intensifiquem, é possível o desenvolvimento da síndrome de estresse pós-traumático, com hipersensibilidade, negação ou revivências do evento traumático. Mesmo não desenvolvendo alguma alteração psicológica grave, segundo Hofeldt (2001), a experiência de uma agressão no trabalho altera definitivamente a prática do profissional.

5. Contribuição para a abordagem da violência no trabalho

Até recentemente, o trabalho era visto como um *locus* relativamente seguro em relação à violência. Embora se reconheça atualmente a gravidade do problema, a violência não é uma especificidade do mundo do trabalho. Seria, então, possível afirmar que uma violência ocorrida no ambiente de trabalho ou durante atividades deste, relaciona-se ou deve ser atribuída às suas características? Ou ainda: haveria elementos identificáveis que, de forma geral, contribuiriam para a violência no trabalho? Seria justificável então sustentar uma idéia risco de violência relacionado ao trabalho?

Mesmo que a tendência de resposta a essas questões seja pelo sim, embasada inclusive por estudos de campo, não vai de si que as abordagens teóricas no Campo da Saúde, tais como as aqui apresentadas, deixem claro esta relação ou informem sobre como abordá-la no que toca o trabalho.

Inicialmente, é importante precisar o que se entende por risco. Segundo Porto e Mattos (2003), o conceito de risco no campo das ciências ambientais e nas engenharias pode ter várias aplicações correlatas das quais os autores ressaltam três:

- A primeira refere-se de certa forma ao *custo* de determinado elemento do processo de trabalho, calculado pela relação entre o *dano* produzido (vítimas ou custos materiais) versus a *probabilidade* deste dano ocorrer.

- A segunda concepção do termo refere-se a *agentes* físicos, mecânicos, químicos, biológicos, ergonômicos ou organizacionais presentes no processo de trabalho e que podem gerar danos.
- A terceira aplicação do conceito de risco possui tem como contexto processos e empresas específicos. Trata-se de designar, em um momento definido, uma *situação de risco*: uma determinada configuração dos elementos do processo de trabalho ainda em funcionamento “normal”, onde um determinado risco de dano está presente de forma latente, sem ainda ter se materializado em algum efeito ou disfunção.

Uma noção de risco de violência relacionado ao trabalho pode ser proposta referindo-se, de forma geral, à probabilidade de ocorrência de violências contra trabalhadores nos seus locais de trabalho, em função ou com relação a atividades ligadas a ele. De forma específica, ela ressalta a relação do episódio de violência ou da agressão com características trabalho, ambiente, organização ou atividade em si. Estas últimas sendo entendidas como uma *situação de risco*, como foi definido logo acima. A partir disso, caberia apontar quais seriam os *fatores de risco* presentes nos ambientes e na organização do trabalho que contribuiriam para os episódios de violência.

De um ponto de vista epidemiológico, pode-se traçar um paralelo entre a violência e o adoecimento relacionado ao trabalho como definido por Mendes & Dias (1999). Em ambos os casos os trabalhadores podem compartilhar perfis de morbi-mortalidade com a população em geral, em função de sua idade, gênero, grupo social ou pertinência a um grupo de risco específico. Entre estes últimos, ressalta-se sua inserção no mundo trabalho. Neste sentido, diversos estudos vêm confirmando a existência de padrões específicos de vitimização por violência relacionados ao trabalho.

Por outro lado, diversas formas de violência, assim como os acidentes de trabalho, são eventos ou incidentes que podem ser localizados de forma precisa no tempo e no espaço, de tal forma que sua relação com o trabalho pode ser estabelecida segundo este critério. Portanto, pode-se dizer que um trabalhador não seria agredido no ambiente de trabalho se, por exemplo, simplesmente ele não estivesse lá. Contudo, colocada desta forma, essa concepção não chega a ser de muita ajuda se é questão de prevenir a ocorrência da violência no trabalho. A questão que se coloca é se e como características do processo de trabalho podem contribuir para ocorrência do episódio.

As mais recentes abordagens no Campo da Saúde tendem a adotar olhares amplos que procuram compreender e contextualizar a violência. Muitas dessas iniciativas afastam-se intencionalmente dos episódios de violência em direção à sua compreensão enquanto *fenômeno da violência* em determinado contexto.

Uma das principais virtudes dessas abordagens é sua capacidade de, dentro do Setor Saúde, produzir um olhar que claramente distancie a violência da patologia. Mais exatamente, a violência é tratada enquanto um fenômeno social, não como patologia supostamente presente em seu perpetrador. Por outro lado, os termos em que o problema é colocado pelo Setor Saúde, implicam que este passe a conceber seu enfrentamento nos termos da promoção da saúde.

Portanto, ao lado das formas tradicionais de ação do setor saúde na assistência e na reabilitação das vítimas de violência – apresentadas como formas de prevenção secundária e terciária por Krug et al. (2002) – é proposta uma prevenção primária, voltada a evitar a ocorrência de episódios, e não a redução de seus efeitos, como é o primeiro caso.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Brasil, 2001), coloca entre suas diretrizes a “promoção da adoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis”. Segundo a Política, a implementação desta deverá compreender estratégias diversas, amparadas numa mobilização ampla da sociedade e ao lado de ações intersetoriais e interinstitucionais, direcionadas para a produção na população da participação, o comprometimento e o acompanhamento da construção de tais metas.

Já no *World Report on Violence and Health* (Krug et al., 2002), propõem-se respostas focadas em grupos de risco (população em geral, grupos que apresentam risco elevado ou que já apresentaram comportamento violento). Por outro lado, a proposta da OMS sugere a atuação em diversos níveis:

- abordando fatores de risco individuais;
- influenciando relacionamentos próximos, pessoais ou profissionais;
- abordando e monitorando fatores relacionados a ambientes públicos;
- abordando desigualdades de gênero;
- abordando fatores culturais, sociais e econômicos amplos, incluindo desigualdades sociais.

Tais abordagens, de forma mais ou menos explícita, aproximam-se do ponto de vista apresentado por Minayo & Souza, 1997/1998, segundo o qual a violência é um fenômeno histórico que deve ser compreendido tendo em consideração relações sócio-econômicas, políticas e culturais específicas.

Tal visão, como ressaltam as autoras, implica necessidade de se reconhecer a polissemia do conceito de violência e a multideterminação dos episódios. Frente a esta complexidade, Kennedy (2004) defende que nenhuma teoria etiológica geral seria aplicável. A OMS (Krug et al., 2002) assume que nenhum fator único explicaria porque algum indivíduo age violentamente, ou porque uma determinada comunidade ou grupo apresenta maior prevalência de violências. À variedade na natureza dos fenômenos, dificultando o consenso sobre a definição de violência, somam-se os problemas relacionados à sua multideterminação.

Gottfredson & Hirschi (1990) sugerem que parte destes problemas parece se dever ao fato de se buscar modelos e teorias gerais para a violência. Referindo-se às teorias sobre a criminalidade, os autores questionam sua tendência de partir de pressupostos disciplinares, tentando sua consistência em relação a estes, preferencialmente ao do próprio fenômeno que elas se propõe explicar¹. Segundo Minayo & Souza (1997/1998), as várias dimensões na determinação da violência acabam por gerar tentativas de explicação diversas e, em alguns casos, divergentes. Por um lado, estão as teorias que sustentam que esta “resulta de necessidades biológicas, psicológicas e sociais, fundamentando-se na sociobiologia ou na etologia, teorias que subordinam a questão social às determinações da natureza” (Minayo & Souza, 1997/1998). De outro, estariam as correntes que sustentam uma visão da violência com “causalidade apenas social, provocada quer pela dissolução da ordem, quer

¹ Violência e crime não são usados aqui como termos intercambiáveis, nem toda violência é um crime e nem todo crime é necessariamente considerado uma violência. O paralelo feito aqui se baseia por um lado nos vários fenômenos que podem ser colocados em ambas categorias e por outro na possibilidade de transposição de elementos teóricos de um caso para outro. Por outro lado, Minayo & Souza (1997/1998) não explicitam uma distinção entre as categorias incluindo em suas reflexões teorias que se aplicam também ao crime.

pela ‘vingança’ dos oprimidos, quer ainda pela fraqueza do estado” (Minayo & Souza, 1997/1998).

Em muitos destes casos, as críticas de Gottfredson & Hirschi (1990) podem ser aplicadas. Frequentemente, com base nos pressupostos disciplinares, a ênfase é dada seja a elementos sociais, características psicológicas e da história individual, seja à determinação do ato por eventos anteriores ou situações sociais mais amplas. Tais elementos produziriam nos indivíduos uma propensão ou motivo prévio. A partir de tal idéia podem-se propor soluções para problema de que, na mesma situação, alguns indivíduos optam pelo crime e pela violência, enquanto outros não. A razão disto estaria na constelação de elementos referentes à inserção social e da história individual. Do ponto de vista da prevenção, eliminando-se estes eventos anteriores, desapareceriam suas conseqüências em termos da criminalidade e da agressividade nos indivíduos.

Em alternativa a isto, Gottfredson & Hirschi (1990) examinam as condições necessárias à ocorrência dos crimes. Nas chamadas "teorias da oportunidade" propõe-se um deslocamento da ênfase no indivíduo, sua história e motivação, enfocando as características, elementos e motivos presentes na cena dos crimes que tornariam alvos e vítimas possíveis ou preferenciais.

Uma perspectiva da relação entre trabalho e violência tendo em vista ações estratégicas em defesa da saúde dos trabalhadores, baseada no exame e na mudança das condições e organização do trabalho que funcionariam como os elementos e motivos imediatos para a violência uma abordagem na linha de Gottfredson & Hirschi (1990), parece esclarecedora. A partir dela pode-se identificar elementos na situação de trabalho que, além das

características pessoais dos trabalhadores e da violência social, colaborem naquele momento e naquela situação e naquele local para que uma agressão ocorra. É, portanto, a estes elementos que pode referir-se uma noção de risco de violência de relacionado ao trabalho.

É neste sentido que a classificação dos tipos de violência segundo a relação entre os envolvidos pode colaborar para a compreensão dos episódios. Ela promove o deslocamento do olhar da forma da violência para o contexto onde ela ocorre, possibilitando a avaliação dos fatores de risco, os elementos, condições e circunstâncias do processo de trabalho que podem aumentar sua probabilidade de ocorrência, ou efetivamente participar na produção um evento deste tipo.

A noção de episódio ou evento violento corresponderia, por sua vez, ao conceito de *evento de risco*, ou seja, “momento em que uma situação de risco se transforma e passa a gerar algum dano observável” (Porto & Mattos, 2003). Aqui uma ressalva deve ser levantada. Para ser consistente com as definições de violência propostas pela OMS e pela OIT a idéia de dano observável, não serve limitar-se à presença imediatamente observável de um prejuízo, lesão ou doença decorrente da violência. Independentemente dos danos concretos à saúde do trabalhador, um episódio pode ser considerado um agravo ao configurar uma ação ou omissão voluntária com objetivo de prejudicar uma pessoa ou grupo. Ao se tratar de um episódio de violência no trabalho, o evento de risco em si pode ser considerado um agravo, podendo ou não gerar outras complicações². Certamente, na prática haverá dificuldade em se estabelecer a intencionalidade do evento, por exemplo, tendo em vista

² Para discussão detalhada sobre a conceituação de dano ou agravo à saúde referir-se a Mendes (2003).

uma indenização; contudo, para efeitos teóricos e de prevenção e controle, o princípio pode ser mantido.

As teorias da oportunidade focam seu olhar sobre as condições necessárias presentes no *setting* para que o crime ocorra. Podem ser sumariamente descritas pelo dito popular: a oportunidade faz o ladrão. Felson e Clarke (1998) apresentam 10 princípios que resumem as teorias da oportunidade.

Oportunidades representam seu papel em qualquer tipo de crime: não apenas em crimes contra o patrimônio, mas também em crimes contra a pessoa. Por exemplo, estudos em bares e casas noturnas mostram que seu ambiente físico e organização do trabalho têm importante papel como condicionante da violência.

Oportunidades para o crime são altamente específicas: assaltos a banco, furtos de carro e assaltos a pessoas na rua envolvem constelações de oportunidade diferentes e específicas.

Oportunidades são concentradas no tempo e no espaço: grandes diferenças no padrão e na frequência dos crimes são encontradas em diferentes locais e horas do dia.

Oportunidades relacionam-se a atividades cotidianas: a ação dos criminosos e a escolha de suas vítimas relacionam-se à movimentação cotidiana das pessoas. Por exemplo, *pickpockets* buscam locais com aglomeração de pessoas, furtos em residências tendem a ocorrer em períodos onde os moradores estão fora, no trabalho ou em férias.

Um crime cria oportunidades para outros: há várias formas em que isto pode ocorrer. Por exemplo, roubos criam condições para a venda de mercadorias roubadas. O tráfico de drogas tende a aumentar o número de homicídios.

Alguns produtos criam oportunidades mais tentadoras para o crime: estas oportunidades tendem a refletir particularmente o valor, facilidade de transporte e facilidade de acesso aos bens.

Mudanças sociais e tecnológicas produzem novos crimes: qualquer novo produto passa por quatro estágios: inovação, crescimento, consumo de massa e saturação. Bens com grande distribuição entre os indivíduos e ainda com valor monetário e social alto tendem a ser mais atrativos.

Crimes podem ser prevenidos reduzindo-se as oportunidades: ao se aumentar o esforço requerido para o crime e os riscos para o criminoso, por outro lado, reduzir as possibilidades de benefícios a curto prazo e as motivações e justificativas para o crime;

A redução das oportunidades não desloca o crime: avaliações demonstram que a redução da criminalidade através da estratégia situacional de limitação das oportunidades produz pequeno deslocamento dos crimes;

A redução em uma forma de oportunidade específica provoca reduções mais amplas nos crimes: medidas preventivas locais tendem a difundir seus efeitos porque os criminosos tendem a superestimar o alcance das medidas.

As atuais abordagens da violência no trabalho na prática já utilizam alguma forma da idéia de risco de violência relacionado ao trabalho. Basta considerar que, de forma geral, elas apontam nos ambientes, na organização do trabalho e nas características da atividade em si, fatores que se relacionam com a probabilidade de ocorrência de episódios de violência. Contudo, a fundamentação desta abordagem em uma teoria adequada encontra-se ainda incipiente.

As teorias da oportunidade oferecem os subsídios para se sustentar uma idéia de risco de violência relacionado ao trabalho. Por conseguinte, pode embasar intervenções nos ambientes e na organização do trabalho de forma a prevenir a ocorrência dos episódios. A noção de oportunidade relacionada à situação de trabalho sustenta uma defesa da relação entre o episódio e o trabalho.

6. Violência no trabalho em saúde

O setor Saúde é aparentemente aquele que apresenta maior número de estudos sobre a violência no trabalho. Pesquisas de vitimização demonstram que o número de incidentes de violência nos serviços de saúde é maior do que o documentado através de notificação. Vários motivos são apontados para este problema: raramente existem políticas institucionais de notificação e, mesmo quando estas são encontradas, os profissionais de saúde podem ser relutantes em registrar as agressões ou ameaças, devido à crença de que a notificação em nada beneficiará o trabalhador ou mesmo o prejudicará, caso administradores ou colegas atribuam o incidente a uma falha ao lidar com o usuário, causada por incompetência profissional (DOSH, 1998, Toscano e Weber, 1995; Goodman et al., 1994; BLS, 1991; Carmel e Hunter, 1989). Outra crença bastante difundida, tanto nas administrações quanto entre os próprios trabalhadores, é a de que “o risco de violência é inerente ao trabalho em saúde”, portando não merece maior atenção.

Segundo o *National Crime Victimization Survey*, entre as profissões de saúde, excluindo-se aquelas ligadas à saúde mental, a enfermagem apresentou a maior taxa média de vitimização no período de 1993 a 1998: 22/1000. Médicos, técnicos e outras ocupações do setor da saúde apresentaram respectivamente taxas de 16, 13 e 9 por 1000 trabalhadores. As taxas de vitimização da enfermagem e dos médicos não diferiram significativamente; contudo, a primeira apresenta uma taxa 72% maior que os técnicos e mais do que duas vezes maior que os demais profissionais da saúde (Duhart, 2001).

O risco de violência para os trabalhadores da saúde relaciona-se de forma importante ao contato com o público (Libscomb e Love, 1992; Lavoie et al, 1988). Segundo o estudo de Conn e Lion (1983) agressões de pacientes contra trabalhadores ocorrem em diversas localizações: unidades psiquiátricas (41%), salas de emergência (18%), unidades clínicas (13%), unidades cirúrgicas (8%) e mesmo em unidades pediátricas (7%). Alguns dos grupos de trabalhadores da saúde mais expostos ao risco de violência são as equipes de serviços de ambulância, emergências e de enfermagem (McKay, 1994, apud Nolan et al., 2001).

Segundo Madden et al. (1976), Lanza (1983) e Poster e Ryan (1989), entre 46% e 100% das enfermeiras, psiquiatras e terapeutas de serviços de saúde mental experimentaram pelo menos uma agressão durante suas carreiras. Lavoie et al. (1988), investigando 127 departamentos de emergência em hospitais universitários, verifica que 43% destes tiveram pelo menos uma agressão física contra algum membro da equipe médica por mês. Sete por cento dos atos de violência nos cinco anos anteriores resultaram em morte.

A recente pesquisa realizada conjuntamente pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), o *International Council of Nurses* (ICN), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o *Public Services International* (PSI) (OIT et al., 2002) em diversos países, incluindo o Brasil, indica que a violência nos serviços de saúde é um fenômeno global. Nos países em desenvolvimento, onde os dados eram anteriormente raros ou inexistentes, mais da metade dos entrevistados relataram pelo menos um incidente de violência física ou psicológica no ano anterior.

Na pesquisa conduzida no Brasil, na cidade do Rio de Janeiro, Palácios et al. (2003) estudou diversos tipos de serviços de saúde. No estudo, 39,5% dos trabalhadores consultados relatam ter sofrido alguma agressão verbal durante seu trabalho no ano anterior. O assédio moral foi relatado por 15,2%, as agressões físicas por 6,4%, assédio sexual por 5,7% e discriminação racial por 5,3%.

Os questionários provenientes de Centros de Saúde (UBS) revelam que 70% dos trabalhadores relatam algum tipo de episódio. As formas de violência mais frequentemente reportadas são: agressões verbais (65,5%), *bulling* (20,0%), as agressões físicas (7,3%), assédio sexual e racial (3,6% cada).

Santos Junior (2004), estudando episódios de violência no trabalho contra médicos nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) do município de Belo Horizonte, observa uma prevalência de 1,9% para agressões físicas, 45% para ameaças de agressão física contra o médico, sua família ou dano a propriedade e 82% de outras formas de violência (postura agressiva ou hostil, ofensas, intimidações, assédio sexual, discriminação racial, etc.).

Segundo Leather (2001), embora os trabalhadores da Saúde estejam expostos a todos os tipos de violência, uma série de estudos vem observando que uma grande parte (até 69%) das agressões no trabalho em Saúde estão relacionados aos episódios envolvendo pacientes (Tipo II).

Geralmente, são considerados como características do paciente com propensão para atos violentos: registro prévio de agressividade, história de abuso de álcool e drogas, distúrbios mentais, instabilidade emocional e problemas socio-econômicos.

Contudo, há cada vez maior consenso sobre a idéia de que o papel das características individuais do paciente foi superestimado em detrimento de fatores situacionais na produção de episódios de violência no trabalho.

Segundo o autor, a importância dos fatores situacionais na etiologia dos episódios de violência no trabalho é mais clara a partir da visão do interacionismo social. Nesta linha, violência e agressão no ambiente de trabalho seriam vistas como uma forma possível de consequência de interações interpessoais negativas que, por sua vez, estariam imersas em um contexto social e organizacional mais amplo.

Seria levado em consideração, portanto, qualquer fator que influencie a natureza da interação entre as partes. Entre estes estariam as características individuais, mas também a natureza e o motivo das interações e, ainda, seu contexto ambiental e socio-cultural. Daí a importância da classificação dos tipos de violência no trabalho segundo a relação entre vítima e perpetrador (Tipo, I, II, III, etc.).

Enfocando as características do trabalhador, estudos apresentam resultados inconsistentes em relação à influência do sexo no risco de violência. Evidências indicam que tais diferenças estariam ligadas não ao gênero, mas à diferente distribuição de homens e mulheres entre as ocupações.

Podem ser encontradas também correlações entre pouca experiência no trabalho e redução do número de trabalhadores e altos níveis de violência. Tais elementos tenderiam a reduzir a qualidade do atendimento, aumentando a insatisfação dos usuários. De fato, situações

que possam contrariar ou gerar frustração são relacionadas a grande parte dos episódios (Leather, 2001).

Trazendo o enfoque para os fatores situacionais, fica mais claro que elementos organizacionais e socio-políticos estão associados ao risco de violência. As regras e formas de funcionamento do serviço podem produzir insatisfação, frustração e sentimento de injustiça nos usuários. Dessa forma, os trabalhadores que em situação devem se colocar como porta-vozes e atores de tais regras tornar-se-iam vulneráveis à reação dos usuários.

7. O trabalho em saúde

Para uma melhor compreensão da violência no trabalho em saúde procurou-se na literatura estudos que discutissem processo de trabalho neste setor. Apresentamos a seguir alguns elementos considerados relevantes. Segundo Gonçalves (1992):

“alguns tipos de trabalho humano (...) são mais facilmente desvinculados da idéia geral de trabalho (...), aparentando serem formas de atividade distintas, mais nobres, mais livres das injunções materiais que costumam estar associadas ao estereótipo do ‘mundo do trabalho’ como algo pesado, sofrido, repleto das leis férreas da necessidade e diante da criatividade e da liberdade. Dentre esses tipos de trabalho, um dos mais notáveis é o trabalho em saúde, principalmente se reduzido à atividade do seu trabalhador mais típico, e em muitos sentidos principal, o médico”.

O cuidado à saúde é uma das mais antigas profissões. Os riscos ocupacionais para algumas destas categorias já foram descritos e comentados por Bernardino Ramazzini em 1700 em seu livro “Doenças dos Trabalhadores”. Hoje, apesar das grandes mudanças pelas quais o setor vem passando, seja na organização do trabalho e nos ambientes onde este é realizado, seja em suas técnicas, tecnologias e ferramentas, muitos dos riscos ocupacionais clássicos ainda estão presentes.

Apesar dos esforços e investimentos em saúde e segurança, os trabalhadores ainda estão freqüentemente expostos ao risco de contágio por doenças infecciosas, lesões de coluna no transporte ou movimentação de pacientes e agressões em serviços psiquiátricos (Hogstedt, 1999). Os riscos ocupacionais nas profissões de saúde são bastante diversos: são riscos

biológicos, sob o paradigma as doenças infecciosas; os químicos, relacionados principalmente a drogas, desinfetantes e a dermatoses de contato; os físicos, encampando riscos ergonômicos, radiações e ruído; e os riscos ou cargas psicossociais, relacionados tanto às características inerentes ao trabalho do cuidado em saúde quanto às condições, organização e situação atual das profissões. (Hasselrorn et al., 1999; Arnetz, 1999)

No trabalho em saúde, e isto é especialmente importante para a atenção básica, o saber dos profissionais enquanto instrumentos de trabalho são tão ou mais importantes quanto os materiais e equipamentos. A tecnologia, termo que se costuma confundir com objetos tecnológicos, estende-se a uma dupla ordem de técnicas: as técnicas do poder disciplinar, organizando o coletivo de corpos, e as técnicas dos cuidados médicos, seus ritos e saberes instrumentalizados pela clínica. (Pitta, 1990)

Segundo Nogueira (1997), ao considerar o processo de trabalho em saúde devemos levar em conta três aspectos fundamentais: (1) que se trata de um processo de trabalho geral e, portanto, compartilha características comuns com outros; (2) que é um serviço, apresentando as especificidades de um processo de trabalho deste tipo; e (3) que é um serviço que se funda numa inter-relação pessoal muito intensa.

Como todo processo de trabalho, a atividade da saúde é marcada por uma direcionalidade técnica que pressupõe uma antevisão dos resultados e uma ação inteligente para fazer com que os instrumentos atuem sobre o objeto, produzindo um efeito útil. Em comum também com outros processos de trabalho, tem em seus fundamentos conhecimentos técnicos e científicos que requerem adaptações constantes às características e circunstâncias particulares para o funcionamento da produção.

O processo de trabalho em saúde, entretanto, distingue-se pela supremacia no comando do ato técnico de uma única categoria, e não de algumas categorias (Nogueira, 1997). Mesmo que esta supremacia apresente atualmente alguma tendência a flexibilizar-se, são os médicos quem detêm o saber-poder de decidir sobre o diagnóstico, sobre a necessidade de exames complementares, sobre a terapêutica, sobre o uso das tecnologias, sobre a internação. Às outras categorias profissionais cabe, dentro da escala hierárquica, uma posição de menor autonomia, autoridade e prestígio.

Isso não significa, contudo, que no processo de trabalho não exista uma certa margem de negociação, envolvendo arranjos informais para a divisão e a execução do trabalho que escapam à organização formal do trabalho. Na dinâmica entre o trabalho real e o trabalho prescrito, citar as regras nos momentos mais convenientes ou quebrá-las quando possível são práticas comuns. Todas as categorias profissionais imersas na produção da assistência buscam, por meio do seu estoque de recursos (de argumentos, de alianças, de poder ou de arranjos), negociar a divisão do processo de trabalho na expectativa de conformá-la às suas necessidades, sejam elas técnicas, ideológicas ou de adaptação ao sofrimento gerado pelo trabalho (Deslandes 2000). Outra particularidade do processo de trabalho em saúde é o fato de também participarem diretamente da produção do ato técnico final, numa relativa integração dos aspectos intelectuais e manuais do trabalho, aqueles que possuem o controle da direcionalidade técnica. (Nogueira, 1997)

A segunda dimensão apontada pelo autor no processo de trabalho em saúde é a característica de serviço. Na definição genérica dada por Marx, serviço é o efeito útil de alguma coisa, mercadoria ou trabalho, ou seja, seu valor de uso. De acordo com Minayo-Gomez e Thedin-Costa (1997), na área de serviços, a partir do processo de trabalho, podem

observar-se vários elementos análogos às relações estabelecidas no trabalho industrial, mas o componente de alta significância, definidor de suas atividades, é a relação que se estabelece entre os trabalhadores e os clientes/usuários/consumidores. Isto remete à terceira característica do processo de trabalho em saúde.

Segundo Silva (1994), citada por Deslandes (2000), a finalidade do processo de trabalho em saúde é a ação terapêutica ou preventiva; o objeto de trabalho seria o indivíduo doente ou os indivíduos/grupos sadios expostos a riscos; os meios de trabalho seriam os instrumentos e as condutas, conformando o nível técnico de conhecimento; o produto final seria o serviço. Salienta-se o fato do “objeto” de trabalho em saúde ser um “ser humano”, produtor de subjetividade capaz de interferir no próprio processo de trabalho e em sua eficácia. Nele, o “cliente” e o objeto do trabalho coincidem na figura do usuário/paciente.

Dessa forma, “o serviço de saúde nunca resulta de uma aplicação de regras gerais num processo de trabalho genérico. Ele pressupõe, ao contrário, uma aplicação de conhecimentos ao particular, ao caso, numa forma de inter-relação em que o usuário fornece alguns valores de uso e também participa ativamente do processo” (Nogueira, 1997). Um dos desdobramentos disto é o fato do trabalho médico, mesmo sendo tradicionalmente dirigido ao corpo humano, ter que lidar com o homem como um todo em que, de acordo com Canguilhem, a normalidade não se define senão tomando como referência as estruturas da normatividade extrabiológica. (Deslandes, 2000)

Estudos mostram também as altas demandas cognitivas e físicas do trabalho em saúde. Paralelamente, os profissionais devem manter-se informados dos avanços técnico-científicos, tarefa que se acrescenta àquelas do trabalho em si. O acúmulo de carga pode

ainda ser agravado pela desordem ou falta de sono ligadas ao trabalho em plantões ou pelo cansaço provocado pelo excesso de trabalho. É muito comum profissionais de saúde, algumas vezes com salários realmente defasados, acumularem diversos empregos em busca de melhores rendimentos.

Somando-se a isto, o trabalho em saúde envolve em sua natureza situações de alta significação emocional, tanto para os usuários quanto para os próprios profissionais que devem administrar, individual e coletivamente, as cargas psicossociais do cuidar de seres humanos que sofrem, do trabalho com o corpo, com a doença e com a morte (Pitta, 1990). Os trabalhadores são, neste contexto, constantemente chamados, em sua atividade, a negociar as necessidades, possibilidades e limites, sejam dos serviços, da técnica ou deles próprios. Devem cotidianamente lidar também com o medo de causar agravos ou mesmo a morte devido a estes limites ou às suas próprias decisões erradas. No cuidado à saúde, o erro e a falha são especialmente inaceitáveis.

Retornando à organização do trabalho em saúde, os serviços passaram, nas últimas décadas, por grandes mudanças. O movimento de reformas sanitárias generaliza-se no mundo a partir dos anos 80. Na América Latina e nos países periféricos em geral, as reformas, na maioria dos casos, não foram desencadeados exclusivamente pelo excesso de gasto, mas também pela exacerbação das desigualdades, seja na distribuição de renda ou de serviços e benefícios. Em busca da racionalização dos serviços, visando melhores resultados com menos recursos, preconiza-se, entre outros, a diminuição no gasto hospitalar e o redirecionamento para práticas tais como atenção ambulatorial, atendimento domiciliar, a priorização da atenção primária ou básica e de saúde pública (Almeida, 1999). Paralelamente a isto, buscando mais resultados com menos recursos, modernos

métodos de gestão derivados da indústria são cada vez mais aplicados nos serviços de saúde (Arnetz, 2001).

Acompanhando o movimento de reformas nos sistemas de saúde, descrito por Kleim (1995; apud Tousijn 2002) como “uma das epidemias dos anos 90”, a própria estrutura hierárquica e a divisão do trabalho entre as diferentes profissões de saúde parece estar em transição. Tousijn (2002) aborda a questão do ponto de vista da medicina, mas seus argumentos podem ser até certo ponto estendidos para os serviços de saúde devido à centralidade desta categoria no setor.

Segundo o autor, duas atitudes sobre a natureza das mudanças no domínio médico do setor saúde podem ser apontados: alguns autores afirmam que o domínio médico está em declínio, chegando a falar em desprofissionalização e proletarização da medicina; outros crêem que houve mudanças, mas que a medicina foi capaz de manter seu *status*, ainda que sob outras formas. Embora haja discordâncias sobre a natureza das mudanças, um certo consenso pode ser encontrado nos fatores que contribuíram para elas. Estes, podem ser resumidos em quatro tópicos: as reformas nos sistemas de saúde, um novo perfil do paciente, desafios na relação com outras profissões de saúde e internos à própria profissão.

As reformas nos sistemas de saúde, baseadas na racionalização e controle sobre o serviço, tendem reduzir a autonomia dos profissionais nas decisões técnicas, submetendo-as, até certo ponto, às determinações gerenciais e limitando suas possibilidades de atuação no gerenciamento das situações singulares do atendimento.

O segundo grupo de fatores que contribuem para as mudanças é identificado nas novas atitudes, comportamentos e expectativas em relação à medicina. O paciente seria agora o *consumidor* de um serviço de saúde. A nova perspectiva da saúde como bem estar total passa a ser ativamente buscada, demanda-se um melhor relacionamento e atenção do médico, com mais informação e mais autonomia para o paciente. Além disso, percebe-se menor aderência às prescrições, maior recurso aos modelos alternativos e maior número de processos por erros médicos. O crescimento do sentimento de cidadania e a visão da saúde como dever do estado também parece ter contribuído para a mudança de atitude dos usuários dos serviços.

Em terceiro lugar, o autor refere-se às mudanças na divisão das tarefas e responsabilidades, tradicionalmente organizadas na hierarquia entre a medicina e outras profissões subordinadas (enfermagem, psicoterapeutas, farmacêuticos e outros), sob a pressão de associações de classe e dos modelos multi-profissionais.

O quarto grupo indicado situa-se no interior da própria profissão. O grande crescimento do número de profissionais no mercado e o conseqüente aumento do desemprego, sub-emprego e redução dos salários; e a fragmentação e especialização são apontadas como concorrentes para as mudanças. (Tousijn, 2002)

7.1. Centros de Saúde: As Unidades Básicas de Saúde

Alinhada às diretrizes estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte desenvolve, na Atenção Básica, o programa BH

Vida, escolhendo a estratégia do Programa Saúde da Família (PSF). Suas diretrizes são apresentadas como:

- **Garantia de acesso:** garantir a todos aqueles que recorrerem à unidade de saúde um atendimento adequado e o melhor encaminhamento a seu caso;
- **Vínculo e responsabilização:** construção de um vínculo entre as equipes de saúde e as famílias atendidas através de relações de confiança e de responsabilização entre eles;
- **Integralidade e resolutividade da assistência :** as equipes de saúde da família devem procurar sempre resolver os problemas de saúde de seus usuários, dando a eles o encaminhamento correto e mais adequado para cada caso;
- **Trabalho em equipe e intersetorialidade :** o alcance das metas do BH VIDA nas ações em defesa da vida depende da ação conjunta e articulada de todos os membros da equipe;
- **Autonomização do usuário:** fazer com que ele ganhe autonomia e também se co-responsabilize com o seu cuidado;
- **Participação** no planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando governo e sociedade civil com o trabalho da saúde;

A rede básica de saúde de Belo Horizonte é organizada hoje dentro de um sistema de territorialização, com sedes distritais nas nove regionais do município. Cada regional tem um conjunto de Centros de Saúde (Unidades Básicas de Saúde) vinculados a suas respectivas áreas de abrangência. Em 2000, com a implantação do programa de agentes comunitários de Saúde (ACS), as áreas de abrangência foram divididas em setores censitários, segundo parâmetros do IBGE, e subdivididos em micro-áreas, tendo cada uma

de 100 a 200 famílias. Um agente comunitário é responsável por acompanhar as famílias de uma ou mais micro-áreas, dependendo do grau de risco em que elas vivem.

Cada Centro de Saúde é organizado através da formação das Equipes de Saúde da Família.

Na composição das equipes encontra-se:

- 1 médico de família: 40h/sem.
- 1 enfermeiro de família: 40h/sem.
- 2 auxiliares de enfermagem: 40h/sem.
- De 4 a 6 Agentes Comunitários de Saúde.

Levando em consideração a realidade local, grau de risco, perfil da população e recursos humanos da unidade, a equipe pode ser ampliada, recebendo outros profissionais, além da equipe básica.

Para cada duas Equipes de Saúde da Família deverá ser constituída uma equipe de Saúde Bucal, composta por:

- 1 Odontólogo;
- 1 Técnico em Higiene Dental;
- 1 Auxiliar de Consultório Dentário.

Além destes trabalhadores, deve ser incorporado um profissional de Serviço Social para cada duas ou quatro equipes de Saúde da Família, dependendo do grau de risco da região.

Levando em consideração as necessidades da população, também devem ser acrescentados

Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais, Nutricionistas, Farmacêuticos e profissionais de Saúde Mental.

Os membros da equipe devem ser capacitados continuamente, incluindo aí um curso de pós-graduação *lato sensu* promovido pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), através das Faculdades de Medicina, Enfermagem e Odontologia. Além disto, várias outras iniciativas de capacitação em serviço devem ser estruturadas.

Em Belo Horizonte, as Unidades Básicas de Saúde, onde funciona o Programa BH Vida, são denominadas Centros de Saúde. Neste trabalho nos referiremos a tais unidades pela denominação adotada no município.

Como a Atenção Básica em Belo Horizonte estrutura-se segundo as estratégias da Atenção Básica, do Programa Saúde da Família e do Programa Agentes Comunitários de Saúde, vale abordá-los em suas linhas gerais.

7.1.1. A Atenção Básica

A atenção básica deve ser compreendida como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento e reabilitação, tais como (Brasil/MS, 2001):

- Consultas médicas em especialidades básicas;

- Atendimento odontológico básico (procedimentos coletivos, procedimentos individuais preventivos, dentística e odontologia cirúrgica básica);
- atendimentos básicos por outros profissionais de nível superior;
- Visita/atendimento ambulatorial e domiciliar por membros da Equipe Saúde da Família;
- Vacinação;
- Atividades educativas a grupos da comunidade;
- Assistência pré-natal;
- Atividades de planejamento familiar;
- Pequenas cirurgias;
- atendimentos básicos por profissional de nível médio;
- Atividades dos Agentes Comunitários de Saúde;
- Orientação nutricional e alimentar, ambulatorial e comunitária;
- Assistência ao parto domiciliar por médico do Programa Saúde da Família;
- Pronto-Atendimento.

7.1.2. O Programa Agentes Comunitários de Saúde

O Programa Agentes Comunitários de Saúde constitui uma estratégia no aprimoramento e na consolidação do SUS. Além disso, é também instrumento para a implantação do PSF. Como norteador, o programa se baseia em experiências de prevenção de doenças por meio de informações e de orientações sobre cuidados de saúde. Sua meta se consubstancia na contribuição para a reorganização dos serviços municipais de saúde e na integração das

ações entre os diversos profissionais com vista à ligação efetiva entre a comunidade e as unidades de saúde.

Suas ações se desenvolvem através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) selecionados dentro da própria comunidade. O ACS deverá desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade. De forma resumida, as atribuições dos ACS são:

- Cadastramento de diagnóstico: registro na ficha de cadastro do Sistema de Informação de Atenção Básica de informações sobre os membros de cada família assistida a respeito de variáveis que influenciam a qualidade da saúde;
- Mapeamento: registro no mapa da localização das residências das áreas de risco para a comunidade;
- Identificação de microáreas de risco: uma vez realizado o mapeamento o ACS identifica setores no território da comunidade que representam áreas de risco;
- Realização de visitas domiciliares: este é principal instrumento de trabalho dos ACS. Consiste de, no mínimo, uma visita mensal a cada família residente na área de atuação do agente;
- Ações coletivas: com vistas a mobilizar a comunidade, o ACS promove reuniões e encontros com grupos diferenciados e incentiva a participação de famílias na discussão do diagnóstico comunitário de saúde, no planejamento de ações e na definição de prioridades.

- Ações intersetoriais: identificação de crianças em idade escolar que não estão freqüentando a escola; ações humanitárias e solidárias que interfiram de forma positiva na melhoria da qualidade de vida.

7.1.3. O Programa Saúde da Família

De acordo com Costa (2000), o Programa Saúde da Família (PSF) vem substituir o modelo vigente como uma nova estratégia do setor Saúde. Estrutura-se na lógica básica da atenção à saúde, afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde.

A Unidade de Saúde da Família (USF) – em Belo Horizonte, o Centro de Saúde – deve se constituir o primeiro contato do usuário com o sistema de Saúde. Entretanto, sua função não se resume a de uma “porta de entrada”. Ela deve ser resolutiva, sendo capaz de tratar os problemas de saúde mais comuns e que exijam menor complexidade. Além disso, a partir dela devem ser desenvolvidas ações de promoção de saúde.

Mesmo que o caso demande encaminhamento para atendimento de maior complexidade a USF tem sob sua responsabilidade todo o plano terapêutico. É sua tarefa a organização de todo o plano terapêutico, responsabilizando-se pelas referências necessárias, contatando outros serviços, discutindo os casos e recebendo-os de volta, na contra-referência para continuar atuando no nível dos cuidados básicos.

Entre as atribuições básicas a Equipe de Saúde da Família pode-se ressaltar:

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas características sócio-econômicas, psico-culturais, demográficas e epidemiológicas;
- Identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta;
- Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentamento dos fatores que colocam em risco a saúde;
- Executar procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica;
- Valorizar a relação com o usuário e com a família para a criação de vínculo de confiança que é fundamental no processo de cuidar;
- Resolver a maior parte dos problemas de saúde detectados e, quando necessário, garantir a referência do caso;
- Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde através da educação sanitária;
- Desenvolver processos educativos através de grupos;
- Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais da comunidade;

8. Resultados e Análise da Pesquisa de Campo

8.1. Retorno de questionários

Dos 808 trabalhadores das unidades pesquisadas, 442 (54,7%) retornaram o questionário. A Tabela 3 apresenta a distribuição dos questionários retornados segundo categoria profissional e unidade. Na Tabela 4 apresenta as porcentagens de retornos de questionário segundo categoria profissional e unidade.

Observa-se grande variabilidade na taxa de retorno dos questionários. Entre as unidades, de 29,3% (Jaqueline) a 82,4% (Campo Alegre) devolveram os questionários preenchidos, apresentando uma média de 31,7 ($S = 10,1$) questionários por unidade. Entre as categorias profissionais a variação foi um pouco menor, com um mínimo de 30,4% para Porteiro, Vigilante e Vigia e um máximo de 77,2% para as enfermeiras. O número médio de trabalhadores por categoria profissional foi de 40,2 ($S = 38,6$).

Tabela 3 - Número de questionários retornados por categoria profissional e unidade – UBS, DISAN, 2003

Categoria Profissional	Unidade														Total
	Aarão Reis	Campo Alegre	Etelvina Carneiro	Floramari I	Floramari II	Guarani	Heliópolis	Jaqueline	Jardim Felicidade	MG 20	Primeiro de Maio	Providência	São Bernardo	Tupi	
Agente Comunitário de Saúde	7	21	6	8	5	5	14	5	6	9	12	12	-	15	125
Assistente Social / Psicólogo / Terapeuta Ocupacional	-	-	-	-	-	-	2	2	1	2	-	-	-	1	8
Profissional de Saúde Bucal	4	3	3	-	4	3	-	4	2	2	2	4	4	1	36
Auxiliar de Serviços Gerais	1	2	2	2	1	2	1	-	1	2	2	2	2	2	22
Auxiliar / Técnico de Enfermagem	6	13	8	7	4	7	3	4	5	8	9	9	10	7	100
Auxiliar / Técnico Administrativo	1	2	1	2	-	1	1	2	1	1	3	2	2	3	22
Enfermeiro	3	4	2	4	2	3	3	1	5	3	4	2	2	6	44
Gerente de Unidade	-	1	-	1	-	1	1	-	-	1	1	1	-	1	8
Médico	1	6	4	4	2	4	3	3	2	4	5	4	3	3	48
Porteiro / Vigilante / Vigia	-	-	1	-	-	1	1	-	1	2	1	3	-	4	14
Outros	1	4	-	-	2	2	1	1	1	2	-	1	-	-	15
Total	24	56	27	28	20	29	30	22	25	36	39	40	23	43	442

Tabela 4 - Questionários retornados por unidade e categoria profissional – UBS, DISAN, 2003

Unidade	Questionários Retornados	Total de trabalhadores	Porcentagem de questionários retornados
Aarão Reis	24	50	48,0%
Campo Alegre	56	68	82,4%
Etelvina Carneiro	27	40	67,5%
Floramar I	28	47	59,6%
Floramar II	20	54	37,0%
Guarani	29	47	61,7%
Heliópolis	30	57	52,6%
Jaqueline	22	75	29,3%
Jardim Felicidade	25	68	36,8%
MG 20	36	53	67,9%
Primeiro de Maio	39	51	76,5%
Providência	40	56	71,4%
São Bernardo	23	75	30,7%
Tupi	43	67	64,2%
Total	442	808	54,7%
Categoria Profissional			
Agente Comunitário de Saúde	125	235	53,2%
Assistente Social / Psicólogo / Terapeuta Ocupacional	8	19	42,1%
Profissional de Saúde Bucal	36	74	48,6%
Auxiliar de Serviços Gerais	22	33	66,7%
Auxiliar / Técnico de Enfermagem	100	169	59,2%
Auxiliar / Técnico Administrativo	22	30	73,3%
Enfermeiro	44	57	77,2%

Gerente de Unidade	8	14	57,1%
Médico	48	90	53,3%
Porteiro / Vigilante / Vigia	14	46	30,4%
Outros	15	41	36,6%
Total	442	808	54,7%

8.2. Caracterização dos Trabalhadores

Entre os trabalhadores que retornaram os questionários, 355 (80,3%) eram mulheres e 85 eram homens (2 sexo não reportado). A idade dos trabalhadores variou entre 16 e 70 anos (M = 36,8, S = 10,5). Em média, os respondentes trabalhavam na unidade há 4,4 anos (S = 4,8) e relatavam experiência de 9,2 anos (S = 8,4) trabalhando na área da saúde. Realizam assistência domiciliar 300 trabalhadores, 67,9% dos respondentes. As tabelas 4 a 9 apresentam variáveis de caracterização dos trabalhadores.

Tabela 5 - Tempo de trabalho na unidade – UBS, DISAN, 2003

Tempo de trabalho na unidade	Frequência	Porcentagem	Porcentagem de válidos	Porcentagem acumulada
até 1 ano	130	29,4	30,5	30,5
de 2 a 4 anos	153	34,6	35,9	66,4
de 5 a 7 anos	65	14,7	15,3	81,7
8 anos ou mais	78	17,6	18,3	100,0
Total	426	96,4	100,0	
Missing	16	3,6		
Total	442	100,0		

Tabela 6 - Tempo de trabalho na área da saúde – UBS, DISAN, 2003

Tempo de trabalho na área da saúde	Frequência	Porcentagem	Porcentagem de válidos	Porcentagem acumulada
até 1 ano	60	13,6	14,4	14,4
de 2 a 4 anos	125	28,3	30,0	44,5
de 5 a 7 anos	44	10,0	10,6	55,0
8 anos ou mais	187	42,3	45,0	100,0
Total	416	94,1	100,0	
Missing	26	5,9		
Total	442	100,0		

Tabela 7 - Carga horária semanal na unidade – UBS, DISAN, 2003

Carga horária semanal na unidade	Frequência	Porcentagem	Porcentagem de válidos	Porcentagem acumulada
20 horas	48	10,9	11,5	11,5
30 horas	39	8,8	9,3	20,8
40 horas	311	70,4	74,4	95,2
Outro	20	4,5	4,8	100,0
Total	418	94,6	100,0	
Missing	24	5,4		
Total	442	100,0		

Tabela 8 - Idade – UBS, DISAN, 2003

Faixa etária	Frequência	Porcentagem	Porcentagem de válidos	Porcentagem acumulada
até 20 anos	15	3,4	3,5	3,5
de 21 a 30 anos	114	25,8	26,3	29,8
de 31 a 40 anos	142	32,1	32,8	62,6
41 anos ou mais	162	36,7	37,4	100,0
Total	433	98,0	100,0	
Missing	9	2,0		
Total	442	100,0		

Tabela 9 - Idade média segundo categoria profissional – UBS, DISAN, 2003

Categoria Profissional	Média	N	Desvio Padrão
Agente Comunitário de Saúde	32,94	124	10,35
Assistente Social / Psicólogo / Terapeuta Ocupacional	38,88	8	7,38
Profissional de Saúde Bucal	40,77	35	8,55
Auxiliar de Serviços Gerais	38,95	22	10,1
Auxiliar / Técnico de Enfermagem	42,66	95	9,08
Auxiliar / Técnico Administrativo	31,64	22	9,55
Enfermeiro	34,89	44	8,82
Gerente de Unidade	40,63	8	4,47
Médico	38,15	48	9,45
Porteiro / Vigilante / Vigia	36,15	13	12,69
Outros	26,64	14	13,69
Total	36,87	433	10,55

Tabela 10 - Sexo – UBS, DISAN, 2003

Sexo	Frequência	Porcentagem	Porcentagem de válidos	Porcentagem acumulada
Masculino	85	19,2	19,3	19,3
Feminino	355	80,3	80,7	100,0
Total	440	99,5	100,0	
Missing	2	0,5		
Total	442	100,0		

Tabela 11 - Residência próxima à unidade – UBS, DISAN, 2003

Residência próxima à unidade	Frequência	Porcentagem	Porcentagem de válidos	Porcentagem acumulada
Não	224	50,7	50,8	50,8
Sim	217	49,1	49,2	100,0
Total	441	99,8	100,0	
Missing	1	0,2		
Total	442	100,0		

8.3. Caracterização dos episódios

A forma de agressão mais freqüente no relato dos trabalhadores, presente em 73,7% dos casos, foi a agressão verbal, ofensa ou insulto. Em segundo lugar, estão as ameaças de agressão física (23,4%). O assédio ou comportamento sexual indesejado é relatado em 18,8% dos casos. As agressões físicas e as ameaças com arma de fogo ou branca foram

ambas relatadas por 4,3% dos trabalhadores. Finalmente, em 1,6% dos casos, armas de fogo ou branca foram usadas nas agressões.

Relatam ter sofrido ou presenciado alguma forma de agressão ou ameaça por parte de pessoa relacionada à criminalidade na unidade ou em seu entorno, 7,3% dos trabalhadores.

A Tabela 12 apresenta o número médio de incidentes, relatados nas escalas de 0 a 4, por tipo, autor e local de ocorrência.

Tabela 12 - Número médio de incidentes relatados por trabalhador, ocorridos nos últimos 12 meses, por tipo, autor e local – UBS, DISAN, 2003

Incidente sofrido	Na unidade		Em atendimento domiciliar	
	Usuário	Acompanhante	Usuário	Acompanhante
Agressão física	0,08	0,07	0,02	0,02
Ameaça de Agressão Física	0,37	0,24	0,06	0,02
Agressão com arma de fogo ou branca	0,02	0,05	-	-
Ameaça com arma de fogo ou branca	0,05	0,00	0,02	0,01
Agressão verbal, ofensa ou insulto	1,90	1,47	0,73	0,57
Comportamento sexual indesejado	0,27	0,11	0,19	0,10
Incidente presenciado com dano ou destruição de equipamentos, mobiliário	0,79	0,42	-	-
Interrupção do serviço da unidade devido a incidente de violência	0,49	0,43	-	-
Intervenção da polícia devido a incidente de violência	0,95	0,58	-	-

Observa-se que os episódios mais graves tendem a ser menos frequentes. De forma geral, os usuários são mais comumente apresentados como autores das agressões do que os

acompanhantes. Há também maior média de relatos de episódios nas unidades do que em atendimento domiciliar. Fogem a esta tendência (em itálico na tabela):

- as agressões físicas em atendimento domiciliar, apresentando médias iguais para usuários e acompanhantes;
- as agressões com arma na unidade, nos quais os acompanhantes são mais freqüentemente apontados como autores;
- as ameaças com arma de fogo, nos quais acompanhantes em atendimento domiciliar apresentam maior média de incidentes atribuídos, comparados aos acompanhantes dentro da unidade.

8.3.1. Episódios por unidade

Tabela 13 - Índice de episódios por unidade e situação de ocorrência – UBS, DISAN, 2003

Unidade	Índice de episódios	
	Unidade	Atendimento Domiciliar
Aarão Reis	0,43	0,13
Campo Alegre	***0,30	0,19
Etelvina Carneiro	0,44	0,19
Floramar I	0,39	0,15
Floramar II	0,38	0,28
Guarani	0,38	0,17
Heliópolis	0,30	0,14
Jaqueline	0,57	0,27
Jardim Felicidade	***0,57	0,20
Lajedo	**0,20	0,09

MG 20	**0,29	0,14
Primeiro de Maio	0,42	0,20
Providência	0,32	0,11
São Bernardo	*0,52	0,22
Tupi	*0,53	0,18
Total	0,39	0,17

Negrito: média maior; itálico: média menor; * p<0,1; ** P<0,05; *** p<0,01

As análises que se seguem são feitas tendo com base os índices³ de episódios constituídos pelas médias de incidentes atribuídos a pacientes e acompanhantes. A Tabela 13 apresenta os índices de episódio segundo unidade e situação de ocorrência.

As UBS Jardim Felicidade, Tupi e São Bernardo apresentam um índice de episódios nas instalações das unidades significativamente *maior* do que das outras unidades (teste t para amostras independentes). Já as unidades Campo Alegre, MG 20 e Lajedo têm médias menores.

Nenhuma das unidades apresentou diferença significativa na média de episódios relatados em atendimento domiciliar.

8.3.2. Episódios por categoria profissional

Os resultados apresentados na Tabela 14 representam os índices de episódio segundo categoria profissional e situação de ocorrência.

³ Ver metodologia para esclarecimentos sobre a construção e a interpretação dos índices.

Os índices segundo categoria profissional confirmam a maior frequência de episódios dentro das instalações da unidade. Esta tendência é invertida no caso dos Agentes Comunitários de Saúde, cujos índices são significativamente maiores para atendimento domiciliar e menores para a unidade.

Auxiliares e Técnicos de Enfermagem e Enfermeiras apresentam média de relatos significativamente superior ao restante dos profissionais ($p < 0,01$ e $p < 0,05$, respectivamente). Agentes Comunitários de Saúde relatam maior frequência média de episódios em atendimento domiciliar ($p < 0,01$) se comparados com os demais trabalhadores.

Tabela 14 - Índice de episódios por categoria profissional e situação de ocorrência – UBS, DISAN, 2003

Categoria Profissional	Índice de incidentes	
	Unidade	Atendimento Domiciliar
Agente Comunitário de Saúde	***0,25	***0,24
Assistente Social / Psicólogo / Terapeuta Ocupacional	0,30	0,05
Profissional de Saúde Bucal	0,34	0,10
Auxiliar de Serviços Gerais	***0,25	
Auxiliar / Técnico de Enfermagem	***0,60	0,18
Auxiliar / Técnico Administrativo	0,36	
Enfermeiro	**0,51	***0,10
Gerente de Unidade	0,41	0,04
Médico	0,35	***0,05
Porteiro / Vigilante / Vigia	0,41	
Outros	0,21	0,30

Total	0,39	0,17
-------	------	------

Negrito: média maior; itálico: média menor; * $p < 0,1$; ** $P < 0,05$; *** $p < 0,01$

8.3.3. Episódios por tempo de trabalho na unidade

A Tabela 15 apresenta os índices de episódios segundo o tempo de trabalho na unidade. Os índices de episódios referentes à unidade tendem a aumentar à medida que cresce o tempo de trabalho na unidade. Já no que se refere ao atendimento domiciliar, tal tendência não se confirma. A faixa de dois a quatro anos de trabalho na unidade apresenta maior média em relação às outras.

Tabela 15 - Índice de episódios por tempo de trabalho na unidade – UBS, DISAN, 2003

Tempo de trabalho na unidade	Índice de episódios	
	Unidade	Atendimento Domiciliar
até 1 ano	0,27	0,14
de 2 a 4 anos	0,37	0,23
de 5 a 7 anos	0,50	0,10
8 ou mais anos	0,53	0,13
Total	0,39	0,17

8.3.4. Episódios por tempo de trabalho na saúde

A Tabela 16 apresenta o índice de episódios por tempo, segundo o tempo de experiência no trabalho em saúde.

Tabela 16 - Índice de episódios por tempo de trabalho na saúde – UBS, DISAN, 2003

Tempo de trabalho na saúde	Índice de episódios	
	Unidade	Atendimento Domiciliar
até 1 ano	0,22	0,15
de 2 a 4 anos	0,34	0,25
de 5 a 7 anos	0,45	0,17
8 ou mais anos	0,46	0,12
Total	0,39	0,17

As mesmas tendências encontradas para o tempo de trabalho na unidade se mantêm no que se refere ao tempo de trabalho na área da saúde.

8.3.5. Episódios por carga horária semanal na unidade

Trabalhadores que dedicam 30 horas semanais ao trabalho na UBS foram aqueles que relataram maior frequência de episódios na unidade.

Tabela 17 - Índice de episódios por carga horária semanal na unidade – UBS, DISAN, 2003

Carga horária na unidade	Índice de episódios	
	Unidade	Atendimento Domiciliar
20 horas	0,30	0,04
30 horas	0,44	0,18
40 horas	0,39	0,18
Outro	0,43	0,05
Total	0,39	0,18

8.3.6. Episódios por faixa etária e sexo

A média de relatos de episódios na unidade (Tabela 18) tende a aumentar com a idade, até a faixa de 31 a 40 anos. Já no que se refere aos episódios em atendimento domiciliar, a tendência é exatamente oposta.

Mulheres relatam maior número de episódios tanto na unidade quanto em atendimento domiciliar. Contudo, apenas no primeiro caso o teste t para amostras independentes confirma uma diferença de médias significativa ($p < 0,01$) entre homens e mulheres.

Tabela 18 - Índice de episódios por faixa etária – UBS, DISAN, 2003

Faixa etária	Índice de episódios	
	Unidade	Atendimento Domiciliar
até 20 anos	0,25	0,58
de 21 a 30 anos	0,37	0,23
de 31 a 40 anos	0,43	0,13
41 anos ou mais	0,36	0,15
Total	0,38	0,17

Tabela 19 - Índice de episódios por sexo – UBS, DISAN, 2003

Sexo	Índice de episódios	
	Unidade	Atendimento Domiciliar
Masculino	0,30	0,15
Feminino	*0,41	0,18
Total	0,39	0,17

8.3.7. Episódios por residência próxima à unidade

Trabalhadores que residem próximo à unidade tendem a relatar menor número de episódios. A tendência é válida tanto para episódios dentro das instalações da unidade quanto em atendimento domiciliar. Contudo, só no primeiro caso a diferença é significativa ($p < 0.01$).

Tabela 20 - Índice de episódios por residência próxima à unidade – UBS, DISAN, 2003

Residência próxima à unidade	Índice de episódios	
	Unidade	Atendimento Domiciliar
Não	*0,45	0,15
Sim	0,33	0,20
Total	0,39	0,17

8.4. Violência Vicariante

8.4.1. Episódios presenciados por unidade

Tabela 21 – Episódios presenciados por unidade - UBS, DISAN, 2003

Unidade	Episódios Presenciados	
	Unidade	Atendimento domiciliar
Aarão Reis	0,68	***0,13
Campo Alegre	***0,49	0,29
Etelvina Carneiro	0,76	0,30
Floramar I	0,64	0,24
Floramar II	0,63	0,45
Guarani	0,97	0,28
Heliópolis	***0,44	***0,11
Jaqueline	***1,01	0,37
Jardim Felicidade	***1,05	0,37
Lajedo	**0,45	0,14
MG 20	***0,42	**0,13
Primeiro de Maio	0,69	0,20

Providência	0,79	0,19
São Bernardo	***1,02	*0,70
Tupi	0,85	0,18
Total	0,70	0,26

O primeiro aspecto a chamar a atenção na Tabela 21 é o fato de, diferentemente dos episódios sofridos (Tabela 13), apresentarem-se diferenças estatisticamente significantes entre as médias de episódios relatados em atendimento domiciliar.

Mais uma vez, se confirma a menor frequência de episódios ocorridos em atendimento domiciliar. Na maioria dos casos, as unidades que apresentam maior ou menor média de relatos de episódios sofridos correspondem aqui àquelas com mais episódios presenciados.

8.4.2. Episódios presenciados por categoria profissional

O relato de um episódio presenciado deve ser compreendido como o fato do trabalhador estar presente no momento de uma agressão a um colega. Dessa forma, deve-se levar em consideração que algumas atividades são mais freqüentemente realizadas por determinados profissionais não acompanhados por colegas. É o caso das visitas domiciliares. Quando um ACS vai a uma residência, é mais provável que este esteja sozinho, enquanto que, quando um auxiliar ou técnico de enfermagem, enfermeiro ou médico realizam tal atividade, em geral estão acompanhados pelo ACS.

Tendo isso em conta, pode-se sugerir que este seja o motivo pelo qual os ACS, apesar de relatarem maior frequência de episódios em atendimento domiciliar, não relatam mais agressões presenciadas nesta situação.

Tabela 22 – Episódios presenciados por unidade - UBS, DISAN, 2003

Categoria Profissional	Episódios Presenciados	
	Unidade	Atendimento domiciliar
Agente Comunitário de Saúde	***0,46	0,26
Assistente Social / Psicólogo / Terapeuta Ocupacional	0,70	0,05
Profissional de Saúde Bucal	0,75	0,25
Auxiliar de Serviços Gerais	0,78	
Auxiliar / Técnico de Enfermagem	***0,92	**0,37
Auxiliar / Técnico Administrativo	**0,90	
Enfermeiro	***0,93	0,17
Gerente de Unidade	0,62	0,07
Médico	0,64	***0,06
Porteiro / Vigilante / Vigia	**0,45	
Outros	*0,48	**0,80
Total	0,70	0,26

8.5. Criminalidade Reportada

8.5.1. Criminalidade reportada por unidade

A Tabela 23 apresenta as frequências médias de episódios relacionados à criminalidade por unidade.

Tabela 23 - Criminalidade reportada por unidade – UBS, DISAN, 2003

Unidade	Criminalidade reportada				Índice de Criminalidade Reportada
	Ouviu tiros nas imediações	Sofreu ameaça ou agressão por parte de pessoa relacionada à criminalidade	Percebeu tráfico e uso de drogas nas redondezas	Soube da ocorrência de homicídios na região	
Aarão Reis	***0,17	**1,37	1,29	*1,74	1,14
Campo Alegre	***0,06	*0,41	0,79	***1,26	***0,65
Etelvina Carneiro	**0,28	***0,21	0,64	***3,48	1,16
Floramar I	***0,07	0,64	***0,37	***1,44	***0,65
Floramar II	***0,20	***0,21	1,30	***1,40	*0,78
Guarani	0,39	0,50	***0,43	***1,37	***0,70
Heliópolis	0,45	0,32	0,93	***1,57	*0,84
Jaqueline	0,36	0,82	0,86	*2,95	1,25
Jardim Felicidade	***1,68	*1,20	***2,80	***4,00	***2,42
Lajedo	0,55	0,53	***0,38	2,40	***0,97
MG 20	0,33	***0,28	**0,64	***3,03	1,07
Primeiro de Maio	***1,26	0,89	***2,03	***3,18	***1,84
Providência	***1,02	0,48	0,95	***3,28	**1,43
São Bernardo	0,52	**1,70	1,15	*1,68	1,26

Tupi	0,45	0,75	**2,05	2,10	1,34
Total	0,53	0,65	1,08	2,34	1,15

Negrito: média maior; itálico: média menor; * p<0,1; ** P<0,05; *** p<0,01

Chama a atenção o fato de os homicídios serem, de forma geral, os eventos mais frequentes com média mais do que duas vezes maior do que o segundo colocado (tráfico de drogas nas redondezas).

De forma geral, as médias de relatos de episódio apresentam uma tendência crescente: tiros nas imediações, agressão ou ameaça por parte de criminoso e ocorrência de homicídios, nesta ordem.

Sobressaem, com elevadas médias de criminalidade reportada, as unidades Jardim Felicidade, Primeiro de Maio e Providência.

8.5.2. Criminalidade reportada por categoria profissional

A Tabela 24 apresenta a média de episódios relacionados à criminalidade por categoria profissional.

Tabela 24 - Criminalidade reportada por categoria profissional – UBS, DISAN, 2003

Categoria Profissional	Criminalidade reportada				Índice de Criminalidade Reportada
	Ouviu tiros nas imediações	Sofreu ameaça ou agressão por parte de pessoa relacionada à criminalidade	Percebeu tráfico e uso de drogas nas redondezas	Soube da ocorrência de homicídios na região	
Agente Comunitário de	0,66	***0,30	1,25	2,24	1,11

Saúde					
Assistente Social / Psicólogo / Terapeuta Ocupacional	**0,13	0,57	***0,14	***3,63	1,15
Profissional de Saúde Bucal	0,44	0,75	**0,56	2,72	1,13
Auxiliar de Serviços Gerais	0,38	0,75	1,05	**1,55	0,95
Auxiliar / Técnico de Enfermagem	0,46	**0,88	1,20	**2,68	*1,30
Auxiliar / Técnico Administrativo	0,86	0,67	0,67	2,65	1,20
Enfermeiro	0,37	0,88	1,02	2,43	1,17
Gerente de Unidade	***0,00	1,25	1,50	2,75	1,38
Médico	0,35	0,89	0,91	***1,72	0,98
Porteiro / Vigilante / Vigia	**1,71	<i>*0,21</i>	*1,93	2,07	1,48
Outros	**0,20	**0,27	0,93	1,67	0,77
Total	0,53	0,65	1,08	2,34	1,15

Negrito: média maior; itálico: média menor; * p<0,1; ** P<0,05; *** p<0,01

Os relatos de atividade da criminalidade variam menos segundo a categoria profissional do que segundo a unidade. Chama a atenção os Porteiros, Vigilante e Vigias, relatando maior frequência de tiros e drogas nas proximidades da unidade. Além desses, os Auxiliares e Técnicos de Enfermagem relatam agressões por parte de pessoa ligada à criminalidade e homicídios.

8.6. Percepção de risco

8.6.1. Percepção de risco por unidade

A tabela a seguir apresenta as médias das escalas de percepção de risco por unidade. Valores abaixo de três significam uma maior probabilidade atribuída de ser vítima de violência no próximo ano.

Tabela 25 - Percepção de risco por categoria profissional – UBS, DISAN, 2003

Categoria Profissional	Percepção de risco					Índice
	Agressão física	Agressão verbal	Ameaça	Agressão com arma	Ameaça com arma	
Aarão Reis	3,00	3,92	3,46	2,68	2,91	3,19
Campo Alegre	***2,39	***3,31	***2,54	***2,06	***2,14	***2,52
Etelvina Carneiro	***3,60	**4,48	***4,00	***3,44	***3,56	***3,76
Floramar I	2,93	4,14	3,43	2,61	2,71	3,16
Floramar II	3,16	4,05	3,30	3,05	2,79	3,27
Guarani	2,96	*3,65	3,20	2,56	2,58	3,01
Heliópolis	*3,34	4,23	3,45	2,73	2,67	3,28
Jaqueline	*3,42	***4,50	3,45	*3,15	*3,26	*3,51
Jardim Felicidade	2,96	4,20	3,56	2,72	2,88	3,26
Lajedo	***2,20	***3,30	***2,60	***1,90	***2,21	***2,51
MG 20	2,61	3,89	3,28	2,61	2,97	3,07
Primeiro de Maio	**3,37	**4,46	**3,74	**3,17	3,12	**3,52
Providência	2,73	4,18	3,16	*2,35	2,53	3,00
São Bernardo	***3,79	4,35	***3,95	**3,26	**3,37	**3,64
Tupi	3,05	4,29	3,35	2,90	3,05	3,32

Total	2,97	4,02	3,31	2,68	2,79	3,16
-------	------	------	------	------	------	------

A principal características dos dados apresentados na Tabela 25 é a homogeneidade dos valores apresentados dentro das unidades, independentemente do tipo de episódios a que ele se refere. Aparentemente, a percepção de risco de agressão é formada em bloco, não levando em consideração o tipo de agressão. A tendência será mantida para as categorias profissionais, como se verá na Tabela 26 a seguir.

As unidades Etelvina Carneiro e São Bernardo são aquelas onde os trabalhadores atribuem maior probabilidade de agressão no futuro. Entretanto, chama a atenção o fato das médias variarem pouco em relação ao valor neutro (três).

8.6.2. Percepção de risco por categoria profissional

A Tabela 26 traz a média das escalas de percepção de risco por categoria profissional. Valores acima de três revelam tendência a achar provável uma agressão.

Tabela 26 - Percepção de risco por categoria profissional – UBS, DISAN, 2003

Categoria Profissional	Percepção de risco					Índice
	Agressão física	Agressão verbal	Ameaça	Agressão com arma	Ameaça com arma	
Agente Comunitário de Saúde	**2,75	**3,80	***2,91	**2,47	***2,51	***2,90
Assistente Social / Psicólogo / Terapeuta Ocupacional	3,43	4,25	3,63	2,88	3,13	3,45
Profissional de Saúde Bucal	3,06	4,09	3,27	2,79	2,78	3,20
Auxiliar de Serviços Gerais	**2,26	3,85	3,11	2,55	2,88	2,95

Auxiliar / Técnico de Enfermagem	***3,37	***4,34	***3,81	***3,00	***3,16	***3,50
Auxiliar / Técnico Administrativo	3,16	3,85	3,15	3,11	3,00	3,23
Enfermeiro	*3,27	***4,52	**3,68	2,82	2,98	**3,45
Gerente de Unidade	*2,25	4,13	2,75	2,25	2,38	2,75
Médico	2,69	<i>*3,70</i>	3,20	<i>*2,36</i>	2,52	<i>*2,92</i>
Porteiro / Vigilante / Vigia	3,36	4,00	*3,86	3,21	*3,36	3,56
Outros	<i>*2,43</i>	<i>*3,47</i>	2,87	2,07	**2,20	**2,61
Total	2,97	4,02	3,31	2,68	2,79	3,16

Negrito: média maior; itálico: média menor; * $p < 0,1$; ** $P < 0,05$; *** $p < 0,01$

Consistentemente com o perfil das agressões relatadas, os trabalhadores consideram mais provável serem vítimas de agressões verbais. Da mesma forma, as agressões e ameaças com arma são consideradas as menos prováveis.

Chamam a atenção as categorias de Auxiliar e Técnico de Enfermagem que consideram mais prováveis todos os tipos de episódio. Em seguida, observa-se que as enfermeiras também apresentam forte percepção de risco.

Por outro lado, os ACS demonstram estar mais seguros, com média menor do que a das demais categorias profissionais para todos os tipos de episódio ($p < 0,05$). Ainda assim, os trabalhadores desta categoria ainda acham provável serem vítimas de agressões verbais (média = 3,80).

8.7. Fatores de Risco

Na Tabela 27 encontra-se a frequência com que trabalhadores consideram que os fatores de risco selecionados contribuíram para a ocorrência de episódios de violência contra trabalhadores. O fator mais relacionado às agressões foi a falta ou inadequação de medicamentos; em segundo lugar vem o desconhecimento por parte do usuário do funcionamento da unidade. Em terceiro lugar está a longa espera por atendimento.

Tabela 27 - Fatores que contribuíram para a ocorrência de episódios de violência contra trabalhadores – UBS, DISAN, 2003

Fator de Risco	Porcentagem de trabalhadores que relacionam o fator a episódios ocorridos no ano anterior
Falta ou inadequação de <i>medicamentos</i>	79,5
Desconhecimento do usuário do funcionamento do serviço	76,7
Espera pelo atendimento	69,9
Inexistência de um determinado tipo de atendimento (necessidade de encaminhamento)	56,9
Falta ou inadequação de material	54,6
Perfil da população	52,6
Insatisfação com o atendimento	51,4
Inadequação do espaço físico	49,6
Falta ou inadequação de equipamentos	42,1
Violência e criminalidade na região	41,1
Atitude dos trabalhadores	39,8

8.8. Conclusão

No estudo de LeBlanc e Kelloway (2002) o trabalho em atendimento domiciliar se apresenta como um importante fator de risco para os episódios de violência. Os dados desta pesquisa, contudo, revelam que as agressões ocorrem majoritariamente dentro das instalações da unidade. Mesmo no caso dos ACS, cujas atividades nos domicílios dos usuários são especialmente freqüentes e importantes, as médias de episódios relatados na unidade e nos domicílios são bastante próximas. Desta forma, pode-se supor que os principais elementos que contribuem para as agressões no UBS relacionam-se ao trabalho dentro da unidade.

Esta hipótese tem conseqüências importantes. O risco de violência no trabalho é freqüentemente relacionado ao trabalho sozinho ou em pequenos grupos. Tal fator seria explicado pela vulnerabilidade dos indivíduos que seriam menos capazes de uma reação e, por outro, pela ausência de controle por outras pessoas. Uma vez que o trabalho em atendimento domiciliar é realizado nestas condições, pode-se reforçar a idéia de que os fatores que condicionam a ocorrência de agressões nas UBS relacionem-se ao processo de trabalho e sua organização.

Se tomarmos os índices de episódios por unidade, vemos que não se apresenta variação significativa entre as médias de agressões nos domicílios. Por outro lado, apenas uma unidade (Jardim Felicidade) apresenta média de episódios dentro de suas instalações significativamente superiores às outras e também mostra maior índice de criminalidade referida. Por outro lado, as unidades com índices de episódios e de criminalidade menores não correspondem entre si. Todos estes elementos corroboram a hipótese de que a natureza

das atividades realizadas dentro da unidade, ou a forma com que estas estão organizadas, relacionam-se à ocorrência de agressões.

Partindo da idéia de que fatores relacionados ao processo de trabalho condicionam os episódios de violência, poder-se-ia esperar que um maior tempo de permanência no trabalho estaria relacionado a uma maior frequência de episódios. Contudo esta tendência não é encontrada.

Uma vez que não foram realizados testes estatísticos para verificar a relação entre idade, tempo de trabalho na unidade e de experiência na área da Saúde, as conclusões em relação a estes fatores são hipóteses bastante limitadas. Aparentemente, maior experiência no trabalho na unidade e na Saúde tende a aumentar a frequência de episódios. Mesmo em relação à idade, os índices de episódio aumentam até a faixa entre 31 e 40 anos. Poder-se-ia esperar, ao contrário, que os profissionais com o tempo adquirissem habilidades para lidar com as situações de forma a evitar que episódios ocorressem. Os dados levantados neste estudo não possibilitam apresentar uma explicação para o fato.

Na literatura sobre violência no trabalho, os homens são mais frequentemente as vítimas de homicídio; entretanto, este é, se comparado com outras causas de morte relacionada ao trabalho, mais importante entre as mulheres. Neste estudo, mulheres foram mais frequentemente agredidas na unidade ($p < 0,1$). No que se refere aos incidentes em atendimento domiciliar, não foi encontrada diferença significativa.

8.9. Limitações do estudo

A vasta produção e a dificuldade de acesso a alguns periódicos fez com que não fosse possível reunir todos os artigos selecionados. Tal limitação não parece ter prejudicado o resultado da pesquisa, de forma que foi possível elaborar uma visão geral do que foi produzido sobre o tema.

Devido ao método utilizado no estudo, não foi possível controlar o retorno dos questionários. Dos questionários disponibilizados para os 808 profissionais que trabalhavam nas UBS incluídas no estudo, 442 (54,7%) foram retornados. Apesar de quase 50% dos questionários não terem retornado, estudo realizado por Shalm e Kelloway (2001) sugere que tal taxa de resposta interfere pouco nos resultados do estudo. A taxa de resposta entre as categorias profissionais variou de 30,4% a 77,2% e, entre as unidades, de 29,3% a 82,4%. O teste X^2 do número de profissionais que retornaram ou não o questionário confirma o viés de seletividade da amostra por unidade e por categoria profissional. Assim, devido à arbitrariedade do critério de seleção da região onde foi realizada a pesquisa e ao viés da amostra, a generalização de resultados desta pesquisa deve ser cautelosa.

O estudo apresenta ainda outras limitações que devem ser consideradas. Apesar dos procedimentos de teste e correção do instrumento, ele ainda apresentou deficiências. Em primeiro lugar, o questionário não aborda algumas formas de incidentes de violência no trabalho citados como relevantes pelos trabalhadores durante as entrevistas. Em especial, não constam entre as questões incidentes de dano ou roubo de objetos de trabalhadores. Além disso, a metodologia não é capaz de captar a dimensão de processo que existe nos

incidentes de violência. Vale citar que ele capta apenas a percepção dos trabalhadores. O ponto de vista dos usuários do serviço não é abordado.

Ainda relacionado aos resultados dos questionários, deve-se citar o elevado número de *missings* devido, provavelmente, à incompreensão por parte do respondente das instruções (fornecidas para a resposta às) das questões. Em alguns casos, na análise, foi necessário substituir os *missings* pela média da série. Tal procedimento deve alterar pouco os testes de diferença de médias; contudo, as frequências brutas dos incidentes devem apresentar alguma distorção.

Apesar das limitações apresentadas pelo estudo, acreditamos que este mantém sua relevância enquanto uma aproximação exploratória do problema da violência como risco para profissionais de saúde das unidades básicas do SUS. Fica, contudo, posta a necessidade do aperfeiçoamento e desenvolvimento de novas metodologias e instrumentos de investigação de um problema que vem sendo abordado apenas recentemente na pesquisa brasileira e que vem atraindo a atenção de diversos pesquisadores e instituições relacionadas à saúde dos trabalhadores em diversos países.

9. Considerações finais

Abordar o tema da violência é um desafio tanto pela polissemia do termo quanto pela multideterminação do fenômeno. Apesar das dificuldades encontradas, Ao procurar definir violência somos levados a constatar que os objetos ao quais nos referimos possuem algumas características em comum e que, principalmente, possuem uma conotação negativa. A violência é, via de regra, considerada “uma coisa ruim”. Dessa forma, frente à ocorrência a um ato de violência, somos imediatamente levados a questionar sua justificativa e a legitimidade do ato.

Quando fazemos um tal exercício de análise no que se refere às agressões contra trabalhadores da saúde, somos levados a constatar que elas são, freqüentemente, resposta à violência que os serviços exercem sobre os seus usuários, sob a forma de mau atendimento, longas esperas e ausência de respostas efetivas para os problemas de saúde da sociedade.

Estratégias simples de controle do comportamento dos usuários podem simplesmente reforçar a violência da qual estes são vítimas. Portanto, a redução das agressões contra os profissionais da saúde deve passar necessariamente pela melhora da qualidade dos serviços. Da mesma forma, deve-se potencializar os canais de participação da população e de controle social da Saúde.

Dessa forma, a luta por ambientes de trabalho livres da violência deve unir trabalhadores e usuários na construção de Serviços mais humanos para ambos.

10. Referências bibliográficas

AGUDELO, S. F. Violence: A Growing Public Health Problem in Region.

Epidemiological Bulletin, Pan American Health Organization v. 11 n. , p.1-7, 1990.

ALMEIDA, C. M. Reforma do Estado e Reforma de Sistemas de Saúde: Experiências Internacionais e tendências de Mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.4, n.2, p.263-286, 1999;

ARNETZ, B. B. Psychosocial Challenges Facing Physicians of Today. **Social Science & Medicine**, v.52, p. 203-213, 2001;

ARNETZ, J. E. The violent Incident Form (VIF): a practical instrument for the registration of violent incidents in the health care workplace. **Work & Stress**, v.12, n.1, p.17-28, 1999

BRASIL 1991. Lei 8.213 de 24 de Julho de 1991. Dispões sobre os planos de benefícios da previdência social e dá outras Providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 1991.

BRASIL, Ministério Da Saúde, Secretaria De Políticas De Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.4, p.427-430, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. **Programa Atenção Básica (PAB): parte física**. Brasília, Ministério da Saúde, 2001. 32p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **O Brasil e a mortalidade por causas externas no ano 2000**. Disponível em: <<http://www.cip.saude.sp.gov.br/esp2000.htm>>. S.d. Acesso: 7 de abril de 2004.

BRASIL, Ministério Da Saúde. Portaria MS/GM nº. 737 de 16 de maio de 2001. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 de maio de 2001.

BRASIL, Ministério Do Trabalho, Delegacia Regional Do Trabalho No Estado Do Espírito Santo. **Acidentes de trabalho Fatais**. Mimeo. 2000.

BRASIL, Ministério Do Trabalho, Delegacia Regional Do Trabalho No Estado De São Paulo. **Acidentes de Trabalho Fatais**. Mimeo. 1998

BRASIL. Decreto nº 77.077 de 24 de Janeiro de 1976. Expede a Consolidação das Leis da Previdência Social, nos termos do artigo 6º da Lei nº 6.243/75. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 1976.

BULATAO, E. Q.; VANDENBOS, G. R. Workplace Violence: Its scopes and the issues. In: _____. **Violence on the job: identifying risks and developing solutions**. Washington: American Psychological Association, 1996. 439p.

CALIFORNIA DEPARTMENT OF INDUSTRIAL RELATIONS, Division of Occupational Safety and Health. **Guidelines for Workplace Security**, 1995. Disponível em: < http://165.235.90.100/DOSH/dosh_publications/worksecurity.html>. Acesso em: 18 de maio de 2003.

CALIFORNIA DEPARTMENT OF INDUSTRIAL RELATIONS, Division of Occupational Safety and Health. **Guidelines for security and safety of health care and community service workers**, 1998. Disponível em: <http://www.dir.ca.gov/dosh/dosh_publications/hcworker.html>. Acesso em: 25 de junho de 2002.

CAMPOS, A. S. Violência e Trabalho. In Mendes, R (Org.). **Patologia do Trabalho**, Vol. 1. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2003.

CARMEL, H.; HUNTER, M. Compliance With Training in Managing Assaultive Behavior and Injuries from In-patient Violence.” **Hospital and Community Psychiatry**, v.41, n. 5, p.558-560, 1990.

CARMEL, H.; HUNTER, M. Staff Injuries from Inpatient Violence. **Hospital and Community Psychiatry**, v.40, n.1, p.41-46, 1989.

CARNEIRO, S. A. M. Trabalho e Violência: Uma Relação de Proximidade. Violência a Trabalhadores Durante a Jornada de Trabalho, na Zona Norte de São Paulo, no Ano de 1998, 2000. 138p. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo.

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

COHN A. et al. **Acidentes de trabalho. Uma forma de violência**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

CONN, L.; AND LION, J. Assaults in a University Hospital. In: **Assaults Within Psychiatric Facilities**. Philadelphia, PA.: W.B. Saunders & Co., 1983. p. 61-69.

COSTA, J. F. **Violência e Psicanálise**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

DA MATTA, R. As raízes da violência no Brasil: reflexões de um antropólogo social. In: Pinheiro, O. S. (org.). **Violência Brasileira**. São Paulo: Brasiliense, 1982.

DAVIDSON, P.; JACKSON, C. The Nurse as a Survivor: Delayed Post-Traumatic Stress Reaction and Cumulative Trauma in Nursing. **International Journal of Nursing Studies**, v.22, n.1, p,1-13, 1985.

DESLANDES, S. F. **Violência no cotidiano dos serviços de emergência: representações, práticas, interações e desafios**. 2000. 216f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

DI MARTINO, V; HOEL, H; COOPER, C. L. **Prévention du Harcèlement sur le Lieu de Travail**. Dublin: Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 2003.

DIAS, E.C. Violência no trabalho: um novo-velho desafio. **Revista Devir** v.1, n.1, p.29-47, 2001.

DUHART, D.T. Workplace violence, 1993-99 – National Crime Victimization Survey. Special Report. 2001.

FELSON, M.; CLARKE, R. V. **Opportunity makes the thief – Practical theory for crime prevention**. Londres: Home Office, Research, Development and Statistics Directorate, 1998. 35p.

GONÇALVES, R. B. M. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. Cadernos CEFOR, São Paulo. 1992.

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

GOTTFREDSON, M.G.; HIRSCHI, T. The nature of crime. In: _____. **A general theory of crime**. 1990. Stanford University Press, Stanford.

HASSELRORN, H.M.; TOOMINGAS, A.; LAGERSTRÖM, M. (eds). **Occupational Health for Care Workers: A Practical Guide**. Stockholm: Elsevier. 1999. 231p.

HOFELDT, R. L. Medical workplace violence. **Primary Care Update OB/GYNs**, New York, v.8, p.127-131, 2001.

JENKINS, L. E.; LAUNE, L.; KESNER, S. Homicides in the Workplace. **The journal of the American Association of Occupational Health Nurses**, v.40, n.5, p.215-218, 1992.

KAHN, T. Pesquisas de Vitimização. **Revista do ILANUD**, n.10. p.7-8. 1998

KLEIN, R. **The new politics of the NHS**. 3^a ed. Harlow: Longman, 1995.

KRUG, E.G. et al. (eds). **World report on violence and health**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002. 368p.

LANZA, M.L. How Nurses React to Patient Assault. **Journal of Psychosocial Nursing**, v.23, n.6, p.6-11. 1985.

LANZA, M.L. The Reactions of Nursing Staff to Physical Assault by a Patient. **Hospital and Community Psychiatry**; v.31, n.1, p.44-47, 1983.

LAVOIE, F. et al. Emergency Department Violence in United States Teaching Hospitals. **Annals of Emergency Medicine**, v.17n.11, p.1227-1233, 1988.

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

LEBLANC, M. M.; KELLOWAY, E. K. Predictors and Outcomes of Workplace Violence and Aggression. **Journal of Applied Psychology**, v.87, n.3, p.444-453. 2002

LEVIN, P.F.; HEWITT, J.B.; MISNER, S.T. Workplace violence: Female occupational homicides in Metropolitan Chicago. **American Association of Occupational Health Nurses Journal**, v.44, n.7, p.326-331, 1992.

LIPSCOMB, J.; LOVE, C. Violence Toward Health Care Workers. **JAAOHN** v.40, n.5:219-228, 1992.

LUCCA, S.R.; MENDES, R. Epidemiologia dos Acidentes do Trabalho Fatais em Área Metropolitana da Região Sudeste do Brasil, 1979-1989. **Revista de Saúde Pública**, v.27, n.3, p.168-176, 1993.

MACHADO, J. M. H.; MINAYO-GOMEZ, C. Acidentes de trabalho: uma expressão da violência social. **Cadernos de Saúde Pública**, v.10, supl. 1, p.74-87, 1994.

MADDEN, D.J.; LION, J.R.; PENNA, M.W. Assault on Psychiatrist by Patients. **American Journal of Psychiatry**, v.133, n.4, p.422-425, 1976.

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

MENDES, R. Conceito de Patologia do Trabalho. In Mendes, R (Org.). **Patologia do Trabalho**, Vol. 1. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2003.

MENDES, R.; DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à Saúde do Trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.25:341-349. 1991.

MENDES, R.; DIAS, E.C. Saúde dos trabalhadores. In: Rouquayrol, M.Z.; Almeida Filho, N. (Eds.). **Epidemiologia & Saúde**. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v.10, supl. 1, p.7-18, 1994.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E.R.. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde**, n.IV, v.3, p.813-531, 1997/1998.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A constituição do campo da saúde do trabalhador. **Cadernos de Saúde Pública**, v.,13, Supl. 2. p.21-37, 1997.

NEUMAN, J. H.; BARON, R. A. Workplace violence and Workplace aggression: evidence concerning specific forms, potential causes and preferred targets. **Journal of Management** v.24, n.3, p.391-419, 1998.

NOGUEIRA, R. P. O Trabalho Em Serviço de Saúde. In: Santana, J. P. **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Organização Panamericana da Saúde. 1997.

NOLAN, P. et al. A Comparative Study of the Experiences of Violence of English and Swedish Mental Health Nurses. **Nursing Studies**, v.38, p.419-426, 2001.

OLIVEIRA, A. B. O.; MENDES, J. M. Acidentes de Trabalho: Violência urbana e Morte em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.13, supl.2, p.73-83, 1997.

Organização Internacional do Trabalho, International Council Of Nurses, Organização Mundial da Saúde & Public Services International 2002. **Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector**. Genebra: Organização Internacional do Trabalho.

Organização Internacional do Trabalho, International Council Of Nurses; Organização Mundial da Saúde; Public Services International. **Violence in the health sector. Country case studies: Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study**. 2003. Genebra: Organização Internacional do Trabalho.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Code of Practice on Workplace Violence in Services Sectors and Measures to Combat this Phenomenon**. 2003. Disponível em <www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/techmeet/mevsws03/mevsws-cp.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2004.

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

PEEK-ASA, C.; RUNYAN, C. W.; ZWERLING, C. The Role of Surveillance and Evaluation Research in the Reduction of Violence Against Workers. **American Journal of Preventive Medicine** v.20, n.2, p.141-148, 2001.

PITTA, A. M. F. **Hospital dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec ,1990. 198p.

PONTANA. Violência. In BOUDON, R., BOURRICAUD, F. **Dicionário Crítico de Sociologia**. São Paulo: Ed. Ática, 1993

PORTO, M. F. S.; MATTOS, U. A. O. Estratégias de prevenção, gerenciamento de riscos e mudança tecnológica. In MENDES, R (Org.). **Patologia do Trabalho**, Vol. 2. 2ª ed. 2003. São Paulo: Editora Atheneu, São Paulo.

POSTER, E.; RYAN, J. Nurses' Attitudes Toward Physical Assaults by Patients. **Archives of Psychiatric Nursing**, v.3, n.6, p.315-322, 1989.

RIBEIRO, H.P. A Violência Oculta do Trabalho: as lesões por esforços repetitivos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. 240p.

ROGERS, K. A.; KELLOWAY, E. K. Violence at Work: Personal and Organizational Outcomes. **Journal of Occupational Health Psychology**, v.2, n.1, p.63-71, 1997.

RYAN, J. A.; POSTER, E. C. The Assaulted Nurse: Short-term and Long-term responses. **Archives of Psychiatric Nursing**; v.3, n.6, p.323-331, 1989.

SANTOS JUNIOR, E. A. Vítimas da violência no trabalho: o retrato da situação dos médicos das Unidades de Pronto Atendimento 24h da Prefeitura de Belo Horizonte. 2004. Dissertação (Mestrado). Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

SANTOS, C. A. A implantação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. **Revista da Saúde**, v.3, p.14, 2002.

SCHAT, A. C. H.; KELLOWAY, E. K. Effects of Perceived Control on the Outcomes of Workplace Aggression and Violence. **Journal of Occupational Health Psychology**, v.5, n.3, p.386-402, 2000.

SCHILLING, R. S. F.. More effective prevention in occupational health practice? **Journal of the Society of Occupational Medicine** v.39, p.71-79, 1984.

SCHNIEDEN, V. Violence Against Doctors. **British Journal of Hospital Medicine**, v.50, p.6-9, 1993.

SHALM, R. T.; KELLOWAY, E. K. The relationship between response rate and effect size in occupational health psychology research. **Journal of Occupational health psychology**, v.6, p.160-163, 2001.

SILVA, C.O. Curar adoecendo. Um estudo do processo de trabalho hospitalar em busca da saúde, da inventividade e da vida, 1994. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.

TOSCANO, G.; WEBER, W. **Violence in the Workplace: Patterns of Fatal Workplace Assaults differ from Those of Nonfatal Ones.** Compensation and Working Conditions, February, 1994:43-50. Disponível em: <<http://www.bls.gov/iif/oshwc/cfar0005.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2001.

TOSCANO, G.; WINDAU, J. The Changing Character of Fatal Work Injuries. **Monthly Labor Review**, v.117, n.10, p.17-28, 1994.

TOUSIJN, W. Medical Dominance in Italy: A Partial Decline. **Social Science & Medicine**, v.55, p.733-741, 2002

UNITED STATES OF AMERICA, Department of Labor, Bureau of Labor Statistics. **Occupational Injuries and Illnesses in the United States by Industry, 1989.** Bulletin 2379, 1991.

WHARCHOL, G. **Workplace violence, 1992-98.** National Crime Victimization Survey. Special Report. Bureau of Justice Statistics. 1998.

11. Anexo I: modelo de questionário

12.	Você reside próximo ao centro de saúde onde trabalha?	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 0. Não
	Nos itens seguintes, por favor indique o quanto você concorda ou discorda das afirmações: Nos próximos 12 meses, durante o meu trabalho...	1 = Discordo fortemente 2 = Discordo 3 = Nem concordo nem discordo	4 = Concordo 5 = Concordo fortemente
13.	Acho provável eu ser agredido fisicamente.	Discordo fortemente	① ② ③ ④ ⑤ Concordo fortemente
14.	Acho provável eu ser agredido verbalmente.	Discordo fortemente	① ② ③ ④ ⑤ Concordo fortemente
15.	Acho provável eu ser ameaçado.	Discordo fortemente	① ② ③ ④ ⑤ Concordo fortemente
16.	Acho provável eu ser agredido com arma de fogo ou branca.	Discordo fortemente	① ② ③ ④ ⑤ Concordo fortemente
17.	Acho provável eu ser ameaçado com arma de fogo ou branca.	Discordo fortemente	① ② ③ ④ ⑤ Concordo fortemente
18.	Você considera a região onde o centro de saúde se situa:	<input type="checkbox"/> 1. Tranquila	<input type="checkbox"/> 2. Insegura <input type="checkbox"/> 3. Violenta
	Por favor, responda as questões abaixo especificando quantas vezes os incidentes ocorreram nos últimos 12 meses .	0 = Nunca 1 = Uma vez 2 = Duas vezes	3 = Três vezes 4 = Quatro ou mais vezes
19.	Você ouviu barulho de tiros nas imediações no centro de saúde?		① ② ③ ④
20.	Você ou outro colega foi ameaçado ou agredido por pessoas relacionadas ao tráfico de drogas, gangues ou outros tipos de crime dentro ou nas proximidades da unidade?		① ② ③ ④
21.	Quantas vezes você percebeu a presença de pessoas vendendo ou consumindo drogas nas proximidades do centro de saúde?		① ② ③ ④
22.	Quantas vezes você soube de homicídios nas proximidades do centro de saúde?		① ② ③ ④
INCIDENTES OCORRIDOS DENTRO DAS INSTALAÇÕES DA UNIDADE			
	Por favor, relate em ambas as colunas o número de incidentes ocorridos dentro das instalações desta unidade, exclua incidentes ocorridos em visita domiciliar ou em atendimento externo. Nos últimos 12 meses:	0 = Nunca 1 = Uma vez 2 = Duas vezes	3 = Três vezes 4 = Quatro ou mais vezes
		O agente era um paciente/usuário:	O agente era um acompanhante:
23.	Você sofreu alguma <i>agressão física</i> ?	① ② ③ ④	① ② ③ ④
24.	Você foi <i>ameaçado de agressão física</i> ?	① ② ③ ④	① ② ③ ④
25.	Você sofreu alguma <i>agressão com arma de fogo ou branca</i> ?	① ② ③ ④	① ② ③ ④
26.	Você foi <i>ameaçado com arma de fogo ou branca</i> ?	① ② ③ ④	① ② ③ ④
27.	Você sofreu <i>agressão verbal</i> , ofensa ou insulto?	① ② ③ ④	① ② ③ ④
28.	Você sofreu assédio ou comportamento indesejado com conotação sexual?	① ② ③ ④	① ② ③ ④
29.	Você presenciou incidentes nos quais armas de fogo foram disparadas ou armas brancas foram usadas para agredir um colega?	① ② ③ ④	① ② ③ ④
30.	Você presenciou incidente com <i>agressão física</i> a algum colega?	① ② ③ ④	① ② ③ ④
31.	Você presenciou incidente com <i>ameaça de qualquer natureza ou agressão verbal</i> a algum colega?	① ② ③ ④	① ② ③ ④
32.	Você vivenciou ou presenciou incidente com <i>dano ou destruição</i> de equipamentos, mobiliário ou instalações da unidade?	① ② ③ ④	① ② ③ ④
33.	Você presenciou momentos em que o serviço desta unidade teve de ser <i>interrompido</i> devido a incidentes violentos contra profissionais?	① ② ③ ④	① ② ③ ④
34.	Você presenciou momentos em que a intervenção da polícia foi necessária para garantir a segurança de algum profissional ou o	① ② ③ ④	① ② ③ ④

funcionamento desta unidade?					
------------------------------	--	--	--	--	--

INCIDENTES OCORRIDOS DURANTE VISITA DOMICILIAR OU ATENDIMENTO EXTERNO

35. Você realiza visitas domiciliares ou presta atendimento à comunidade fora das instalações desta unidade?	<input type="checkbox"/> 1. Sim – Responda as questões 36 e seguintes. <input type="checkbox"/> 0. Não – Salte para a questão 44.	
Nos últimos 12 meses, enquanto você realizava visita domiciliar ou atendimento externo:	0 = Nunca 1 = Uma vez 2 = Duas vezes 3 = Três vezes 4 = Quatro ou mais vezes	
	O agente era um paciente/usuário:	O agente era um acompanhante:
36. Você sofreu alguma <i>agressão física</i> ?	① ② ③ ④	① ② ③ ④
37. Você foi <i>ameaçado de agressão física</i> ?	① ② ③ ④	① ② ③ ④
38. Você foi <i>ameaçado com arma de fogo ou branca</i> ?	① ② ③ ④	① ② ③ ④
39. Você sofreu <i>agressão verbal, ofensa ou insulto</i> ?	① ② ③ ④	① ② ③ ④
40. Você sofreu assédio ou comportamento indesejado com conotação sexual?	① ② ③ ④	① ② ③ ④
41. Você vivenciou incidentes nos quais armas de fogo foram disparadas ou armas brancas foram usadas para agredir um colega?	① ② ③ ④	① ② ③ ④
42. Você presenciou incidente com <i>agressão física</i> a algum colega?	① ② ③ ④	① ② ③ ④
43. Você presenciou incidente com <i>ameaça de qualquer natureza ou agressão verbal</i> a algum colega?	① ② ③ ④	① ② ③ ④

FATORES DE RISCO

44. Quais dos fatores ao lado contribuíram significativamente para a ocorrência de incidentes violentos na sua unidade nos últimos 12 meses? (Marque todas as opções que se adequarem)	<input type="checkbox"/> 1. Falta ou inadequação de medicamentos <input type="checkbox"/> 2. Falta ou inadequação de material para o atendimento <input type="checkbox"/> 3. Falta ou inadequação de equipamento para o atendimento <input type="checkbox"/> 4. Falta de determinado tipo de atendimento ou serviço na unidade (necessidade de transferência ou encaminhamento) <input type="checkbox"/> 5. Inadequação do espaço físico <input type="checkbox"/> 6. Demora ou longa espera pelo atendimento <input type="checkbox"/> 7. Insatisfação com a qualidade do atendimento <input type="checkbox"/> 8. Falta de conhecimento do usuário sobre o funcionamento dos serviços de saúde pública <input type="checkbox"/> 9. Comportamento ou atitude dos profissionais para com o usuário durante o atendimento <input type="checkbox"/> 10. Perfil da população atendida pelo serviço <input type="checkbox"/> 11. Violência e Criminalidade na área de abrangência do serviço
---	---

45. Use este espaço para citar algum outro fator não contemplado acima ou acrescentar outros comentários sobre o assunto.	
--	--

12. Anexo II: termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este questionário é instrumento de coleta de dados para a pesquisa “Risco Ocupacional de Violência: O Perfil das agressões contra profissionais nos Centros de Saúde do Distrito Sanitário Norte”, a ser realizada no período de dezembro de 2002 a setembro de 2003.

Suas respostas são confidenciais. Toda informação que possa identificá-lo(a) será acessada apenas por pessoal envolvido e com o propósito da pesquisa. Os dados do estudo não serão divulgados ou utilizados para nenhum outro fim senão o da pesquisa.

Além deste questionário poderão ser realizadas observações sobre o processo de trabalho em sua unidade e entrevistas com trabalhadores voluntários sobre o tema do estudo.

Você tem a liberdade de recusar-se a responder este questionário ou a participar de outras atividades da pesquisa. Sua assinatura neste termo significa seu consentimento livre e esclarecido para a inclusão de suas respostas no questionário no estudo e seu conhecimento da possibilidade da realização das outras atividades da pesquisa em sua unidade.

A qualquer momento da pesquisa, em caso de dúvidas sobre o estudo o pesquisador responsável, Augusto de Souza Campos, pode ser contatado para esclarecimentos pelo telefone (31) 88094709 ou pelo e-mail ascampos@medicina.ufmg.br. Questões sobre a ética desta pesquisa podem ser encaminhadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG pelo telefone (31) 32489364 ou e-mail coep@reitoria.ufmg.br.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2003.

Nome completo

Assinatura