

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
INSTITUTO INTEGRADO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM
ENFERMAGEM**

JOSYENNE ASSIS RODRIGUES

**AÇÕES DE PREVENÇÃO RELACIONADAS A VIOLÊNCIA OCUPACIONAL DOS
TRABALHADORES DA ÁREA DA SAÚDE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE
CAMPO GRANDE/MS**

CAMPO GRANDE, MS

2021

JOSYENNE ASSIS RODRIGUES

AÇÕES DE PREVENÇÃO RELACIONADAS A VIOLÊNCIA OCUPACIONAL DOS
TRABALHADORES DA ÁREA DA SAÚDE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE
CAMPO GRANDE/MS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas de Saúde, Educação e Enfermagem

Grupo de Ensino e Pesquisa Saúde do Trabalhador

Orientador (a): Profa. Dra. Luciana Contrera

CAMPO GRANDE, MS

2021



ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO

Aos vinte e nove dias do mês de junho do ano de dois mil e vinte e um, às catorze horas, por videoconferência, reuniu-se a Banca Examinadora composta pelos membros: Luciana Contrera (UFMS), Ana Paula de Assis Sales (UFMS) e Cibele de Moura Sales (UEMS), sob a presidência do primeiro, para julgar o trabalho da aluna: **JOSYENNE ASSIS RODRIGUES**, CPF 04940374157, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Curso de Mestrado, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, apresentado sob o título "**AÇÕES DE PREVENÇÃO RELACIONADAS A VIOLÊNCIA NO LOCAL DE TRABALHO DOS TRABALHADORES DA ÁREA DE SAÚDE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE**" e orientação de Luciana Contrera. A presidente da Banca Examinadora declarou abertos os trabalhos e agradeceu a presença de todos os Membros. A seguir, concedeu a palavra à aluna que expôs sua Dissertação. Terminada a exposição, os senhores membros da Banca Examinadora iniciaram as arguições. Terminadas as arguições, a presidente da Banca Examinadora fez suas considerações. A seguir, a Banca Examinadora reuniu-se para avaliação, e após, emitiu parecer expresso conforme segue:

EXAMINADORES

Dra. Luciana Contrera (Interno)

Dra. Ana Paula de Assis Sales (Interno)

Dra. Cibele de Moura Sales (Externo)

Dra. Márcia Maria Ribera Lopes Spessoto (Externo) (Suplente)

Dra. Patricia Moita Garcia Kawakame (Interno) (Suplente)

RESULTADO FINAL:

Aprovação Aprovação com revisão Reprovação

OBSERVAÇÕES:

Nada mais havendo a ser tratado, o Presidente declarou a sessão encerrada e agradeceu a todos pela presença.

Ata assinada eletronicamente de acordo com o Ofício Circular nº 1/2020 - CPG/PROPP/UFMS.

Ativar o
Acesse Cor

A



Documento assinado eletronicamente por **Luciana Contrera, Professora do Magistério Superior**, em 29/06/2021, às 16:15, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Paula de Assis Sales, Professora do Magistério Superior**, em 29/06/2021, às 19:59, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Cibele de Moura Sales, Usuário Externo**, em 29/06/2021, às 20:33, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Josyenne Assis Rodrigues, Usuário Externo**, em 30/06/2021, às 15:38, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufms.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2640130** e o código CRC **5DE052B2**.

Ativar o
Acesse Cor

COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Av Costa e Silva, s/nº - Cidade Universitária

Fone:

CEP 79070-900 - Campo Grande - MS

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a Deus, pois sem Ele eu não chegaria até aqui. Ele me capacitou, me ensinou a persistir até o fim, a ter resiliência e a correr atrás dos meus sonhos.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Profa. Dra. Lucina Contrera, orientadora deste trabalho “Ações de prevenção relacionadas a violência ocupacional dos trabalhadores da área da saúde da Rede de Atenção à Saúde de Campo Grande/MS” pelos ensinamentos, encorajamentos, aprendizagem, paciência, oportunidades, confiança, conselhos, carinho, preocupações, por tudo.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Clementina e Joel, pelos ensinamentos, direcionamentos e principalmente pelo carinho e amor que permitiram chegar até aqui.

Ao meu esposo Rafael, pelo companheirismo, lealdade e motivação.

Ao programa de mestrado de enfermagem da UFMS, pelas aulas concedidas, por me ensinar a tornar-se uma pesquisadora.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro na concessão da bolsa, fundamental para a efetivação e conclusão deste estudo.

À Secretaria de Saúde (SESAU) de Campo Grande, Mato Grosso do Sul (MS), campo de coleta de dados, pelo apoio e parceria.

À professora Elenir Rose Jardim Cury pelo apoio referente à análise estatística, que tão prontamente me auxiliou e direcionou essa etapa tão importante do meu trabalho.

A minha colega de Grupo de pesquisa Nátally Quintana Coelho que foi minha parceira no processo de coleta de dados, nossa parceria foi muito satisfatória, quero deixar minha imensa gratidão por todo apoio nesse processo tão importante desse trabalho.

Aos profissionais de saúde que aceitaram a participar desse estudo, que atuam nas unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, muito obrigada.

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEnf), pela oportunidade, cordialidade e excelência.

As minhas três amigas de mestrado Anne Milena, Gleice Kelly e Ana Alice, a parceria delas me ajudou muito no ingresso ao curso de mestrado e também em vários momentos durante a conclusão de mais esse sonho.

Aos meus colegas e amigos do Mestrado, pela parceria e compartilhamento de saberes, de fato uma turma maravilhosa, profissionais excelentes e capacitados.

Aos professores do Mestrado, por todas as aulas ministradas, roda-de-conversa, estágio, ensino e capacitação. Cada aula ofertada foi de grande valia para meu crescimento como pessoa, profissional e principalmente pesquisadora.

À secretaria do Mestrado, por todo apoio e compreensão em relação ao andamento dos nossos estudos, principalmente a parte administrativa.

Por fim agradeço a vida, que mesmo em meio a tempos difíceis que estamos vivenciando nessa Pandemia pelo Covid-19, tenho certeza que essa tempestade irá se acalmar, e que sairemos mais fortalecidos.

RODRIGUES, Josyenne Assis. Ações de prevenção relacionadas a violência ocupacional dos trabalhadores da área da saúde da Rede de Atenção à Saúde de Campo Grande/MS. Campo Grande, MS, 2021. 134f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, 2021.

RESUMO

Prevenir a violência contra trabalhadores da área de saúde é uma questão complexa devido à variação no propósito e desenho das instalações de saúde e as diversas funções desempenhadas pelas inúmeras ocupações de cuidados diretos e indiretos englobados no setor de saúde. O objetivo principal deste estudo foi compreender as ações de prevenção relacionadas à violência no local de trabalho dos trabalhadores da área de saúde da Rede de Atenção à Saúde de Campo Grande/MS. Materiais e métodos: Estudo de natureza quantitativa e qualitativa, com caráter exploratório, analítico de corte transversal, realizado em cinco Distritos Sanitários de Saúde do município de Campo Grande/MS, Brasil, no período de outubro a dezembro de 2020. Participaram do estudo trabalhadores de diferentes áreas, a saber: médicos, enfermeiros, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, dentistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, agentes comunitários de saúde, o pessoal da área administrativa e os psicólogos. A fase quantitativa ocorreu através de um questionário sociodemográfico e profissional e a utilização do questionário semiestruturado sobre a avaliação da violência no trabalho. A fase qualitativa foi através de entrevistas semiestruturadas. A análise dos dados quantitativos foi efetuada com o uso de representação tabular, constando de frequência absoluta e relativa, com o respectivo intervalo de confiança de 95%. Para verificar possíveis associações entre as variáveis de estudo foram utilizados os testes Qui-quadrado, Qui-quadrado de tendência, Teste Exato de Fisher e Regressão de Cox. Foram utilizados os programas estatísticos Epi-info™ 7.2.4 e Bio Estat 5.3. A análise dos dados qualitativos seguiu os preceitos da Análise Temática, para construção e geração da codificação dos dados de forma sistemática, utilizou-se o *Software Atlas.ti*9 versão 9, optou-se pela construção de mapas temáticos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul em 21 de maio de 2020 sob o parecer nº 4.041.407 e CAAE: 28384619.2.0000.0021. Os resultados evidenciaram que em relação à violência no local de trabalho, 76,4% dos profissionais relataram que já sofreram, destes (n=133), 95,5% sofreram de violência verbal, 36,9% violência moral ou psicológica, 19,6% violência física e 12,8% violência por assédio sexual. Houve uma prevalência aproximadamente 6 vezes maior de assédio sexual no sexo feminino. Em relação a violência física, a maioria (96,2%; n=26) ocorreu com o uso de arma (objeto, faca ou revólver), os autores dos incidentes foram principalmente os pacientes (73,1%) e seus familiares (34,7%). As ações de prevenção voltaram-se às medidas de redução da violência (28,8%) para os profissionais (n=174) referentes à saúde do trabalhador, componente educacional, componente comportamental, valorização profissional e sensibilização sobre a violência no trabalho. Na perspectiva dos trabalhadores da saúde a prevenção da violência está diretamente relacionada a aplicabilidade da Política Nacional de Humanização nos serviços de saúde e a implantação da notificação da violência no local de trabalho. Conclui-se com este estudo que as prevenções da violência contra os trabalhadores da saúde no ambiente de trabalho perpassam pela segurança do ambiente, saúde dos trabalhadores, treinamentos para prevenir a violência e a articulação das Redes de Atenção à Saúde.

Palavras-chave: Violência no trabalho. Prevenção. Pessoal de saúde. Saúde do trabalhador.

ABSTRACT

Preventing violence against healthcare workers is a complex issue due to the variation in the purpose and design of healthcare facilities and the diverse functions performed by the numerous direct and indirect care occupations encompassed in the healthcare sector. The main objective of this study was to understand the prevention actions related to violence in the workplace of workers in the health area of the Health Care Network of Campo Grande/MS. Materials and methods: Quantitative and qualitative study, exploratory, analytical, cross-sectional, conducted in five Health Districts in the city of Campo Grande/MS, Brazil, from October to December 2020. Workers participated in the study. from different areas, namely: doctors, nurses, nursing assistants and/or technicians, dentists, speech therapists, social workers, pharmacists, community health agents, administrative staff and psychologists. The quantitative phase took place through a sociodemographic and professional questionnaire and the use of a semi-structured questionnaire on the assessment of violence at work. The qualitative phase was through semi-structured interviews. The analysis of quantitative data was performed using a tabular representation, consisting of absolute and relative frequency, with the respective 95% confidence interval. To verify possible associations between the study variables, the Chi-square test, Chi-square trend test, Fisher's exact test and Cox regression were used. The statistical programs Epi-info™ 7.2.4 and Bio Estat 5.3 were used. The analysis of qualitative data followed the precepts of Thematic Analysis, for the construction and generation of data coding in a systematic way, we used the Atlas.ti9 software version 9, we chose to build thematic maps. The research was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Mato Grosso do Sul on May 21, 2020 under opinion No. 4.041.407 and CAAE: 28384619.2.0000.0021. The results showed that in relation to violence in the workplace, 76,4% of professionals reported that they had already suffered, of these (n=133), 95,5% suffered from verbal violence, 36,9% moral or psychological violence, 19,6% physical violence and 12,8% violence due to sexual harassment. There was an approximately 6 times higher prevalence of sexual harassment among females. Regarding physical violence, the majority (96, 2%; n=26) occurred with the use of a weapon (object, knife or revolver), the authors of the incidents were mainly patients (73, 1%) and their families (34, 7%). Prevention actions focused on measures to reduce violence (28, 8%) for professionals (n=174) related to workers' health, educational component, behavioral component, professional valuation and awareness about violence at work. From the perspective of health workers, violence prevention is directly related to the applicability of the National Humanization Policy in health services and the implementation of notification of violence in the workplace. The conclusion of this study is that prevention of violence against health workers in the workplace involves environmental safety, workers' health, training to prevent violence and the articulation of Health Care Networks.

Keywords: Workplace violence. Prevention. Health Personal. Worker's health

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa temático da análise – assédio moral.....	63
Figura 2 - Mapa temático código principal “Atuação da Instituição”.....	64
Figura 3 - Mapa temático de análise do código principal “Causas da Violência”.....	65
Figura 4 - Mapa temático de análise do código principal “Estratégia frente a violência no trabalho”.....	66
Figura 5 - Mapa temático de análise do código principal “Experiência da Violência”.....	67
Figura 6 - Mapa temático de análise do código principal “Prevenção da Violência”.....	68
Figura 7 - Mapa temático de análise do código principal “Sentimentos após a Violência”.....	68
Quadro 1 - Extração dos dados e codificação do código principal – Assédio Moral.....	61
Quadro 2 - Análise do código principal “Assédio Moral” por código, códigos repetidos e códigos semelhantes ou conexos.....	62
Quadro 3 - Descrição do tema invisibilidade das Instituições de Saúde em relação a violência no local de trabalho contra os profissionais da saúde, segundo códigos e discursos dos entrevistados.....	69
Quadro 4 - Descrição do tema desinformação gera violência, segundo códigos e discursos dos entrevistados.....	69
Quadro 5 - Descrição do tema experiências violentas no trabalho: consequências físicas e emocionais, segundo códigos e discursos dos entrevistados.....	70
Quadro 6 - Descrição do tema “Aplicabilidade da Política Nacional de Humanização do SUS”, segundo códigos e discursos dos entrevistados.....	72
Quadro 7 - Descrição do tema Rede de Atenção à Saúde: referência e contra-referência, segundo códigos e discursos dos entrevistados.....	73

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número e porcentagem de profissionais de saúde segundo dados sociodemográficos, Campo Grande, 2020 (n=174)	44
Tabela 2 – Número e porcentagem de profissionais de saúde segundo dados profissionais, Campo Grande, 2020 (n=174)	45
Tabela 3 – Número e porcentagem de profissionais de saúde segundo dados dos atendimentos nas unidades de saúde, Campo Grande, 2020.....	46
Tabela 4 – Número e porcentagem de profissionais de saúde segundo dados sociodemográficos e a ocorrência de violência, Campo Grande, 2020 (n=174)	47
Tabela 5 – Número e porcentagem de profissionais de saúde segundo dados profissionais e a ocorrência ou não de violência, Campo Grande, 2020 (n=174)	48
Tabela 6 – Número e porcentagem de profissionais de saúde segundo dados dos atendimentos nas unidades de saúde e a ocorrência ou não de violência, Campo Grande, 2020	49
Tabela 7 – Associação entre as variáveis de estudo e a ocorrência ou não de violência, Campo Grande, 2020	50
Tabela 8 – Número e porcentagem de profissionais de saúde segundo dados referentes à violência verbal, Campo Grande, 2020.....	50
Tabela 9 – Número e porcentagem de profissionais de saúde segundo dados referentes às consequências da violência verbal, Campo Grande, 2020.....	51
Tabela 10 – Número e porcentagem de profissionais de saúde segundo dados referentes a se testemunharam incidentes de violência verbal, Campo Grande, 2020.....	52
Tabela 11 – Número e porcentagem de profissionais de saúde segundo dados referentes à violência psicológica ou moral, Campo Grande, 2020 (n=49)	53
Tabela 12 – Número e porcentagem de profissionais de saúde segundo dados referentes à violência física, Campo Grande, 2020.....	53
Tabela 13 – Número e porcentagem de profissionais de saúde segundo dados referentes às consequências da violência física, Campo Grande, 2020.....	54
Tabela 14 – Número e porcentagem de profissionais de saúde segundo dados referentes a se testemunharam incidentes de violência física, Campo Grande, 2020.....	55
Tabela 15 – Número e porcentagem de profissionais de saúde segundo dados referentes ao assédio sexual, Campo Grande, 2020.....	56
Tabela 16 – Número e porcentagem de profissionais de saúde segundo dados referentes às consequências do assédio sexual, Campo Grande, 2020.....	57

Tabela 17 – Número e porcentagem de profissionais de saúde segundo dados referentes a se testemunharam incidentes de assédio sexual, Campo Grande, 2020.....	58
Tabela 18 – Número e porcentagem de profissionais de saúde segundo dados referentes a medidas de prevenção e redução de violência, Campo Grande, 2020.....	59
Tabela 19 – Número e porcentagem de profissionais de saúde segundo dados referentes a medidas de prevenção e redução de violência, Campo Grande, 2020 (n=174)	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
WHO	World Human Organization
OSHA	Occupational Safety and Health Administration
NIOSH	National Institute For Occupational Safety And Health
MS	Ministério da Saúde
Pnrmav	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACE	Agente de Combate às Endemias
AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UBSF	Unidades Básicas de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
CRS	Centros Regionais de Saúde
UPAS	Unidades de Pronto Atendimento
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
Datasus	Departamento de informática do Sistema Único de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
UFMS	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
SESAU	Secretaria de Saúde
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
RH	Recursos Humanos
IC	Intervalo de confiança
CEM	Centro de Atendimento Médico
RAS	Rede de Atenção à Saúde

LISTA DE SÍMBOLOS

®	Marca registrada
™	Marca de serviço
%	Porcentagem
<i>P</i>	Valor de P

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	19
2.1 História da violência.....	19
2.2 Definição da Violência.....	21
2.3 Saúde do Trabalhador.....	23
2.4 Profissionais da saúde no contexto da violência ocupacional.....	25
2.5 Subnotificação da violência.....	30
2.6 Prevenção da violência no local de trabalho dos trabalhadores da saúde.....	31
3 OBJETIVOS.....	35
3.1 Objetivo geral.....	35
3.2 Objetivos específicos.....	35
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	36
4.1 Delineamento do estudo.....	36
4.2 Locais do estudo.....	36
4.3 Participantes do estudo.....	37
4.4 Amostragem.....	37
4.5 Critérios de inclusão.....	38
4.6 Critérios de exclusão.....	38
4.7 Aspectos éticos.....	38
4.8 Período de realização.....	38
4.9 Procedimentos para a coleta de dados quantitativos.....	39
4.9.1 Primeira etapa da coleta de dados quantitativos.....	39
4.9.1.1 Análise estatística da primeira etapa da coleta de dados quantitativos.....	40
4.9.2 Segunda etapa da coleta e análise qualitativa.....	40
5 ANÁLISE TEMÁTICA.....	42
6 RESULTADOS QUANTITATIVOS.....	44
7 RESULTADOS QUALITATIVOS.....	61
8 DISCUSSÃO.....	76
9 CONCLUSÃO.....	97
REFERÊNCIAS.....	99
APÊNDICE.....	111
ANEXOS.....	121

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa se deu a partir de uma discussão sobre a temática “violência” junto a minha orientadora, onde a mesma foi uma das primeiras pesquisadoras a pesquisar o tema violência ocupacional junto a profissionais de enfermagem no país. Após aprofundamento teórico e busca do estado da arte, foi notório a necessidade da pesquisa estar voltada à prevenção da violência que ocorre contra os trabalhadores da saúde e em seu ambiente de trabalho.

O tema apesar de ser antigo, após realização de uma revisão integrativa da literatura, identificou-se que os estudos brasileiros se voltaram mais as questões de causas e consequências da violência, já a questão “prevenção da violência” ainda era escasso em relação aos resultados de pesquisas e necessitava de novos estudos brasileiros nessa temática.

Além disso a atuação do presente pesquisador é na linha de frente na realização da assistência à saúde, no setor de urgência e emergência de um pronto-socorro, e por diversas vezes a violência foi parte de seu trabalho, tanto como vítima quanto testemunha de atos violentos no seu ambiente de trabalho, essas questões fomentaram em pesquisar o tema.

O estudo foi desenvolvido para a defesa da dissertação do Mestrado em Enfermagem em Campo Grande/MS, e no decorrer do trabalho iniciou a Pandemia pelo Covid – 19, foram vários os desafios para a concretização desse estudo, principalmente para a construção dos dados, porém as riquezas das informações foram dialogar sobre a prevenção da violência no local de trabalho contra trabalhadores da saúde em tempos de Pandemia.

Este estudo apresenta dados que contribuirão para a construção de materiais técnicos, protocolos, rodas-de-conversa e fomentação de discussões no meio do trabalho sobre como prevenir a violência. Por isso te convidamos a embarcar nessa leitura!

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde a violência no local de trabalho é considerada “o uso intencional da força, real ou em forma de ameaça, contra outra pessoa ou contra um grupo, em circunstâncias relacionadas com o trabalho que resulte ou possa resultar em lesão, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação” (OMS, 1996. p. 5).

Esse tipo de violência pode ser classificado em violência física (por exemplo, espancamento, chutes, golpes, esfaqueamento, arremesso, empurrão, mordida e beliscão) e violência psicológica (por exemplo, ameaça de força física contra outra pessoa ou grupo que possa resultar em dano ao desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral ou social) (WHO, 2002). Ou qualquer comportamento ou ameaça de dano físico, assédio, intimidação ou outro comportamento disruptivo ameaçador no local de trabalho (OSHA, 2015).

Ela é tipicamente categorizada em quatro tipos com base no relacionamento do autor com o estabelecimento, são eles: o tipo I - envolve atividades criminosas, como por exemplo, o roubo que é cometido por um perpetrador que não tem relação estabelecida com o local de trabalho; o tipo II inclui um perpetrador de cliente que é um cliente no local de trabalho e se torna violento ao ser atendido; o tipo III inclui violência entre trabalhadores e pode envolver funcionários antigos ou atuais do local de trabalho; o tipo IV ocorre quando o agressor tem um relacionamento pessoal com um funcionário, como a violência doméstica que reflete no local de trabalho (NIOSH, 2006).

A violência no local de trabalho contra profissionais da saúde, segundo uma pesquisa realizada nos Estados Unidos, é altamente prevalente, com até 38% dos profissionais enfrentando violência, muitas vezes subnotificados por eles, especialmente os enfermeiros. A violência sofrida na maioria das vezes é perpetrada por pacientes e acompanhantes e/ou familiares durante o cuidado recebido pelos profissionais da saúde (PHILLIPS, 2016).

Segundo Isaak et al. (2017) nos Estados Unidos, Canadá, Bélgica e Austrália mostraram que 26% a 56% dos funcionários das agências hospitalares e comunitárias que atuam diretamente com pacientes e seus familiares foram vítimas de agressão física.

Estudo realizado num hospital em Lisboa (Portugal) identificou que o aumento da violência no trabalho foi determinado pelo acesso irrestrito às áreas de trabalho, ausência de agentes de segurança e policiais (ou falta de suas intervenções ativas). E ainda fatos como ausência da gerência envolvida com a prevenção e a falta de notificação, contribuíram para a não resolução da violência (ANTÃO et al., 2020)

No Rio de Janeiro – RJ, 70,4% dos trabalhadores das Unidades Locais de Saúde foram vítimas de algum tipo de violência, como agressões verbais (65,5%), Bulling (20%), agressões

físicas (7,3%), assédio sexual (3,6%) e por discriminação racial (3,6%). Índices semelhantes foram verificados em Belo Horizonte – MG, com 68,9% de ocorrências contra os médicos (PALACIOS, 2003; MOLINOS et al., 2012).

A violência vivenciada pelos profissionais de saúde pode acarretar na ocorrência de absenteísmo, licenças, rotatividade, ou mesmo a mudança de profissão devido a adoecimentos psíquicos, como depressão, ocorrência de sintomas psicossomáticos, desânimo, além de conflitos no relacionamento entre colegas (LANCMAN et al., 2009). Para as instituições há elevação de custos, dificuldade de contratar e/ou manter os profissionais, possibilidade de destruição de patrimônio e aumento de gastos com a saúde dos trabalhadores (MOLINOS et al., 2012).

Prevenir a violência contra profissionais de saúde é uma questão complexa devido à variação no propósito e desenho das instalações de saúde e as diversas funções desempenhadas pelas inúmeras ocupações de cuidados diretos e indiretos englobados no setor de saúde (HARTLEY et al., 2015).

Em estudo realizado com enfermeiros, concluíram que o fornecimento de conscientização e apoio aos profissionais de saúde usando um programa de prevenção da violência e o treinamento, tende a apoiar um ambiente de trabalho seguro que permita que os profissionais de saúde se concentrem no atendimento ao paciente (STORY et al., 2020).

Mensurar a extensão da violência no ambiente de trabalho é algo muito complexo, uma vez que há uma série de impedimentos. Ao considerar a gravidade destes episódios de violência que atinge uma grande parcela de trabalhadores, é necessário buscar meios de se aliviar estas consequências, no sentido de promover a saúde no trabalho destas pessoas e em uma forma de prevenção destes episódios (CONTRERA-MORENO; MONTEIRO, 2004).

São diversos os estudos nacionais que já caracterizaram o perfil da violência contra os trabalhadores, nos mais diversos campus da saúde. Porém há escassez de estudos que busca investigar as ações de prevenção da violência, visto que, já é um tema bastante debatido nos meios científicos e na população, por isso justificou-se a intencionalidade deste estudo.

Diante disso, o objetivo desse estudo foi compreender as ações de prevenção relacionadas à violência no local de trabalho dos trabalhadores da área da saúde da Rede de Atenção à Saúde de Campo Grande/MS.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 História da violência

A violência é reconhecida por sua complexidade, destaca-se por ações humanas que podem ocasionar a morte de outro ser humano ou afetar a integridade física, moral, mental ou espiritual do indivíduo. Trata-se de uma realidade plural e diferenciada, cujas particularidades precisam ser conhecidas, ou seja, sua pluricausalidade (MINAYO; SOUZA, 1998).

Segundo esses mesmos autores, a violência pode ser explicada através de teorias, a primeira como fenômeno extraclassista e a-histórico, que absolutiza o papel da violência na vida social, referindo que a violência é natural da vida e das relações humanas. Outras teorias têm relação com o fenômeno biológico e psicológico, enfatizando que a violência tem origem psicológica. Há ainda o terceiro grupo das teorias que explica a violência como estratégia de sobrevivência daqueles que são vítimas da desigualdade social, desemprego, baixa remuneração, ou seja, a revolta dos despossuídos.

A violência física e a brutalidade das relações humanas seguem uma trajetória em toda a Europa Ocidental, predominantemente cometido pelo gênero masculino mais jovem. A questão é que historicamente a violência era puramente individual, ou melhor, de honra masculina, partindo para relações sociais e humanas (MUCHEMBLED, 2014).

Para Minayo (2006) como fenômeno sócio-histórico, a violência acompanha toda a experiência da humanidade. Sua presença está registrada em vários documentos da antiguidade e é lembrada no mito de origem contido na narrativa bíblica em forma de disputa fratricida. Os ressentimentos de Caim contra seus pais e a morte de Abel, seu irmão, pensada e perpetrada por ele, evidenciam a convivência da sociedade humana com perenes disputas de poder, com ódios e com a vontade de aniquilar uns aos outros.

A violência é um fenômeno sócio-histórico que acompanha a humanidade desde a antiguidade, ela não é, em si, uma questão de saúde pública. Porém transforma-se em um problema de saúde, pois afeta o indivíduo ou a coletividade, necessitando de prevenção e tratamento, criação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor saúde (BRASIL, 2005, p. 11).

As formas de delinquência organizada no Brasil, classificadas pela OMS na categoria de violência coletiva (e que a população reconhece como a própria violência), presentes nos últimos 25 anos no Brasil, são subprodutos da esfera política: denunciam o fim de uma época desenvolvimentista e a decomposição dos sistemas sociais e dos aparatos formais que consolidaram o estado nacional. Enunciam, também, a exacerbação de novas formas de

sociabilidade, construídas com ingredientes que fazem parte de uma emergente ideologia dominante: a que mescla o consumismo com o hedonismo, o individualismo com o egocêntrico e o imediatismo (MINAYO, 2005).

Historicamente ela se manifestou de forma distinta na história, sendo caracterizada de acordo com os padrões de cada época. Um exemplo foram os valores simbólicos na sociedade, que se destacaram pelos rituais sacrificiais ou religiosos através das vítimas expiatórias sendo conduzidas para sacrifícios (BERNASKI; SOCHODOLAK, 2018).

Minayo et al. (2018) destaca que a emergência do tema na área de conhecimento e de práticas do setor saúde é recente. A violência entrou em pauta no setor saúde no Brasil em 2001, quando o Ministério da Saúde (MS) promulgou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV), 13 anos após a instituição do SUS e cinco anos depois que a OMS colocou essa questão como prioridade para o setor, na Assembleia Mundial de 1996. A violência no trabalho foi um dos principais tipos de violência discutidos em pauta.

Após a promulgação da PNRMAV, foi implementado as notificações dos casos de violência em geral. Em 2003, as ações de enfrentamento das várias expressões de violência começaram a ter um foco maior na vigilância e prevenção de agravos. E no ano de 2004, foi instituída a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e os Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, e em 2006 iniciou-se a notificação compulsória da violência registrada no SINAN (BRASIL, 2001; SILVA et al., 2016; MINAYO et al., 2018).

No ano de 2002, pela primeira vez, a OMS se pronunciou em relação à violência de forma mais contundente do que a que vinha adotando até então, quando apenas classificava os efeitos desse fenômeno ou realizava análises e fazia recomendações esporádicas sobre o assunto.

Em relação a elaboração de um programa de prevenção da violência laboral, em 1993, o Estado da Califórnia (EUA) foi o pioneiro a exigir dos serviços de saúde a implantação desse programa (OSHA, 2015). Somente em 2011 o Estado de Nova Jersey (EUA) promulgou a Lei de Prevenção da Violência em Instituições de Saúde, que passou a exigir o desenvolvimento de programas que incluíssem componentes escritos relacionados a prevenção da violência no trabalho, avaliações de riscos e capacitações sobre o tema, além da implantação de denúncias dos eventos e respostas pós-incidentes (RIDENOUR et al., 2017).

No ano de 2017 a OSHA (EUA) instituiu um novo regulamento aos serviços de saúde em relação a prevenção da violência no trabalho, e os serviços de saúde tiveram que aderir as suas exigências, tais como a implementação de planos escritos com foco na prevenção,

ampliação das notificações dos eventos, capacitações dos profissionais diante do número crescente de casos de violência no trabalho (GOOCH, 2018).

É importante referir que segundo Bordignon et al. (2021) há muitos locais no mundo que não possuem legislações ou até mesmo Políticas Públicas relacionadas a prevenção da violência contra profissionais de saúde, o que demonstra fragilidades na coibição desse tipo de violência. No Brasil, destaca-se a implantação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, que reconheceu um conjunto de eventos relacionados ao trabalho, e inseriu a violência como um componente essencial.

2.2 Definição da Violência

A OMS (2002) definiu a violência como o “uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações”.

Em 2002, a OMS classificou esse tipo de violência em dois tipos: violência física (por exemplo, espancamento, chutes, golpes, esfaqueamento, arremesso, empurrão, mordedura e beliscão) e violência psicológica (por exemplo, ameaça de força física contra outra pessoa ou grupo que possa resultar em dano ao desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral ou social) (WHO, 2002).

Segundo a OSHA (2016) a violência no local de trabalho é qualquer comportamento ou ameaça de dano físico, assédio, intimidação ou outro comportamento disruptivo ameaçador no local de trabalho.

De fato, a violência é um problema social, cultural, político, econômico e de saúde, ela sempre fez parte da humanidade, e reflete com impacto negativo em nossa sociedade no mundo todo. Estima-se que a violência seja uma das principais causas de morte de pessoas entre 15 e 44 anos em todo o mundo (DAHLBERG; KRUG, 2007). Esse fenômeno predominante traz despesas anuais com cuidados na saúde e prejuízos econômicos em termos de dias não trabalhados, imposição e cumprimento da lei e investimentos perdidos.

Segundo os dados oficiais do Sistema de Informações sobre Mortalidade, do Ministério da Saúde (SIM/MS), em 2017 houve 65.602 homicídios no Brasil, o que equivale a uma taxa de aproximadamente 31,6 mortes para cada cem mil habitantes (ATLAS DA VIOLÊNCIA, 2019).

A violência é uma questão social e, portanto, não é objeto próprio de nenhum setor específico. Segundo Minayo (2006), ela se torna um tema mais ligado à saúde por estar

associada à qualidade de vida; pelas lesões físicas, psíquicas e morais que acarreta e pelas exigências de atenção e cuidados dos serviços médico-hospitalares e também, pela concepção ampliada do conceito de saúde. Segundo a OMS, saúde seria o completo bem-estar físico, mental, social e espiritual dos indivíduos.

A definição básica de violência pautada na Psicologia, de acordo com Anderson e Bushman (2002), diz que toda violência é uma agressão, no entanto, muitos casos de agressão não são violentos. A violência ainda pode causar um dano extremo, como, por exemplo, um assassinato. Já a agressão humana abarca qualquer comportamento direcionado a outro indivíduo com o intuito de causar-lhe dano. Por outro lado, esse indivíduo é motivado para evitar o comportamento agressivo recebido.

Adotando uma perspectiva crítica, Berlingieri (2015) defende uma definição expandida sobre violência no âmbito do trabalho, relacionando-a a uma forma processual que abarca não apenas atos físicos, mas, de igual forma, aspectos emocionais, psicológicos, econômicos e sociais.

As fontes de violência no âmbito do trabalho podem ser a gestão perversa, com as políticas de enxugamento, precarização das condições de trabalho, clima de ameaça e desemprego, aumento da produtividade a qualquer custo, incremento de ideologias totalitárias e uso da dominação simbólica (MARTINS; MORAES; LIMA, 2010).

Rodrigues e Altonen (2013) acrescentam que a vítima tem dificuldade de se defender em função de, pelo menos, três razões: (a) posição hierárquica, envolvendo um descompasso de poder percebido ou real; (b) em detrimento de uma questão física e/ou psicológica; ou (c) por variáveis econômicas. Dessa forma, a saída imprescindível é considerar de maneira profunda o contexto que envolve o mal-estar no trabalho, a fim de não enxergar o problema apenas de maneira dual (agressor e vítima), negligenciando as responsabilidades organizacionais e não observando o impacto social da questão.

Segundo Dal Pai et al., (2015) as consequências negativas da violência sobre a saúde dos trabalhadores e sobre a assistência prestada têm sido evidenciadas por meio de sintomas de estresse, baixa autoestima e desmotivação das vítimas. Esses sintomas, que já foram relacionados à exposição de trabalhadores à violência, são característicos do Burnout, uma síndrome prevalente em trabalhadores da saúde e caracterizada por altos níveis de exaustão emocional e despersonalização, com baixa realização profissional.

Nesse mesmo estudo, além dos sintomas de Burnout e de transtornos psíquicos menores encontrados, os malefícios da violência se revelaram atrelados às intercorrências típicas do trabalho, como acidentes e o absenteísmo, refletindo a complexidade de elementos implicados

no sofrimento e no adoecimento dos trabalhadores. A exposição à violência se mostrou de forma negativa sobre a satisfação e o reconhecimento do trabalhador.

Por fim, cada trabalhador é único e vivencia o incidente de maneiras diferentes, considerando sua história de vida, habilidades de manejar situações difíceis e resiliência. Ser acometido pela violência no local de trabalho pode resultar em consequências para um trabalhador, mas que não ocorrem ou ocorrem em intensidade diferente em outro trabalhador, não sendo, portanto, uma regra. O fato é que a violência sofrida pelos profissionais de saúde no exercício da função tem o potencial de gerar consequências, muitas das quais graves, que repercutem na saúde e vida do trabalhador, assim como na sua relação com o trabalho e instituição de saúde, e podem ser estendidas à sociedade (BORDIGNON; MONTEIRO, 2016).

2.3 Saúde do Trabalhador

Segundo Brasil (2018) trabalho é um dos determinantes de saúde e bem-estar, como também de doenças e agravos ao trabalhador e sua família. Ele pode ter um efeito protetor e promotor de saúde, todavia pode também causar mal-estar, sofrimento, adoecimento e morte dos (a) trabalhadores, aprofundar iniquidades e a vulnerabilidade das pessoas e das comunidades e produzir a degradação do ambiente.

A saúde do trabalhador no Brasil é prevista por lei desde a Constituição Federal (1988), no art. 200 – Ao Sistema Único de Saúde compete nos termos de lei, nos incisos II e VIII, o primeiro é executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; o segundo será de colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Segundo a Lei Orgânica da Saúde 8.080 (1990) em seu art. 6º estão incluídos o campo de atuação do SUS, dentre elas destaca-se a execução de ações de saúde do trabalhador. Essa mesma lei no inciso 3º traz a definição, como:

Conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (Lei 8.080 Art. 6º § 3º).

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) tem por finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados nas três esferas de gestão do SUS – federal, estadual e municipal, para o desenvolvimento das ações de atenção integral à Saúde do Trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

Um de seus objetivos é ampliar o entendimento de que a Saúde do Trabalhador deve ser concebida como uma ação transversal, devendo a relação saúde-trabalho ser identificada em todos os pontos e instâncias da rede de atenção (BRASIL, 2012).

As ações da PNSTT são desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica, e um dos pilares dessa política está nas notificações dos agravos relacionados ao trabalho no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e no Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), emissão de relatórios e atestados médicos, incluindo o laudo de exame médico da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), nos casos pertinentes (BRASIL, 2018).

Sobre os acidentes de trabalho, esses mesmos autores consideram as agressões ou violências sofridas no ambiente de trabalho, com a necessidade da realização de um CAT e notificação no SINAN.

Há também o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) criado a partir da Portaria Ministerial 1.679/2002, juntamente com as áreas técnicas de Saúde do Trabalhador, nos âmbitos estaduais e municipais, têm o papel de prover retaguarda técnica especializada em saúde do trabalhador para o conjunto de ações e serviços da rede Sistema Único de Saúde (SUS). No Brasil são 210 polos CEREST espalhados nas unidades federativas, no Estado de Mato Grosso do Sul existem 4 polos (BRASIL, 2012).

Segundo Brasil (2018) no território brasileiro as atividades produtivas são identificadas de diversas formas e contextos. Da incorporação tecnológica e formas de gestão com graus distintos em sua conformação, ou seja, são diferentes formas de organização dos processos produtivos, do trabalho manual, artesanal à produção por robôs. Desde o trabalho formal, com carteira assinada e outros contratos por meio de cooperativas e associações e arranjos informais. E ainda em alguns contextos, o trabalho ilegal como trabalho escravo e infantil. Todos estes aspectos devem ser considerados na avaliação dos impactos sobre a saúde e a qualidade de vida dos (as) trabalhadores (as) e suas famílias.

O trabalho é um dos determinantes da saúde e do bem-estar do (a) trabalhador (a) e de sua família. Além de gerar renda, que viabiliza as condições materiais de vida, tem uma dimensão humanizadora e permite a inclusão social de quem trabalha, favorecendo a formação de redes sociais de apoio, importantes para a saúde.

As transformações nas práticas de cuidado à saúde da população ensejam a exposição de trabalhadores (as) a fatores de risco ou perigos para a saúde bem conhecidos, entre eles os agentes químicos e físicos e os riscos biológicos. Mas ganha destaque crescente os riscos

psicossociais entre eles a violência, refletindo-se no perfil de acidentes e de adoecimento relacionado ao trabalho (ASSUNÇÃO; TAVARES; SERRA, 2012).

Outro grupo de acidentes de importância crescente são as diversas formas de violência no trabalho, que se expressam desde agressões verbais, assédio moral, assédio sexual, agressões físicas, suicídios e homicídios. Essas violências atingem inúmeras categorias profissionais, sendo os grupos mais expostos os policiais civis e militares, guardas de trânsito, guardas penitenciários, vigilantes; profissionais da Educação e da Saúde, entre outros (BRASIL, 2018).

A violência também desempenha papel importante na ocorrência de transtornos mentais. Situações de agressões no trabalho decorrentes da violência urbana (assaltos) podem contribuir para o surgimento de transtornos ansiosos, com destaque para o estado de estresse pós-traumático, envolvendo diversas categorias, entre eles bancários (as), comerciários (as), taxistas, motoristas de transporte de carga ou de valores, vigilantes e trabalhadores (as) de saúde.

Por isso a necessidade de gerar discussões sobre a saúde do trabalhador e trabalhadora no que tange a prevenção da violência sofrida no ambiente de trabalho, essa relação está diretamente relacionada a implantação da PNSTT nos serviços de saúde.

2.4 Profissionais da saúde no contexto da violência ocupacional

Considerando as particularidades de cada trabalhador da saúde que fará parte desse estudo, segundo Brasil (2017) na última atualização da Política Nacional da Atenção Básica, existem dois tipos de equipe de saúde que compõem as unidades básicas de saúde ou estratégia saúde da família, são elas: - equipe saúde da família, composta no mínimo por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agentes comunitários da saúde (ACS), podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal; - equipe da atenção básica, compostas por médicos, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, ACS e ACE.

As principais atribuições dos trabalhadores de saúde, acima citados. Em suma, o enfermeiro deve principalmente realizar consulta de enfermagem e supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS; o técnico/auxiliar de enfermagem necessita realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro (BRASIL, 2017).

Sabe-se que a enfermagem atua desde a promoção à saúde até a linha de frente hospitalar e nos vários níveis de atenção. É possível estimar a importância nacional e internacional da enfermagem nos cenários da saúde e o seu impacto na minimização da doença no mundo e no Brasil. O profissional enfermeiro tem papel fundamental na assistência ao paciente e coordenação das práticas do cuidado, tendo a possibilidade de operar, de forma criativa e autônoma, nos diferentes níveis de atenção à saúde, seja através da educação em saúde, seja na promoção ou na reabilitação da saúde dos indivíduos (OLIVEIRA et al., 2021).

Já o profissional médico deve realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em equipe no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros); em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas. OS ACS devem identificar os problemas de saúde nos territórios e planejar de estratégias de intervenção clínica e sanitárias mais efetivas e eficazes, ou seja, suas ações devem ser integradas (BRASIL, 2017).

É importante destacar que esses profissionais atuam na Atenção Primária à Saúde, que por sua vez é ordenadora da rede de atenção e sua ação é operacionalizada por uma equipe multiprofissional nas Unidades Básicas de Saúde que são responsáveis pelo acompanhamento de número definido de famílias localizadas em área geográfica delimitada. O cirurgião-dentista foi inserido nas unidades de Estratégia Saúde da Família através das equipes de saúde bucal, suas ações são principalmente voltadas para a promoção à saúde e se volta para o planejamento de políticas públicas saudáveis e o desenvolvimento de ações de vigilância da saúde da coletividade (REIS; SCHERER; CARCERERI, 2015).

O profissional fonoaudiólogo integra a equipe de Núcleos de Apoio à Saúde da Família que tem a função de ampliar a abrangência e resolutividade da Atenção Primária à Saúde. Sua atuação está diretamente envolvida na promoção, proteção e recuperação da saúde, através do diagnóstico de problemas de saúde e realização de atividades em diversos cenários de saúde (LIPAY; ALMEIDA, 2007).

Além disso, o profissional assistente social atua diretamente no reconhecimento dos fatores condicionantes e determinantes e da saúde da população, tais como o trabalho, renda, alimentação, moradia, educação, saneamento básico, acesso aos bens e serviços essenciais, como expressões da questão social (PACHECO; AZZOLIN, 2018).

Já o profissional farmacêutico realiza a assistência farmacêutica através de componentes de natureza técnica, científica, inovação tecnológica e operativa, tendo o objeto de promover a relação com o usuário, organizada de acordo com a complexidade, as necessidades da população e as necessidades dos serviços de saúde (BRASIL, 2012).

No estudo realizado na região Sul do Brasil com profissionais da equipe de saúde, verificou-se maior prevalência da categoria de auxiliar/técnico de enfermagem entre as vítimas da violência, bem como predominaram trabalhadores de menor escolaridade entre as vítimas, enfatizando a maior exposição dos profissionais de enfermagem com nível médio neste estudo, tais como aqueles que atuam na área administrativa (PAI et al., 2015).

Segundo Tuya-Figueroa et al. (2016) a violência no trabalho ocorre em países desenvolvidos e em desenvolvimento, e destacam que apesar da violência física ser mais facilmente identificada, a violência psicológica tem ganhado destaque e predominância. Além disso, o setor saúde tem sido um dos mais afetados por esse agravo e como consequência a qualidade da assistência e a relação com o paciente é prejudicada, refletindo na diminuição da satisfação profissional e abandono da profissão.

Esses mesmos autores apontam em seu estudo que a violência está associada à insatisfação do usuário em relação ao serviço de saúde prestado pelos profissionais da área da saúde, e destacam que o usuário tende a agir com violência como forma de protesto e demanda por um melhor atendimento.

Cordenuzzi et al. (2017) acrescentam que muitas vezes na rotina dos trabalhadores da saúde, a violência laboral é tolerada devido a condição de saúde do paciente que se encontra fragilizada no seu aspecto biopsicossocial, ou seja, o ônus da doença pode refletir negativamente no comportamento do paciente para com a equipe de saúde. Por isso identificaram estratégias para a minimização da violência nesse contexto, tais como dar oportunidade de fala e escuta ao trabalhador, como também gerenciar as situações de conflitos.

No estudo realizado na Atenção Básica (AB) no Rio de Janeiro destacaram que os ACS e a equipe de enfermagem são os profissionais mais suscetíveis a serem vítimas da violência no ambiente de trabalho, cabendo considerar características da profissão, como o tipo de trabalho realizado, a proximidade com os usuários e com o território (FLORIDO et al., 2020).

A violência no local de trabalho é um fenômeno que afeta os enfermeiros em todo o mundo, esses incidentes ocorrem com mais frequência em departamentos de emergência, setores da psiquiatria e lares de idosos. Dentre os diversos profissionais que sofrem violência laboral, destacam-se os profissionais da enfermagem com taxas mais elevadas, devido o contato frequente com o paciente e seus familiares. As agressões físicas e verbais são os principais tipos de incidentes vivenciados por esses profissionais (EDWARD, 2014; PHILLIPS, 2016).

Diversos estudos apontam que muitos profissionais da enfermagem consideram a violência como parte do trabalho, ou seja, uma cultura de aceitação da violência (CHILD; MENTES, 2010; WOLF; DELAO; PERHATS, 2014).

A Atenção Básica:

Fortaleceu-se como política nacional a partir da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 96 (NOB 96), que estabeleceu transferências per capita para a AB e incentivos específicos para a implantação nos municípios dos Programas de Saúde da Família e de agentes comunitários conforme (MENDONÇA et al., 2018, p. 30).

Em 2017 houve uma revisão nas diretrizes da Atenção Primária à Saúde (APS) do SUS, através da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), e apontou que a APS:

É o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017, p. 20).

Essa portaria prevê a APS como principal porta de entrada e centro de comunicação da rede de atenção à saúde, ela ordena e coordena o cuidado em saúde e os serviços disponíveis na rede. A PNAB tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) a estratégia prioritária para expansão e consolidação da APS, apoiando nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, bem como, nas diretrizes de regionalização e hierarquização, territorialização e adstrição, considerando-se as necessidades da população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade por meio de uma clínica capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, longitudinalidade e coordenação do cuidado, ordenação das redes e participação da comunidade (BRASIL, 2017).

As equipes da ESF são multiprofissionais e objetivam favorecer a reorientação do processo de trabalho, ampliando a resolutividade, com impacto na saúde das pessoas e da coletividade, a fim de propiciar a relação custo-efetividade. Devem ser compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem, ACS, cirurgião-dentista e auxiliares ou técnicos de saúde bucal. Há obrigatoriedade de carga horária de 40 horas semanais para todos os membros da equipe. Dessa forma, os profissionais da ESF deverão estar vinculados a apenas uma equipe de Saúde da Família, que no município do Rio de Janeiro atua nas Clínicas da Família (BRASIL, 2017).

A implantação da ESF privilegiou áreas de maior risco e vulnerabilidade social, prestando serviços de saúde a grupos populacionais em situação de pobreza e de extrema pobreza em consonância com o princípio de equidade. As unidades de saúde foram inseridas em um cenário de prevalência de desigualdades sociais e violência, onde existe o uso de armas brancas e de fogo, o consumo e mercado de entorpecentes e homicídios. Muitos profissionais

de saúde atuantes na ESF desempenham as suas atividades laborativas em áreas de conflito armado, sendo expostos aos mais variados tipos de violência, o que afeta direta ou indiretamente a integridade física e mental dos profissionais (FLORIDO et al., 2020).

Estes mesmos autores referem que na ESF, a violência no trabalho também pode ser relacionada às múltiplas categorias profissionais existentes e aos diferentes níveis de formação educacional, que contribuem para situações de assédio moral, muitas vezes imperceptíveis em um primeiro momento.

No estudo de Florido et al. (2020) realizado na cidade do Rio de Janeiro-RJ, ao investigarem a situação da violência no dia-a-dia dos profissionais da ESF encontraram que atuar num cenário social violento é complexo e requer maior atenção, no sentido de prevenir atos violentos interpessoal, intrafamiliar e a violência da comunidade. Os profissionais da saúde que sofreram violência durante a jornada de trabalho tiveram diminuição no seu desempenho e satisfação, afetando negativamente na sua saúde física e mental.

Outro estudo realizado na Espanha destacou que a APS concentra o maior número de casos de violência no trabalho (53,9% dos casos), em que a cada 10 casos de agressão sete foram causados por usuários (ONAM, 2018).

A violência laboral também é exercida pelos próprios pares, ou seja, os profissionais de saúde que ocupam cargos semelhantes ou superiores hierarquicamente. Comportamentos agressivos passam a ser interpretada como expressões de descontentamento e indiferença diante da situação precária vivenciada, que pode ser considerada uma negligência às condições essenciais de dignidade do trabalhador como representante do sistema de saúde diante da população (FLORIDO et al., 2020).

Agressão e violência contra trabalhadores da saúde constituem um problema global de saúde pública, onde os profissionais de saúde são mais vulneráveis. No estudo realizado na China, constataram que o horário de trabalho (turno ou não), tempo de trabalho e título profissional também influenciaram as chances de exposição à violência. E concluíram que os profissionais de saúde dos hospitais de nível secundário eram mais vulneráveis a violência no local de trabalho do que aqueles em hospitais de nível primário e terciário (TIAN et al., 2020).

Assim, profissionais que atuam no sistema público de saúde possuem maior risco de exposição à violência entre os pares, o que pode ser relacionado à estabilidade empregatícia do servidor, possibilitando a situação de violência sem o risco de perda do emprego. As agressões são interpretadas pelos profissionais como resposta aos valores organizacionais que cultuam a virilidade como valor e conseqüentemente negam a fraqueza e o medo diante da precarização das condições de trabalho e das relações nele estabelecidas (FLORIDO et al., 2020).

No contexto da APS a violência no trabalho tem sido relacionada aos aspectos que permeiam as condições laborais, como ambientes com iluminação precária, excesso de ruídos, falta de materiais e estrutura física danificada; e organização do trabalho, como trabalhar sozinho, alta circulação de pessoas não identificadas, número insuficiente de trabalhadores na saúde, ausência de treinamentos específicos para lidar com a violência (OSHA, 2015).

A OMS corrobora que para obtermos ambientes de trabalho saudáveis é necessário organização e melhorias nas condições de trabalho, sendo a primeira referente às atitudes, valores, crenças e práticas cotidianas; e a segunda à estrutura física, materiais, produtos, substâncias químicas e processos de produção no local de trabalho (OMS, 2010).

Assim, as agressões cotidianas nas unidades básicas de saúde (UBS) advindas de usuários e colegas de serviço devido à carência de estrutura e recursos humanos, como também a falta de resolutividade no atendimento, podem representar fatores que desencadeiam ameaças e ofensas no ambiente laboral. Ainda, atrelado a isso existe também a violência urbana como forma de agressão no trabalho em UBS, o que permite dizer que os profissionais estão triplamente expostos à violência considerando as ameaças e o medo vivenciados na atuação junto às comunidades muitas vezes mais perigosas (STURBELLE et al., 2019).

No estudo de Llor-Esteban et al. (2017) realizado no sudeste da Espanha destacou maior prevalência da violência em unidades de emergência e psiquiatria, onde as expressões não-físicas foram predominantemente maiores nos setores emergenciais e as expressões físicas foram maiores na psiquiatria.

Nesse estudo concluíram que os fatores mais frequentemente associados ao comportamento violento em enfermarias de psiquiatria são homens, jovens, admissão involuntária, diagnóstico de esquizofrenia e abuso de substâncias, entre outros. Em relação às unidades de emergência, indicaram que o comportamento hostil mais relatado é a raiva pela demora no atendimento, seguida de raiva pela falta de informação, tais ações foram suficientes para a ocorrência da violência laboral. Verificou-se também que os profissionais mais jovens sofrem mais violência não física, assim como os profissionais menos experientes.

Um estudo de Magnavita e Heponiemi (2012) constatou que a equipe de Psiquiatria e Emergência corria o maior risco de agressão física, principalmente o trabalhador de Serviços de Saúde Mental, cuja taxa de risco era 22 vezes maior do que os demais serviços.

2.5 Subnotificação da violência

As principais barreiras que colaboraram para o fenômeno de subnotificação de incidentes de violência no local de trabalho incluíram o medo de retaliação por parte de seus

empregadores e pouco apoio da administração (GACKI-SMITH et al., 2009). Segundo Kvas e Seljak (2014) ao realizarem um estudo sobre a questão da subnotificação de incidentes de violência no local de trabalho usando um método de pesquisa para obter as respostas de 692 enfermeiros que trabalham em hospitais na Eslovênia. Seus resultados apontaram que o medo dos enfermeiros de perder o emprego e a crença de que relatar esses incidentes não mudaria nenhuma prática atual contra a violência no local de trabalho.

Os episódios de violência no local de trabalho de todas as categorias são bastante subnotificados. A subnotificação é devida, em parte, à uma cultura de assistência à saúde que é resistente à crença de que os prestadores de serviços correm risco de violência iniciada pelo paciente e a uma complacência em pensar que a violência é “parte do trabalho” (PHILIPS, 2016).

2.6 Prevenção da violência no local de trabalho dos trabalhadores da saúde

Reduzir a prevalência da violência no local de trabalho requer medidas preventivas individuais, coletivas, institucionais e até mesmo sociais. Os profissionais de saúde são os mais expostos à violência laboral, por isso precisam estar capacitados para lidar com esse cenário hostil.

A maioria dos estudos analisados pontuou a garantia de segurança através dos alarmes fixos e acessíveis, agente de segurança, botões de pânico, câmeras de vigilância, sistema de alarme, sinalização dentro do hospital, boa iluminação e visibilidade.

Os alarmes de coação reduziram a incidência da violência laboral e aumentou as percepções de segurança da equipe (MORPHET et al., 2018). Num estudo realizado no setor de emergência demonstrou que a presença visível de um agente de segurança no local de trabalho, tornava o local mais seguro, melhorando assim a percepção de segurança pelos profissionais (PARTRIDGE, 2017).

Ainda no quesito segurança, as pesquisas que compuseram essa revisão apontaram para a necessidade de melhor gerenciamento das entradas nos estabelecimentos de saúde, assim como as estratégias táticas usadas pelos participantes para impedir a violência, tais como: habilidades de autodefesa, treinamento de segurança e aulas de tiro ativo.

Consequente a inserção de protocolos de segurança com a finalidade de incorporar um programa escrito de prevenção da violência no local de trabalho em iniciativas de segurança e saúde organizacional. Os resultados apontados no estudo realizado nos EUA corroboram que além dos treinamentos voltados às técnicas de descalcificação ou autodefesa, outras abordagens precisam ser inseridas no combate a violência laboral, e incluem alterações na infraestrutura

(por exemplo, detectores de metal, sistemas de alarme, câmeras de segurança e pessoal) e também aplicação mais rigorosa de políticas (por exemplo, tolerância zero) (PHILLIPS, 2016).

No Brasil, as notificações das violências integram uma das dimensões contidas nas linhas de cuidado para atenção integral à saúde das pessoas, têm caráter compulsório no âmbito da saúde, com objetivo de conhecer a gravidade e a magnitude dos casos e subsidiar políticas públicas para a sua prevenção e para a atenção e a promoção da saúde (BRASIL, 2017).

O Ministério da Saúde brasileiro incorporou a notificação como estratégia central para reconhecer, combater e prevenir a violência e para a articulação de políticas de saúde, destacando que “a notificação é um elemento-chave na atenção integral às pessoas, retirando os casos de violência da invisibilidade, prevenindo a violência de repetição e permitindo que a rede de proteção e de garantia de direitos seja acionada e se articule” (BRASIL, 2017. p. 9). Os casos de violência, como por exemplo, as violências físicas são de notificações compulsórias por meio da ficha de violência interpessoal/autoprovocada, cujos dados são lançados no SINAN (GARBIN et al., 2015).

A ocorrência da subnotificação da violência está condicionalmente relacionada à cultura organizacional dos serviços de saúde que atrela a violência como parte do trabalho. Por isso as políticas organizacionais e procedimentos de notificação precisam estar disponíveis (HECKEMANN et al., 2020).

Os números de casos de notificação compulsória dos agravos relacionados ao trabalho estão longe de se aproximarem do mundo real vivido pela classe trabalhadora. Por isso destacamos que a notificação é uma ferramenta fundamental na prevenção da violência, pois ela faz um diagnóstico real da violência e fornece os dados para que o problema seja levantado e solucionado (PINTOR; GARBIN, 2019).

O treinamento para os profissionais da saúde é um componente importante na prevenção bem-sucedida da violência no local de trabalho. Os estudos em análise revelaram que tais treinamentos podem ser através de aulas de gerenciamento comportamental realizadas anualmente, ou cursos em sala de aula, através de simulação audiovisual e exercícios práticos, com a utilização de vídeo didático, treinamento em "técnicas de redução de escala verbal", educação em Net Learning. Tais componentes têm a finalidade na formação dos trabalhadores para evitar a violência.

Desta forma é evidente que a educação é um fator que pode contribuir para se obter melhores resultados no atendimento ao paciente. Fatores associados à violência contra profissionais de saúde, tais como, longos tempos de espera e falta de treinamento da equipe

foram relatados como mais frequentes. Por isso, a importância dos cursos educacionais e instrucionais sobre como lidar com essas situações (Ball et al., 2018).

Em uma revisão sistemática analisando nove estudos sobre o impacto do treinamento em prevenção da violência no local de trabalho entre a equipe de enfermagem, todos os estudos relataram aumento da confiança e melhoria da atitude, habilidades e conhecimentos após o recebimento do treinamento (HECKEMANN et al., 2015).

No estudo experimental com 400 enfermeiros realizado num hospital terciário na cidade de Taipei (Taiwan), identificaram que após o curso de ensino de simulação clínica, a consciência da violência no local de trabalho, bem como as atitudes relacionadas e a autoconfiança, foram maiores no grupo experimental do que no grupo controle. Demonstrando que o treinamento em simulação clínica de violência no local de trabalho melhorou a conscientização, atitudes e autoconfiança dos enfermeiros clínicos em relação à violência no local de trabalho (MING et al., 2019).

É ainda essencial identificar a necessidade de maior consistência na oferta de educação entre e dentro dos serviços de saúde, maior acesso ao treinamento e conteúdo específico, incluindo treinamento de resiliência e treinamento de redução de escala (MORPHET et al., 2018).

Num estudo Iraniano, encontrou que os profissionais utilizavam como estratégia frente à violência, a tolerância, com medo de agrava-la, ou seja, não responder a um ataque físico ou verbal. E corroboram que o gerenciamento situacional com foco no paciente foi a estratégia predominante para o gerenciamento da violência no local de trabalho (DADASHZADEH et al., 2019). Em outro estudo enfatizaram sobre a importância de informações e comunicações compartilhadas entre polícia, serviços de ambulância e prestadores de serviços de saúde, tais medidas diminuíram a violência no trabalho (MORPHET et al., 2018).

Nenhuma incidência de violência deve passar despercebida ou subnotificada. No entanto, a maioria das incidências de violência é negligenciada, o que resulta em insatisfação dos trabalhadores em longo prazo (MORPHET et al., 2018).

O estudo realizado na Austrália com gestores da saúde apontou que a inserção da legislação foi utilizada para orientar a avaliação de riscos, projetar novas instalações e informar o desenvolvimento do programa da prevenção da violência no local de trabalho. Esta constatação apoia o desenvolvimento e a disponibilidade de diretrizes internacionais e outras diretrizes específicas de cada país (MORPHET et al., 2019).

No nível macro, intervenções no nível comunitário e político, bem como o envolvimento de associações profissionais, são importantes para estabelecer os quadros legais que protegem

e definem os cuidados de saúde direitos dos profissionais (HECKEMANN et al., 2015). Já as estratégias recomendadas no nível micro incluem ter um funcionário capacitado na política que contém uma declaração clara contra agressão nos locais de trabalho. Todo hospital deve se reunir um comitê interprofissional para estabelecer e atualizar políticas garantir saúde e segurança para funcionários e pacientes (MORPHET et al., 2019).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Compreender as ações de prevenção relacionadas à violência no local de trabalho dos trabalhadores da área da saúde da Rede de Atenção à Saúde de Campo Grande/MS.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico dos trabalhadores da área da saúde Unidades básicas de Saúde (UBS), Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), Centros Regionais de Saúde (CRS), Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Campo Grande – MS.
- Caracterizar as situações de violência contra trabalhadores da área da saúde quanto ao: tipo de agressão, agressor, local de ocorrência, consequências e notificação.
- Identificar as principais medidas preventivas de combate à violência no local de trabalho.
- Compreender ações prevenção da violência no local de trabalho na visão trabalhadores da área da saúde.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa e qualitativa. A abordagem quantitativa teve caráter exploratório, analítico e de corte transversal. A pesquisa exploratória tem o objetivo de saber a forma, como determinado fato ou fenômeno manifesta-se, os fatores que nele interfere e como as variáveis se interrelacionam (POLIT; BECK, 2019).

A abordagem qualitativa tem o foco em compreender e aprofundar o conhecimento sobre os fenômenos, a partir da percepção dos participantes perante seu contexto natural e relacional da realidade que o rodeia, de modo a considerar suas experiências, significados e opiniões, exprimindo assim suas subjetividades (MINAYO, 2014).

4.2 Locais do estudo

O estudo foi realizado em sete Distritos Sanitários de Saúde do município de Campo Grande/MS, Brasil. Esses Distritos Sanitários são divididos nas respectivas regiões urbanas do município, a saber: Bandeira, Imbirussu, Região do Prosa, Anhanduizinho, Central, Região da Lagoa e Região do Segredo.

Nos Distritos Sanitários de Saúde a pesquisa foi conduzida em dois Centros Regionais de Saúde (CRS), três Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e as 28 unidades restantes, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) das cinco Regiões de Saúde do município, totalizando 36 estabelecimentos de saúde.

O município de Campo Grande, segundo o IBGE (2010) possui 786.797 mil habitantes, sua área é 8.092,95 km² com uma Taxa de Urbanização 98,66%. Segundo o DATASUS no ano de 2019 foram registrados 10.866 casos de violências doméstica, sexual e/ou outras violências no estado de Mato Grosso do Sul, e 4.511 casos em Campo Grande – MS, desses 1.008 casos de violência física, 101 casos de violência psicológica e/ou moral, 244 casos de violência sexual e 1.567 casos de outro tipo de violência. Outro dado importante é que apenas 5 casos foram notificados como sendo a violência perpetrada por um chefe e/ou patrão (DATASUS, 2019).

Nesse cenário instituem a Atenção Básica (AB) que constitui uma das principais ferramentas de atenção à saúde em conformidade com os preceitos do SUS e, através de sua expansão é possível qualificar e consolidar a AB, possibilitando a ampliação a resolutividade dos problemas que impacta diretamente na situação de saúde das pessoas e coletividade (BRASIL, 2017).

Segundo dados extraídos do SCNES, em agosto de 2017, a atenção básica do município de Campo Grande conta com 24 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 42 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF).

Atrelado a isso, está o CAPS que é um ponto de atenção constituído por uma equipe multiprofissional, a qual atua sob a ótica multidisciplinar e realiza, prioritariamente, o acompanhamento de pessoas com sofrimento ou transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, ou outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida (BRASIL, 2011).

Os UPA, principal componente fixo de urgência pré-hospitalar, são unidades intermediárias entre a Atenção Primária e as emergências hospitalares, onde em conjunto com estas compõe uma rede organizada de Atenção às Urgências. Já os CRS são unidades abertas à demanda espontânea, mas dispendo predominantemente de estrutura e equipamentos para atendimento de baixa complexidade. Representam uma das alternativas anteriores à UPA (BRASIL, 2011b; TANAKA et al., 2015).

4.3 Participantes do estudo

Participaram do estudo trabalhadores da área da saúde que exercem atividades laborais em um dos cinco cenários da Rede de Atenção à Saúde, tais como UBS, UBSF, CAPS, CRS e UPA, a saber: médicos, enfermeiros, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, dentistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, agentes comunitários de saúde e o pessoal da área administrativa. Como também aqueles que atuam especificamente na Rede de Atenção Psicossocial, que são os psicólogos.

4.4 Amostragem

O cálculo amostral foi realizado mediante os seguintes parâmetros: população de 4039 trabalhadores da área da saúde, prevalência de violência de 36,5% ($\pm 7\%$) e nível de significância de 5%, o que resultou em 174 participantes.

A determinação da amostragem foi conduzida em duas etapas. A primeira etapa da amostragem foi probabilística por conglomerados, onde o pesquisador selecionou aleatoriamente as unidades de saúde dentre as UBS, UBSF, CAPS, CRS e UPA de todas as regiões de saúde do município de Campo Grande/MS que correspondiam a um total de 82 unidades de saúde. Em seguida foram incluídos na amostra do estudo os trabalhadores que trabalham nas unidades de saúde selecionadas, que corresponderam a 36 unidades de saúde. A

seleção aleatória foi casual simples, através de um sorteio com todas as unidades de saúde (total 82 unidades), através da utilização de tabelas com números aleatórios.

A segunda etapa da pesquisa que está descrita adiante, a parte qualitativa, também necessitou de procedimento amostral. A amostra foi não probabilística por julgamento, os elementos foram selecionados segundo critérios de inclusão/exclusão estabelecidos pelo pesquisador, de modo a formar um grupo representativo.

4.5 Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo os trabalhadores com no mínimo três meses de tempo de trabalho e sem delimitação para o tempo máximo de serviço, como também aqueles em regime estatutário ou celetista e que aceitaram a participar desse estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

4.6 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo profissionais em período de férias, de licenças em geral e afastados por atestado médico ou invalidez, como também aqueles que após três tentativas de contato para coleta de dados apresentaram-se indisponíveis ou recusaram participar do estudo.

4.7 Aspectos éticos

A pesquisa seguiu os dispostos na Resolução 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) em 14 de março de 2020 sob o parecer nº 3.916.435 e CAAE: 28384619.2.0000.0021. Vale ressaltar que considerando a coleta de dados programada para ocorrer presencialmente, foi necessário realizar uma emenda ao Comitê de Ética para a substituição do método de coleta de dados para a forma virtual devido a Pandemia pelo Covid-19 no ano de 2020, diante disso a nova aprovação se deu em 21 de maio de 2020 sob o parecer nº 4.041.407 e CAAE: 28384619.2.0000.0021 (ANEXO I).

4.8 Período de realização

O período para obtenção dos dados do estudo foi de outubro a dezembro de 2020.

4.9 Procedimentos para a coleta de dados quantitativos

A coleta de dados foi realizada em duas etapas, ambos os instrumentos foram respondidos virtualmente, via Google Formulários, através do link <https://forms.gle/bXS4sEXKsSqhQjM17> ou via e-mail.

4.9.1 Primeira etapa da coleta de dados quantitativos

A primeira etapa objetivou caracterizar o perfil sociodemográfico dos trabalhadores da área da saúde a partir de um questionário estruturado (APÊNDICE B) autoaplicável, para à obtenção das variáveis de caracterização da população.

Ainda nesta etapa, foi aplicado um questionário semiestruturado (ANEXO II) para avaliação da violência no trabalho, dos autores Bordignon e Monteiro (2015), a fim de identificar a prevalência de casos de violência contra os profissionais participantes do estudo. O instrumento foi validado para o contexto brasileiro em 2015 pautado pelo modelo estrutural da Organização Mundial da Saúde.

O questionário é estruturado em cinco seções, são elas: violência física no ambiente de trabalho; abuso verbal no ambiente de trabalho; assédio sexual no ambiente de trabalho; outros tipos de violência no ambiente de trabalho referidos pelo trabalhador; e prevenção e redução da violência no ambiente de trabalho. No total sua composição corresponde a 54 questões, assim distribuídas: violência física no ambiente de trabalho (17 questões), abuso verbal no ambiente de trabalho (16 questões), assédio sexual no ambiente de trabalho (16 questões), outros tipos de violência no ambiente de trabalho referidos pelo trabalhador (três questões), e prevenção e redução da violência no ambiente de trabalho (três questões) (BORDIGNON; MONTEIRO, 2015).

O instrumento objetiva identificar as seguintes variáveis, tais como: número de vezes que sofreu violência física; profissão do agressor quando se tratar de colega que trabalha ou não na unidade; sexo do agressor e se este era ou não do mesmo sexo que a vítima; se o incidente aconteceu na unidade em que o trabalhador se encontra atualmente; se o trabalhador continuou trabalhando após o evento ou se foi liberado; se recebeu auxílio e, se sim, qual ou de quem; se houve registro do incidente experimentado; turno de ocorrência; se o trabalhador foi testemunha de violência física, abuso verbal ou assédio sexual e, se sim, o que sentiu; e outras (BORDIGNON; MONTEIRO, 2015).

4.9.1.1 Análise estatística da primeira etapa da coleta de dados quantitativos

Os dados quantitativos obtidos na primeira etapa da coleta de dados foram organizados em planilha Excel®, versão 2015 (*Microsoft Corporation*, Redmond/Washington/Estados Unidos). A análise dos dados foi efetuada com o uso de representação tabular, constando de frequência absoluta e relativa, com o respectivo intervalo de confiança de 95%.

Para verificar possíveis associações entre as variáveis de estudo foram utilizados os testes Qui-quadrado, Qui-quadrado de tendência e Teste Exato de Fisher. Foi utilizada a Regressão de Cox (com tempo igual a uma unidade), tendo sido primeiramente selecionadas as variáveis com significância < que 20%, e em seguida, outras variáveis independentes até não conseguir mais aumentar significativamente a acurácia do modelo (*Forward Stepwise selection*). O nível de significância adotado foi de 5%.

Foram utilizados os programas estatísticos Epi-info™ 7.2.4 (*Centers for Diseases Control and Prevention*, Atlanta/Geórgia/Estados Unidos), e Bio Estat 5.3 (Sociedade Mamirauá, Belém/Pará/Brasil).

4.9.2 Segunda etapa da coleta e análise qualitativa

A segunda etapa ocorreu após a coleta das informações descritivas sobre a caracterização da violência no contexto de trabalho. Nessa fase foram eleitos aleatoriamente para participar da parte qualitativa do estudo, por meio de uma entrevista semiestruturada, aqueles que atenderem os seguintes critérios de inclusão: categoria profissional, ter sofrido violência no ambiente de trabalho e ter respondido à questão aberta do questionário da seção prevenção e redução da violência no ambiente de trabalho.

Para Triviños (1987, p. 146) a entrevista semiestruturada tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. O autor afirma que a entrevista semiestruturada “[...] favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade [...]” além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações (TRIVIÑOS, 1987, p. 152).

Para esta etapa do estudo foi elaborado um roteiro de entrevista com perguntas principais (APÊNDICE C) com o objetivo de determinar a percepção da violência sofrida, as estratégias adotadas, a atuação das instituições de saúde e como prevenir a violência na percepção dos trabalhadores da saúde. Vale ressaltar que essa etapa se deu através do contato e agendamento prévio com o participante, só foi realizada após a assinatura do Termo de

Gravação de Voz (APÊNDICE D). As entrevistas foram realizadas através de uma sala de reunião virtual, por meio do Google Meet, o link foi disponibilizado ao participante, na sala online encontrava-se apenas o pesquisador e o participante.

Logo, a entrevista foi conduzida pelo pesquisador com as perguntas previamente definidas, sendo necessário fazer perguntas adicionais para elucidar as questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, quando o participante “fugiu” ao tema ou teve dificuldades com ele.

Vale ressaltar que a coleta de dados só teve início após autorização da Secretaria de Saúde (SESAU) (APÊNDICE E) e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS. Posteriormente foi realizado contato via e-mail ou telefone com cada UBS, UBSF, CAPS e CRS para explicar os objetivos do estudo e fazer o convite via e-mail aos profissionais alvos para participar da pesquisa.

Nesse e-mail estava explícito o objetivo do estudo, o TCLE e os instrumentos para obtenção dos dados totalmente autoaplicáveis, caso o participante aceitasse a participar da pesquisa conforme sua disponibilidade de tempo. Aqueles que não responderam à pesquisa dentro de sete dias, os pesquisadores enviaram um novo lembrete sobre a pesquisa, para aqueles que não retornaram não foram realizadas novas tentativas.

5 ANÁLISE TEMÁTICA

Participaram da etapa qualitativa onze trabalhadores da saúde, seguindo um roteiro pré-estabelecido pelos pesquisadores com as seguintes perguntas:

- Conte-me uma situação de violência sofrida no seu local de trabalho? Como foi para você?
- Conte-me sobre quais estratégias você adotou para lidar com a violência sofrida no seu local de trabalho?
- Diante do cenário atual de violência no seu local de trabalho, qual tem sido a atuação da sua instituição de trabalho para preveni-la?
- Como a violência pode ser prevenida no seu local de trabalho?

As entrevistas emergiram por meio de um agendamento prévio com os participantes, e posterior disponibilidade do link pelo aplicativo Google Meet para realização online, elas foram gravadas com autorização prévia dos participantes, por meio da assinatura do termo de gravação de voz (ANEXO 1) e do TCLE (ANEXO 2). Posteriormente foram realizadas as transcrições dos dados verbais das entrevistas, foram coletadas as vozes, reações, choro, etc., como um ato interpretativo e interativo, onde os significados foram construídos, ou seja, uma representação “literalmente” de todas as expressões verbais.

Ressaltamos que a análise dos dados qualitativos seguiu os preceitos da Análise Temática (BRAUN; CLARKE, 2006).

Seguiu-se os seguintes passos para realização da análise temática, conforme Braun e Clarke, 2006, conforme a tabela 1.

Tabela 1. Fases da Análise Temática

Estágio	Descrição do processo
1. Familiarizando-se com seus dados:	Transcrição dos dados (se necessário), leitura e releitura dos dados, apontamento de ideias iniciais.
2. Gerando códigos iniciais:	Codificação das características interessantes dos dados de forma sistemática em todo o conjunto de dados, e coleta de dados relevantes para cada código.
3. Buscando por temas:	Agrupamento de códigos em temas potenciais, reunindo todos os dados relevantes para cada tema potencial.
4. Revisando temas:	Verificação se os temas funcionam em relação aos extratos codificados (nível 1) e ao conjunto de dados inteiro (Nível 2), gerando um "mapa" temático da análise.
5. Definindo e nomeando temas:	Nova análise para refinar as especificidades de cada tema, e a história geral contada pela análise; geração de definições e nomes claros para cada tema.
6. Produzindo o relatório:	A última oportunidade para a análise. Seleção de exemplos vívidos e convincentes do extrato, análise final dos extratos selecionados, relação entre análise, questão da pesquisa e literatura, produzindo um relatório acadêmico da análise.

Fonte: BRAUN e CLARKE, 2006.

Para construção e geração da codificação dos dados de forma sistemática, utilizou-se o *Software Atlas.ti9* versão 9. Através desta ferramenta, inicialmente foi possível analisar cada entrevista individualmente, após leitura e releitura dos discursos de cada entrevista, formulamos códigos baseados no questionário apresentados aos participantes, os códigos principais foram: atuação da instituição; causas da violência; experiência da violência; estratégias; ferramentas de prevenção; prevenção e sentimento após a violência. Esse processo será apresentado nos resultados qualitativos.

6 RESULTADOS QUANTITATIVOS

Participaram do presente estudo, 174 trabalhadores da área da saúde, cujas principais características sociodemográficas foram as seguintes (Tabela 1): sexo feminino (73,6%); faixa etária de 26 a 45 anos (70,7%); cor/etnia branco (41,4%) e pardo (40,8%); escolaridade superior ou pós-graduação (63,2%) e situação conjugal de casado (43,1%).

Tabela 1 – Número e porcentagem de trabalhadores da área da saúde segundo dados sociodemográficos, Campo Grande, 2020 (n=174)

Variáveis	Nº.	%	IC 95%
Sexo			
Feminino	128	73,6	66,4 a 80,0
Masculino	46	26,4	20,1 a 33,6
Faixa etária			
De 18 a 25	15	8,6	4,9 a 13,8
De 26 a 35	66	37,9	30,7 a 45,6
De 36 a 45	57	32,8	25,9 a 40,3
De 46 a 55	31	17,8	12,4 a 24,3
De 56 a 65	5	2,9	0,9 a 6,6
Cor/etnia			
Branco	72	41,4	34,0 a 49,1
Pardo	71	40,8	33,4 a 48,5
Negro	20	11,5	7,2 a 17,2
Amarelo	9	5,2	2,4 a 9,6
Indígena	2	1,1	0,1 a 4,1
Escolaridade			
Ensino fundamental completo	1	0,6	0,0 a 3,2
Ensino médio incompleto	3	1,7	0,4 a 5,0
Ensino médio completo	43	24,7	18,5 a 31,8
Ensino superior incompleto	17	9,8	5,8 a 15,2
Ensino superior completo	55	31,6	24,8 a 39,1
Pós-graduação	55	31,6	24,8 a 39,1
Situação conjugal			
Casado	75	43,1	35,6 a 50,8
Solteiro	42	24,1	18,0 a 31,2
Companheiro	31	17,8	12,4 a 24,3
Separado	21	12,1	7,6 a 17,9
Viúvo	5	2,9	0,9 a 6,6

Em relação aos dados profissionais (n=174), 56,3% dos trabalhadores desempenhavam funções de nível médio e 43,1% de nível superior; 15,5% tinham tempo de profissão menor ou igual a 1 ano; 32,8% tinham tempo menor ou igual a 1 ano no emprego atual; 59,8% eram exclusivamente da categoria profissional assistencial; 82,2% permaneciam na unidade em tempo integral e 60,3% trabalhavam em UBSF (Tabela 2).

Tabela 2 – Número e porcentagem de trabalhadores da área da saúde segundo dados profissionais, Campo Grande, 2020 (n=174)

Variáveis	Nº.	%	IC 95%
Profissão			
Nível superior (Assistente Social, enfermeiro, farmacêutico, fonoaudiólogo, médico, odontólogo, psicólogo, gerente da unidade de saúde);	75	43,1	35,6 a 50,8
Nível médio (Agente Comunitário de Saúde, administrativo, auxiliar de saúde bucal, técnico de enfermagem, guarda-civil)	98	56,3	48,6 a 63,8
Nível fundamental (auxiliar de enfermagem)	1	0,6	0,0 a 3,2
Tempo de profissão			
<= 1 ano	27	15,5	10,5 a 21,8
> 1 ano <= 5 anos	38	21,8	15,9 a 28,7
> 5 anos <= 10 anos	47	27,0	20,6 a 34,3
> 10 anos <= 20 anos	48	27,6	21,1 a 34,9
> 20 anos	14	8,1	4,5 a 13,1
Tempo de emprego atual			
<= 1 ano	57	32,8	25,9 a 40,3
> 1 ano <= 5 anos	44	25,3	19,0 a 32,4
> 5 anos <= 10 anos	48	27,6	21,1 a 34,9
> 10 anos <= 20 anos	21	12,1	7,6 a 17,9
> 20 anos	4	2,3	0,6 a 5,8
Categoria profissional			
Assistencial	104	59,8	52,1 a 67,1
Assistencial e administrativo	26	14,9	10,0 a 21,1
Administrativo	21	12,1	7,6 a 17,9
Chefe/líder	12	6,9	3,6 a 11,7
Gerente/ diretor	11	6,3	3,2 a 11,0
Permanência na unidade			
Tempo integral	143	82,2	75,7 a 87,6
Meio expediente	31	17,8	12,4 a 24,3
Local de trabalho			
UBSF	105	60,3	52,7 a 67,7
UBS	41	23,6	17,5 a 30,6
UPA	18	10,3	6,3 a 15,9
CAPS	10	5,8	2,8 a 10,3

Em relação ao total de profissionais (n=174), todos têm interação com os pacientes, no entanto, 20,7% não tem contato físico. Os adultos são os usuários mais atendidos (94,9%), seguido dos idosos (83,4%). Houve maior frequência de profissionais que atendem ambos os sexos (62,6%), no entanto, 36,8% citaram que atendem mais o sexo feminino. Em relação à violência no local de trabalho, 76,4% dos profissionais relataram que já sofreram, destes (n=133), 95,5% sofreram de violência verbal, 36,9% violência moral ou psicológica, 19,6% violência física e 12,8% violência por assédio sexual (Tabela 3).

Tabela 3 – Número e porcentagem de trabalhadores da área da saúde segundo dados dos atendimentos nas unidades de saúde, Campo Grande, 2020

Variáveis	N	Nº.	%	IC 95%
Interação com o paciente	174			
Sim		174	100,0	97,9 a 100,0
Não		-	-	-
Contato físico com paciente	174			
Sim		138	79,3	72,5 a 85,1
Não		36	20,7	14,9 a 27,5
Usuário mais atendido ⁽¹⁾	174			
Adultos		165	94,9	91,5 a 98,1
Idosos		145	83,4	77,8 a 88,9
Recém-nascido e crianças		118	67,9	60,9 a 74,8
Adolescente		100	57,5	50,1 a 64,8
Sexo do usuário mais atendido	174			
Feminino e masculino		109	62,6	55,0 a 69,9
Feminino		64	36,8	29,6 a 44,4
Masculino		1	0,6	0,0 a 3,2
Violência no local de trabalho	174			
Sim		133	76,4	69,4 a 82,5
Não		41	23,6	17,5 a 30,6
Tipos de violência no local de trabalho ⁽¹⁾	133			
Verbal		127	95,5	92,0 a 99,0
Moral ou psicológica		49	36,9	28,6 a 45,0
Física		26	19,6	12,8 a 26,3
Por assédio sexual		17	12,8	7,1 a 18,5

(1) cada profissional poderia indicar 1 ou mais tipos de usuários atendidos e de violências no local de trabalho.

Na Tabela 4 é possível observar a frequência de casos de violência por tipo segundo as variáveis sociodemográficas do profissional de saúde. Ao comparar os sexos entre si, não houve diferença na prevalência de violência verbal, moral/psicológica e física, no entanto, houve uma prevalência aproximadamente 6 vezes maior de assédio sexual no sexo feminino, 12,5% de mulheres vítimas (n=128) versus no 2,2% sexo masculino (n=46).

Em todos os tipos de violência (Tabela 4), não houve associação da frequência observada entre as faixas etárias e cor/etnia, no entanto, apesar de não haver diferença estatisticamente significativa na amostra estudada, ressalta-se o percentual expressivo apresentado pelos profissionais negros em todos os tipos de violência. Não houve associação entre o nível de escolaridade e a situação conjugal e a prevalência de violência (Tabela 4).

Tabela 4 – Número e porcentagem de trabalhadores da área da saúde segundo dados sociodemográficos e a ocorrência de violência, Campo Grande, 2020 (n=174)

Variáveis	n	Verbal		Moral Psicológica		Física		Sexual	
		Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Sexo									
Feminino	128	96	75,0	35	27,3	19	14,8	16	12,5
Masculino	46	31	67,4	14	30,4	7	15,2	1	2,2
P		⁽¹⁾ 0,319		⁽¹⁾ 0,689		⁽¹⁾ 0,951		⁽²⁾ 0,045	
Faixa etária									
De 18 a 25	15	12	80,0	6	40,0	3	20,0	3	20,0
De 26 a 35	66	48	72,7	18	27,3	6	9,1	6	9,1
De 36 a 45	57	38	66,7	18	31,6	10	17,5	7	12,3
De 46 a 55	31	26	83,9	6	19,4	6	19,4	1	3,2
De 56 a 65	5	3	60,0	1	20,0	1	20,0	0	0,0
P		⁽³⁾ 0,980		⁽³⁾ 0,252		⁽³⁾ 0,349		⁽³⁾ 0,134	
Cor									
Indígena	2	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Negro	20	17	85,0	10	50,0	6	30,0	4	20,0
Branco	72	53	73,6	18	25,0	8	11,1	9	12,5
Pardo	71	50	70,4	19	26,8	12	16,9	4	5,6
Amarelo	9	5	55,6	2	4,1	0	0,0	0	0,0
p (exceto indígena)		⁽¹⁾ 0,426		⁽¹⁾ 0,081		⁽¹⁾ 0,105		⁽¹⁾ 0,152	
Escolaridade									
Ensino fundamental completo	1	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ensino médio incompleto	3	3	100,0	1	33,3	1	33,3	0	0,0
Ensino médio completo	43	34	79,1	11	25,6	4	9,3	2	4,7
Ensino superior incompleto	17	13	76,5	4	23,5	4	23,5	2	11,8
Ensino superior completo	55	39	70,9	15	27,3	10	18,2	7	12,7
Pós-graduação	55	37	67,3	18	32,7	7	12,7	6	10,9
P		⁽³⁾ 0,085		⁽³⁾ 0,252		⁽³⁾ 0,349		⁽³⁾ 0,134	
Situação conjugal									
Companheiro	31	24	77,4	10	32,3	5	16,1	5	16,1
Solteiro	42	32	76,2	17	40,5	5	11,9	5	11,9
Casado	75	54	72,0	16	21,3	13	17,3	6	8,0
Separado	21	14	66,7	5	23,8	3	14,3	1	4,8
Viúvo	5	3	60,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0
p (exceto viúvo)		⁽¹⁾ 0,805		⁽¹⁾ 0,144		⁽¹⁾ 0,887		⁽¹⁾ 0,489	

Nota: para atender os requisitos no cálculo do qui-quadrado, foram retiradas, quando necessário, as categorias com n menor. O $p \leq 0,05$ significa diferença estatisticamente significativa (em negrito). ⁽¹⁾ Teste qui-quadrado. ⁽²⁾ Teste de Fisher. ⁽³⁾ Teste qui-quadrado de tendência.

Não houve associação entre a ocorrência de violência verbal, moral/psicológica, física e sexual e as variáveis profissionais (profissão, tempo de profissão e no emprego atual, e categoria profissional). Houve maior prevalência (32,2%) de violência física nos que permaneceram na unidade em meio expediente (Tabela 5). As ocorrências de violência moral/psicológica e física foram mais frequentes (40,0%) no CAPS.

Tabela 5 – Número e porcentagem de trabalhadores da área da saúde segundo dados profissionais e a ocorrência ou não de violência, Campo Grande, 2020 (n=174)

Variáveis	n	Verbal		Moral Psicológica		Física		Sexual	
		Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Profissão									
Nível fundamental ⁽¹⁾	1	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nível médio ⁽²⁾	98	71	72,4	23	23,5	15	15,3	7	7,1
Nível superior ⁽³⁾	75	55	73,3	26	34,7	11	14,7	10	13,3
P			⁽⁴⁾ 0,823		⁽⁴⁾ 0,220		⁽⁴⁾ 0,909		⁽⁴⁾ 0,376
Tempo de profissão									
1 ≤ ano	27	19	70,4	7	25,9	2	7,4	3	11,1
> 1 ano ≤ 5 anos	38	26	68,4	12	31,6	7	18,4	6	15,8
> 5 anos ≤ 10 anos	47	37	78,7	16	34,0	5	10,6	4	8,5
> 10 anos ≤ 20 anos	48	34	70,8	11	22,9	10	20,8	3	6,3
> 20 anos	14	11	78,6	3	21,4	2	14,3	1	7,1
P			⁽⁵⁾ 0,599		⁽⁵⁾ 0,526		⁽⁵⁾ 0,337		⁽⁵⁾ 0,599
Tempo de emprego atual									
≤ 1 ano	57	41	71,9	13	22,8	7	12,3	6	10,5
1 > ano ≤ 5 anos	44	25	56,8	12	27,3	5	11,4	6	13,6
> 5 anos ≤ 10 anos	48	41	85,4	18	37,5	7	14,6	3	6,3
> 10 anos ≤ 20 anos	21	16	76,2	5	23,8	6	28,6	2	9,5
> 20 anos	4	4	100,0	1	25,0	1	25,0	0	0,0
P			⁽⁵⁾ 0,085		⁽⁵⁾ 0,417		⁽⁵⁾ 0,112		⁽⁵⁾ 0,434
Categoria profissional									
Chefe/líder/Gerente/ diretor	23	21	91,3	5	21,7	6	26,1	4	17,4
Administrativo	47	36	76,6	13	27,7	6	12,8	6	12,8
Assistencial	130	90	69,2	39	30,0	19	14,6	10	7,7
P			⁽⁴⁾ 0,075		⁽⁴⁾ 0,713		⁽⁴⁾ 0,314		⁽⁴⁾ 0,277
Permanência na unidade									
Meio expediente	31	23	74,2	11	35,5	10	32,2	3	9,7
Tempo integral	143	104	72,7	38	26,6	16	11,2	14	9,8
P			⁽⁴⁾ 0,868		⁽⁴⁾ 0,317		⁽⁵⁾ 0,009		⁽⁵⁾ 1,000
Local de trabalho									
UPA	18	16	88,9	4	22,2	5	27,8	1	5,6
UBSF	105	77	73,3	33	31,4	10	9,5	10	9,5
CAPS	10	7	70,0	4	40,0	4	40,0	2	20,0
UBS	41	27	65,9	8	19,5	7	17,1	4	9,8
P			0,331		<0,001		0,020		0,669

Nota: O $p \leq 0,05$ significa diferença estatisticamente significativa (em negrito). ⁽¹⁾ auxiliar de enfermagem. ⁽²⁾ Agente Comunitário de Saúde, administrativo, auxiliar de saúde bucal, técnico de enfermagem, guarda-civil. ⁽³⁾ Assistente Social, enfermeiro, farmacêutico, fonoaudiólogo, médico, odontólogo, psicólogo, gerente da unidade de saúde. ⁽⁴⁾ Teste qui-quadrado. ⁽⁵⁾ Teste qui-quadrado de tendência. ⁽⁶⁾ Teste de Fisher.

Não houve associação entre a ocorrência de violência e o fato de haver ou não contato físico entre o profissional e o paciente, o tipo e sexo dos usuários mais atendidos (Tabela 6).

Tabela 6 – Número e porcentagem de trabalhadores da área da saúde segundo dados dos atendimentos nas unidades de saúde e a ocorrência ou não de violência, Campo Grande, 2020

Variáveis	N	Verbal		Moral Psicológica		Física		Sexual	
		Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Contato físico com paciente									
Sim	138	103	74,6	41	29,7	22	15,9	15	10,9
Não	36	24	66,7	8	22,2	4	11,1	2	5,6
P		⁽¹⁾ 0,337		⁽¹⁾ 0,374		⁽¹⁾ 0,469		⁽²⁾ 0,530	
Usuário mais atendido ⁽³⁾									
Idosos	145	109	75,2	43	29,7	24	16,6	13	9,0
Recém-nascido e crianças	118	84	71,2	33	30,0	16	13,6	14	11,9
Adultos	165	121	73,3	44	26,7	24	14,5	16	10,0
Adolescente	100	68	68,0	28	28,0	17	17,0	13	13,0
P		0,641		0,952		0,863		0,716	
Sexo do usuário mais atendido									
Feminino	173	126	72,8	49	28,3	26	15,0	17	9,8
Masculino	110	80	72,7	31	28,2	17	15,5	13	11,8
P		0,985		0,979		0,922		0,596	

(1) Teste qui-quadrado. (2) Teste de Fisher. (3) cada profissional poderia indicar 1 ou mais tipos e sexo dos usuários atendidos no local de trabalho.

A Tabela 7 demonstra os resultados da análise multivariada. Nenhuma variável apresentou associação estatisticamente significativa com a ocorrência de violência verbal. Isso pode ser devido à alta frequência deste tipo de violência em todas as categorias das variáveis de estudo, de forma generalizada.

A situação conjugal apresentou associação com a ocorrência de violência moral/psicológica (Tabela 7), o que não tinha sido observado na análise bivariada (Tabela 4). Os profissionais solteiros e com companheiro (sem casamento civil) sofreram maior percentual deste tipo de violência. Não houve associação com o local de trabalho como tinha sido observado na análise bivariada.

Em relação à violência física (Tabela 7), houve associação com a permanência na unidade. Recorrendo à análise bivariada (Tabela 4), houve maior frequência de casos de violência física para profissionais que atuam em meio expediente, que são principalmente os profissionais da categoria assistencial. Não houve associação com o local de trabalho como tinha sido observado na análise bivariada.

Houve associação entre o sexo do profissional de saúde e a ocorrência de assédio sexual (Tabela 7) na análise bivariada e multivariada, sendo as vítimas predominantemente do sexo feminino.

Tabela 7 – Associação entre as variáveis de estudo e a ocorrência ou não de violência, Campo Grande, 2020

Variáveis	Verbal	Moral Psicológica	Física	Sexual
Faixa etária	0,930	0,668	0,732	0,310
Sexo	0,649	0,902	0,949	0,049
Situação conjugal	0,366	0,041	0,512	0,189
Cor/etnia	0,824	0,542	0,087	0,866
Escolaridade	0,451	0,276	0,845	0,318
Local de Trabalho	0,430	0,491	0,277	0,372
Tempo de emprego	0,480	0,144	0,579	0,954
Categoria profissional	0,254	0,577	0,067	0,124
Permanência na unidade	0,763	0,560	0,004	0,443

Nota: Regressão de Cox com seleção para frente das variáveis independentes (*Forward Stepwise selection*).

Dos profissionais que sofreram violência verbal (n=127), 33,9% relataram ter ocorrido quatro vezes ou mais. Os autores dos incidentes foram principalmente os pacientes (67,0%) e seus familiares (35,5%); do sexo feminino (56,7%) e do mesmo sexo do agredido (59,1%). As ocorrências ocorreram principalmente de manhã (65,4%) e na unidade de saúde de lotação do profissional (71,7%). Das que não ocorreram na unidade de saúde (n=36), 58,4% ocorreram em outra unidade de pronto atendimento (Tabela 8).

Tabela 8 – Número e porcentagem de profissionais de saúde segundo dados referentes à violência verbal, Campo Grande, 2020

Variáveis	N	Nº.	%	IC 95%
Quantas vezes sofreu violência verbal	127			
Uma vez		21	16,5	10,5 a 24,2
Duas vezes		25	19,7	13,2 a 27,7
Três vezes		11	8,7	4,4 a 15,0
Quatro vezes ou mais		43	33,9	25,7 a 42,8
Não lembro		27	21,2	14,5 a 29,4
Autor da violência verbal ⁽¹⁾	127			
Paciente		85	67,0	58,7 a 75,1
Familiar do paciente		45	35,5	27,1 a 43,8
Público em geral		36	28,4	20,5 a 36,2
Colega que trabalha na unidade		32	25,2	17,6 a 32,7
Chefe e/ou supervisor		21	16,6	10,1 a 23,0
Sexo do agressor	127			
Feminino		72	56,7	47,6 a 65,5
Masculino		55	43,3	34,6 a 52,4
Sexo do agredido	127			
Igual ao do agressor		75	59,1	50,0 a 67,7
Oposto ao do agressor		52	40,9	32,3 a 50,0
Turno no qual ocorreu a violência	127			
Manhã		83	65,4	56,4 a 73,6

Tarde	24	18,9	12,5 a 26,8
Noite	20	15,7	9,9 a 23,3
Ocorrência na unidade de saúde	127		
Sim	91	71,7	63,0 a 79,3
Não	36	28,3	20,7 a 37,0
Ocorrência em outro local	36		
Outra unidade de pronto atendimento	21	58,4	42,2 a 74,4
Outro centro de saúde	7	19,5	6,5 a 32,4
Hospital	4	11,2	7,9 a 14,4
Casa do morador/ usuário	3	8,4	5,5 a 11,2
Trajeto do trabalho (percurso percorrido)	1	2,8	1,1 a 4,5

(1) cada profissional poderia indicar 1 ou mais tipos de autores da violência.

Na tabela 9 pode-se observar o percentual de trabalhadores segundo as consequências da violência verbal que os acometeram, principalmente estresse, irritação, perda da concentração e raiva (81,9%). Dos profissionais (n=127), 79,5% relataram que não houve registro do incidente. Dos que registraram (n=36), 42,3% fizeram boletim de ocorrência policial. A maioria (98,4%) dos profissionais continuou trabalhando e não receberam auxílio (87,4%). Não houve nenhuma consequência para 86,6% dos agressores.

Tabela 9 – Número e porcentagem de trabalhadores da área da saúde segundo dados referentes às consequências da violência verbal, Campo Grande, 2020.

Variáveis	N	Nº.	%	IC 95%
Consequências para o agredido ⁽¹⁾	127			
Sem informação		4	3,2	2,2 a 4,1
Estresse, irritação, perda da concentração, raiva		104	81,9	75,2 a 88,6
Baixa autoestima, decepção, sentimento inferioridade, tristeza		95	74,8	67,3 a 82,4
Afastamento do trabalho, perda da satisfação para o trabalho		78	61,5	53,0 a 69,9
Ansiedade, crises de choro, dificuldade para dormir, medo		77	60,7	52,1 a 69,1
Cansaço, dor, lesão corporal		64	50,4	41,7 a 59,1
Houve registro do incidente	127			
Não		101	79,5	71,5 a 86,2
Sim		26	20,5	13,8 a 28,5
Tipo de registro efetuado	26			
Boletim de ocorrência, delegacia, polícia civil		11	42,3	23,3 a 61,3
Comunicado interno, documento oficial, E-SUS		4	15,4	11,0 a 19,8
Livro ata, livro de ocorrência		4	15,4	11,0 a 19,8
Chefia, gerência		5	19,3	14,4 a 24,0
Prontuário eletrônico		2	7,7	4,5 a 10,9
Após a agressão o profissional	127			
Continuou trabalhando		125	98,4	94,4 a 99,8
Foi liberado logo após o incidente		1	0,8	0,0 a 4,3

Foi liberado após já ter passado algum tempo do incidente	1	0,8	0,0 a 4,3
Auxílio após violência verbal	127		
Não	111	87,4	80,4 a 92,6
Sim	16	12,6	7,4 a 19,7
Consequências para agressor	127		
Não	110	86,6	79,4 a 92,0
Não sei	12	9,5	5,0 a 15,9
Sim	5	3,9	1,3 a 9,0
Tipo de consequência	5		
Afastamento do local de trabalho.	1	0,8	0,0 a 4,3
Transferido para outra unidade; paciente foi direcionado para outra unidade	2	1,6	0,2 a 5,6
Ficou sem atendimento; foi chamado atenção	2	1,6	0,2 a 5,6

⁽¹⁾ cada profissional poderia indicar 1 ou mais consequências da violência.

Do total de profissionais (n=174), 47,1% já testemunharam duas ou mais vezes atos de violência verbal e 17,3% uma vez, destes (n=112), 88,4% tiveram sentimento de impotência e de injustiça. As principais causas da violência verbal estão descritas na Tabela 10, a mais citada (76,5%) foi “Falta de precisão na atribuição de papéis e responsabilidades; número reduzido de trabalhadores”.

Tabela 10 – Número e porcentagem de trabalhadores da área da saúde segundo dados referentes a se testemunharam incidentes de violência verbal, Campo Grande, 2020.

Variáveis	N	Nº.	%	IC 95%
Testemunha de atos de violência verbal	174			
Não		62	35,6	28,5 a 43,2
Sim, uma vez		30	17,3	12,0 a 23,7
Sim, duas ou mais vezes		82	47,1	39,5 a 54,8
Sentimentos após testemunhar ⁽¹⁾	112			
Sentimento de impotência, sentimento de injustiça		99	88,4	82,5 a 94,3
Medo, raiva		75	67,0	58,3 a 75,7
Arrependimento, culpa, frustração, tristeza		61	54,5	45,2 a 63,7
Causas de violência verbal ⁽¹⁾	174			
Falta de precisão na atribuição de papéis e responsabilidades; número reduzido de trabalhadores		133	76,5	70,1 a 82,7
Falta de segurança no ambiente de trabalho; trabalho isolado (sozinho)		130	74,8	68,3 a 81,2
Instalações superlotadas; longo tempo de espera por atendimento		124	71,3	64,5 a 78,0
Estar em contato face a face com o público; prestar assistência às pessoas com angústia, sua família e amigos		113	65,0	57,9 a 72,0

⁽¹⁾ cada profissional poderia indicar 1 ou mais sentimentos após testemunhar e causas de violência verbal.

Dos profissionais que sofreram violência psicológica ou moral (n=49), 71,5% relataram ter sofrido assédio moral, 22,5% violência psicológica, 6,2% discriminação e 4,1% violência

hierárquica (abuso de poder e autoridade). Na Tabela 11 pode-se observar o percentual de trabalhadores segundo as consequências da violência psicológica ou moral que os acometeram, principalmente estresse, irritação, perda da concentração e raiva (89,8%) e baixa autoestima, decepção, sentimento inferioridade, tristeza (77,6%).

Tabela 11 – Número e porcentagem de trabalhadores da área da saúde segundo dados referentes à violência psicológica ou moral, Campo Grande, 2020 (n=49)

Variáveis	Nº.	%	IC 95%
Tipo de violência psicológica ou moral ⁽¹⁾			
Assédio moral	35	71,5	58,8 a 84,1
Violência psicológica	11	22,5	10,8 a 34,1
Discriminação	3	6,2	4,0 a 8,2
Violência hierárquica (abuso de poder e autoridade)	2	4,1	2,3 a 5,8
Consequências para o agredido ⁽¹⁾			
Estresse, irritação, perda da concentração, raiva	44	89,8	87,1 a 92,5
Baixa autoestima, decepção, sentimento inferioridade, tristeza	38	77,6	65,9 a 89,2
Afastamento do trabalho, perda da satisfação para o trabalho	33	67,4	54,2 a 80,5
Ansiedade, crises de choro, dificuldade para dormir, medo	32	65,3	52,0 a 78,6
Cansaço, dor, lesão corporal	26	53,1	39,1 a 67,0

⁽¹⁾ cada profissional poderia indicar 1 ou mais tipos de violência psicológica ou moral e consequências para o agredido.

Dos profissionais que sofreram violência física (n=26), 65,4% relataram não lembrar quantas vezes. A maioria (96,2%) foi com uso de arma (objeto, faca ou revólver). Os autores dos incidentes foram principalmente os pacientes (73,1%) e seus familiares (34,7%); do sexo masculino (53,9%) e do mesmo sexo do agredido (69,2%). As ocorrências ocorreram nos três turnos, com frequência um pouco maior a tarde (38,4%). Em relação ao local da ocorrência, 53,8% foram na unidade de saúde de lotação do profissional. Das que não ocorreram na unidade de saúde (n=12), 83,4% ocorreram em outra unidade de saúde (Tabela 12).

Tabela 12 – Número e porcentagem de trabalhadores da área da saúde segundo dados referentes à violência física, Campo Grande, 2020

Variáveis	N	Nº.	%	IC 95%
Quantas vezes sofreu violência física	26			
Uma vez		4	15,4	4,4 a 34,9
Duas vezes		2	7,7	1,0 a 25,1
Três vezes		1	3,8	0,1 a 19,6
Quatro vezes ou mais		2	7,7	1,0 a 25,1
Não lembro		17	65,4	44,3 a 82,8
Como foi o ato de violência física	26			
Com arma (objeto, faca, revólver)		25	96,2	80,4 a 99,9
Sem arma (corpo a corpo exemplo, soco, puxões)		1	3,8	0,1 a 19,6

Autor da violência física ⁽¹⁾	26			
Paciente		19	73,1	56,0 a 90,1
Familiar do paciente		9	34,7	16,3 a 52,9
Público em geral		2	7,7	4,5 a 10,9
Colega que trabalha na unidade		2	7,7	4,5 a 10,9
Chefe e/ou supervisor		1	3,9	1,5 a 6,2
Sexo do agressor	26			
Masculino		14	53,9	34,7 a 73,0
Feminino		12	46,1	27,0 a 65,3
Sexo do agredido	26			
Igual ao do agressor		18	69,2	51,5 a 87,0
Oposto ao do agressor		8	30,8	13,0 a 48,5
Turno no qual ocorreu a violência	26			
Manhã		8	30,8	14,3 a 51,8
Tarde		10	38,4	20,2 a 59,4
Noite		8	30,8	14,3 a 51,8
Ocorrência na unidade de saúde	26			
Sim		14	53,8	33,4 a 73,4
Não		12	46,2	26,6 a 66,6
Ocorrência em outro local	12			
Outra unidade de saúde		10	83,4	76,7 a 90,0
Casa do morador/ usuário		1	8,3	3,4 a 13,3
Percurso para o trabalho		1	8,3	3,4 a 13,3

⁽¹⁾ cada profissional poderia indicar 1 ou mais tipos de autores da violência.

Na tabela 13 pode-se observar o percentual de trabalhadores segundo as consequências da violência física que os acometeram, principalmente estresse, irritação, perda da concentração e raiva (80,8%). Dos profissionais (n=26), 53,8% relataram que houve registro do incidente. Dos que registraram (n=14), 71,5% fizeram boletim de ocorrência policial. A maioria (69,2%) dos profissionais continuou trabalhando e não receberam auxílio (80,8%). Houve alguma consequência para apenas 15,4% dos agressores (4 agressores, sendo 1 sem informação do tipo de consequência, 1 expulsão do local de trabalho, 1 pagamento de cesta básica e 1 prisão e liberação em seguida).

Tabela 13 – Número e porcentagem de trabalhadores da área da saúde segundo dados referentes às consequências da violência física, Campo Grande, 2020.

Variáveis	N	Nº.	%	IC 95%
Consequências para o agredido ⁽¹⁾	26			
Sem informação		1	3,9	1,5 a 6,2
Estresse, irritação, perda da concentração, raiva		21	80,8	76,0 a 85,6
Ansiedade, crises de choro, dificuldade para dormir, medo		20	77,0	71,8 a 82,0
Baixa autoestima, decepção, sentimento inferioridade, tristeza		19	73,1	67,7 a 78,5

Afastamento do trabalho, perda da satisfação para o trabalho	15	57,7	51,7 a 63,7
Cansaço, dor, lesão corporal	15	57,7	51,7 a 63,7
Houve registro do incidente			
Sim	14	53,8	33,4 a 73,4
Não	12	46,2	26,6 a 66,6
Tipo de registro efetuado	14		
Boletim de ocorrência, delegacia, polícia militar e civil	10	71,5	63,9 a 78,9
CAT na unidade	2	14,3	8,5 a 20,1
SESAU	2	14,3	8,5 a 20,1
Após a agressão o profissional	26		
Continuou trabalhando	18	69,2	60,7 a 93,5
Foi liberado logo após o incidente	3	11,6	2,5 a 30,2
Foi liberado após já ter passado algum tempo do incidente	5	19,2	1,0 a 25,1
Tempo de afastamento	8		
Sem informação	2	25,0	15,5 a 34,5
>= 1 a 7 dias	4	50,0	39,0 a 61,0
> 7 dias a 15 dias	1	12,5	5,3 a 19,7
>= 1 mês	1	12,5	5,3 a 19,7
Auxílio após violência física	26		
Não	21	80,8	60,7 a 93,5
Sim	5	19,2	6,6 a 39,4
Consequências para agressor			
Não	17	65,4	44,3 a 82,8
Não sei	5	19,2	6,6 a 39,4
Sim	4	15,4	4,4 a 34,9
Tipo de consequência para agressor	4		
Sem informação	1	25,0	11,6 a 38,4
Condenado a pagar cesta básica	1	25,0	11,6 a 38,4
Expulso do local de trabalho	1	25,0	11,6 a 38,4
Preso e liberado em seguida	1	25,0	11,6 a 38,4

⁽¹⁾ cada profissional poderia indicar 1 ou mais consequências da violência.

Do total de profissionais (n=174), 15,5% já testemunharam duas ou mais vezes atos de violência física e 12,1% uma vez, destes (n=48), 79,2% tiveram sentimento de impotência e de injustiça. As principais causas da violência física estão descritas na Tabela 14, a mais citada (76,5%) foi “Falta de segurança no ambiente de trabalho; trabalho isolado (sozinho)”.

Tabela 14 – Número e porcentagem de trabalhadores da área da saúde segundo dados referentes a se testemunharam incidentes de violência física, Campo Grande, 2020.

Variáveis	N	Nº.	%	IC 95%
Testemunha de atos de violência física	174			
Sem informação		1	0,6	0,0 a 3,2
Não		125	71,8	64,5 a 78,4
Sim, uma vez		21	12,1	7,6 a 17,9

Sim, duas ou mais vezes		27	15,5	10,5 a 21,8
Sentimentos após testemunhar ⁽¹⁾	48			
Sentimento de impotência, sentimento de injustiça		38	79,2	67,6 a 90,7
Arrependimento, culpa, frustração, tristeza		37	77,1	65,2 a 89,0
Medo, raiva		35	73,0	60,3 a 85,5
Causas de violência física ⁽¹⁾	174			
Sem informação		1	0,6	0,0 a 3,2
Falta de segurança no ambiente de trabalho; trabalho isolado (sozinho)		133	76,5	70,1 a 82,7
Falta de precisão na atribuição de papéis e responsabilidades; número reduzido de trabalhadores		127	73,0	66,4 a 79,6
Instalações superlotadas; longo tempo de espera por atendimento		120	69,0	62,1 a 75,8
Estar em contato face a face com o público; prestar assistência às pessoas com angústia, sua família e amigos		107	61,5	54,3 a 68,7

⁽¹⁾ cada profissional poderia indicar 1 ou mais sentimentos após testemunhar e causas de violência física.

Dos profissionais que sofreram assédio sexual (n=26), 76,5% relataram que ocorreu uma vez. Os autores dos incidentes foram principalmente os pacientes (41,2%) e seus colegas de trabalho (35,3%); do sexo masculino (88,2%) e do sexo oposto do agredido (82,4%). As ocorrências ocorreram no turno matutino, 41,2% de manhã e 41,2% a tarde. Em relação ao local da ocorrência, 64,7% foram na unidade de saúde de lotação do profissional. Das que não ocorreram na unidade de saúde (n=6), 50,0% ocorreram em outra unidade de pronto atendimento (Tabela 15).

Tabela 15 – Número e porcentagem de trabalhadores da área da saúde segundo dados referentes ao assédio sexual, Campo Grande, 2020

Variáveis	N	Nº.	%	IC 95%
Quantas vezes sofreu assédio sexual	17			
Uma vez		13	76,5	50,1 a 93,2
Duas vezes		2	11,8	1,5 a 36,4
Três vezes		1	5,9	0,2 a 28,7
Não lembro		1	5,9	0,2 a 28,7
Autor do assédio sexual ⁽¹⁾	17			
Paciente		7	41,2	18,4 a 67,1
Colega que trabalha na unidade		6	35,3	28,1 a 42,5
Público em geral		5	29,5	22,6 a 36,3
Chefe e/ou supervisor		2	11,8	1,5 a 36,4
Familiar do paciente		1	5,9	0,2 a 28,7
Sexo do agressor	17			
Masculino		15	88,2	63,6 a 98,5
Feminino		2	11,8	1,5 a 36,4
Sexo do agredido	17			
Oposto ao do agressor		14	82,4	56,5 a 96,2
Igual ao do agressor		3	17,6	3,8 a 43,4
Turno no qual ocorreu o assédio	17			

Manhã	7	41,2	18,4 a 67,1
Tarde	7	41,2	18,4 a 67,1
Noite	3	17,6	3,8 a 43,4
Ocorrência na unidade de saúde	17		
Sim	11	64,7	38,3 a 85,8
Não	6	35,3	14,2 a 61,7
Ocorrência em outro local	6		
Outra unidade de pronto atendimento	3	50,0	37,3 a 62,7
Percurso para o trabalho (percurso percorrido da residência para trabalho vice-versa)	2	33,4	21,4 a 45,3
Visitas domiciliares	1	16,7	7,2 a 26,1

⁽¹⁾ cada profissional poderia indicar 1 ou mais tipos de autores da violência.

Na tabela 16 pode-se observar o percentual de trabalhadores segundo as consequências do assédio sexual que os acometeram, principalmente estresse, irritação, perda da concentração e raiva (100,0%). Dos profissionais (n=26), 88,2% relataram que não houve registro do incidente. A totalidade (100,0%) dos profissionais continuou trabalhando e não receberam auxílio (88,2%). Houve alguma consequência para apenas 1 dos agressores (5,9%).

Tabela 16 – Número e porcentagem de trabalhadores da área da saúde segundo dados referentes às consequências do assédio sexual, Campo Grande, 2020.

Variáveis	N	Nº.	%	IC 95%
Consequências para o agredido ⁽¹⁾	17			
Estresse, irritação, perda da concentração, raiva	17	100,0	80,5 a 100,0	
Baixa autoestima, decepção, sentimento inferioridade, tristeza	12	70,6	63,7 a 77,4	
Ansiedade, crises de choro, dificuldade para dormir, medo	9	53,0	45,4 a 60,4	
Afastamento do trabalho, perda da satisfação para o trabalho	9	53,0	45,4 a 60,4	
Cansaço, dor, lesão corporal	1	5,9	0,2 a 28,7	
Houve registro do incidente	17			
Não	15	88,2	63,6 a 98,5	
Sim	2	11,8	1,5 a 36,4	
Após a agressão o profissional	17			
Continuou trabalhando	17	100,0	80,5 a 100,0	
Foi liberado	-	-	-	
Auxílio após assédio sexual	17			
Não	15	88,2	63,6 a 98,5	
Sim	2	11,8	1,5 a 36,4	
Consequências para agressor	17			
Não	16	94,1	71,3 a 99,9	
Sim	1	5,9	0,2 a 28,7	

⁽¹⁾ cada profissional poderia indicar 1 ou mais consequências da violência.

Do total de profissionais (n=174), 5,2% já testemunharam duas ou mais vezes atos de assédio sexual e 0,6% uma vez, destes (n=10), 100,0% tiveram sentimento de impotência e de injustiça. As principais causas do assédio sexual estão descritas na Tabela 17, a mais citada (75,9%) foi “Falta de segurança no ambiente de trabalho; trabalho isolado (sozinho)”.

Tabela 17 – Número e porcentagem de trabalhadores da área da saúde segundo dados referentes a se testemunharam incidentes de assédio sexual, Campo Grande, 2020.

Variáveis	N	Nº.	%	IC 95%
Testemunha de atos de assédio sexual	174			
Não		164	94,2	89,7 a 97,2
Sim, uma vez		1	0,6	0,0 a 3,2
Sim, duas ou mais vezes		9	5,2	2,4 a 9,6
Sentimentos após testemunhar ⁽¹⁾	10			
Sentimento de impotência, sentimento de injustiça		10	100,0	69,2 a 100,0
Medo, raiva		4	40,0	30,4 a 49,6
Arrependimento, culpa, frustração, tristeza		1	10,0	4,1 a 15,9
Causas de assédio sexual ⁽¹⁾	174			
Falta de segurança no ambiente de trabalho; trabalho isolado (sozinho)		132	75,9	69,5 a 82,2
Estar em contato face a face com o público; prestar assistência às pessoas com angústia, sua família e amigos		101	58,1	50,7 a 65,4
Falta de precisão na atribuição de papéis e responsabilidades; número reduzido de trabalhadores		62	35,7	28,5 a 42,7
Instalações superlotadas; longo tempo de espera por atendimento		55	31,6	24,7 a 38,5

⁽¹⁾ cada profissional poderia indicar 1 ou mais sentimentos após testemunhar e causas do assédio sexual.

Do total de profissionais (n=174), a resposta mais frequente (79,9%) em relação à prevenção da violência foi a seguinte: desenvolvimento de um sistema para alertar a pessoa; instalação de sistemas de videovigilância; instalação de detectores de metal para evitar; fornecer escolta de segurança para locais de estacionamento; presença de pessoal da área de segurança. Quando questionados se conheciam as medidas de prevenção, 40,8% disseram que sim, destes (n=71), 73,3% citaram a seguinte: presença da guarda municipal; segurança; EPI; manejo de situações de crise; evitar ficar sozinho; policiamento; vigilância; vídeo monitoramento; identificação dos visitantes; boletim de ocorrência; auxílio policial; denúncia; distanciamento (Tabela 18).

Tabela 18 – Número e porcentagem de trabalhadores da área da saúde segundo dados referentes a medidas de prevenção e redução de violência, Campo Grande, 2020.

Variáveis	N	Nº.	%	IC 95%
Medidas de prevenção ⁽¹⁾	174			
Desenvolvimento de um sistema para alertar a pessoa; instalação de sistemas de videovigilância; instalação de detectores de metal para evitar; fornecer escolta de segurança para locais de estacionamento; presença de pessoal da área de segurança.		139	79,9	73,9 a 85,8
Dar oportunidades ao paciente de comentar sobre a qualidade do serviço; reduzir o tempo de espera do paciente; melhorar o serviço de informação ao público		123	70,7	63,9 a 77,5
Admitir trabalhadores em número suficiente; formação aos trabalhadores quanto ao reconhecimento		119	68,4	61,5 a 75,3
Identificação dos visitantes; evitar trabalho isolado ou manter contato		88	50,6	43,1 a 58,0
Iluminação adequada nos corredores; instalação de fechaduras em portas		76	43,7	36,3 a 51,0
Conhecimento das medidas de prevenção	174			
Não		103	59,2	51,5 a 66,6
Sim		71	40,8	33,4 a 48,5
Quais medidas de prevenção ⁽¹⁾	71			
Presença da guarda municipal; segurança; EPI; manejo de situações de crise; evitar ficar sozinho; policiamento; vigilância; vídeo monitoramento; identificação dos visitantes; boletim de ocorrência; auxílio policial; denúncia; distanciamento.		52	73,3	62,9 a 83,5
Comunicação adequada; acolhimento; trabalho em equipe; diálogo; escuta qualificada; informação; respeito; manter a calma.		15	21,2	11,6 a 30,6
Buscar conhecimento; capacitação; educação permanente ao trabalhador; educação.		7	9,9	2,9 a 16,8
Relatar ameaças via documento SESAU; CAT; ouvidoria.		7	9,9	2,9 a 16,8
Reduzir filas de espera; mais profissionais no atendimento		4	5,7	3,9 a 7,3

⁽¹⁾ cada profissional poderia indicar 1 ou mais medidas de prevenção de violência.

Em relação às medidas de redução da violência (Tabela 19), 28,8% dos profissionais (n=174) citaram medidas referentes aos profissionais (apoio psicológico no ambiente de trabalho aos servidores; capacitação; remanejamento; comprometimento da chefia com interação e fortalecimento do grupo; melhores condições de trabalho; cuidado com a saúde do trabalhador; curso de humanização aos profissionais; educação em saúde; manejo às situações de conflito; evitar trabalho isolado; discussão sobre o tema violência; gerenciamento situação de violência; treinamentos; carga horária reduzida; valorização profissional; trabalho em dupla com os ACS; menor sobrecarga; melhor atribuição de tarefas; melhor condição de trabalho;

promover vínculo com a equipe; qualificação profissional; definição clara de papéis e responsabilidades; dimensionamento; comunicação; reuniões e rodas de conversa; ouvir o trabalhador; sensibilização sobre a violência no trabalho).

Tabela 19 – Número e porcentagem de trabalhadores da área da saúde segundo dados referentes a medidas de prevenção e redução de violência, Campo Grande, 2020 (n=174).

Medidas de redução de violência ⁽¹⁾	Nº.	%	IC 95%
Profissional ⁽²⁾	50	28,8	22,0 a 35,5
Ambiente/estrutura ⁽³⁾	36	20,7	14,7 a 26,7
Paciente ⁽⁴⁾	34	19,6	13,6 a 25,4
Segurança ⁽⁵⁾	33	19,0	13,1 a 24,8
Legislação ⁽⁶⁾	13	7,5	3,6 a 12,6

⁽¹⁾ cada profissional poderia indicar 1 ou mais medidas de redução de violência.

⁽²⁾ **Profissional** (Apoio psicológico no ambiente de trabalho aos servidores; capacitação; remanejamento; comprometimento da chefia com interação e fortalecimento do grupo; melhores condições de trabalho; cuidado com a saúde do trabalhador; curso de humanização aos profissionais; educação em saúde; manejo às situações de conflito; evitar trabalho isolado; discussão sobre o tema violência; gerenciamento situação de violência; treinamentos; carga horária reduzida; valorização profissional; trabalho em dupla com os ACS; menor sobrecarga; melhor atribuição de tarefas; melhor condição de trabalho; promover vínculo com a equipe; qualificação profissional; definição clara de papéis e responsabilidades; dimensionamento; comunicação; reuniões e rodas de conversa; ouvir o trabalhador; sensibilização sobre a violência no trabalho).

⁽³⁾ **Ambiente/Estrutura** (Estrutura de qualidade; pessoal suficiente; mais funcionários e recursos humanos; clareza nos papéis das instituições; gestão efetiva e comprometida; equipamentos, materiais e insumos suficientes para realização de procedimentos; melhor infraestrutura; melhora na logística de funcionamento das unidades de saúde; áreas com saídas de emergência nas salas de atendimentos aos pacientes; EPI; internet disponível).

⁽⁴⁾ **Paciente** (Profissional para apoio emocional dos pacientes e acompanhantes; conscientização da população (respeito aos trabalhadores da saúde); educação da população; acolhimento; orientação; atendimento resolutivo; conscientização; diálogo com o paciente; diminuir a demora do atendimento e o tempo de espera; empatia; maior atenção aos servidores; medidas educativas; respeito; informação aos usuários; orientação; palestras educativas; agilidade ao atendimento, orientar funcionamento do fluxo e rotina da unidade)

⁽⁵⁾ **Segurança** (Segurança, presença ativa da guarda, câmara de segurança; guarda municipal; segurança para proteção da equipe, não apenas do patrimônio; guarda 24 horas; ambientes seguros; proteção policial; policiamento; punição para infratores; presença interna e externa de segurança e integral; restrição do acesso de pessoas; penalizar agressores)

⁽⁶⁾ **Legislação** (Leis mais rígidas para o agressor; fornece informações sobre o SUS; Poder público para culpabilizar os funcionários pelas mazelas dos serviços de saúde; processar pacientes e acompanhantes criminalmente; punição com reparação de danos; sistema de regulação de exames e medicação eficientes; responsabilizar o agressor, advertência; leis para o servidor, sistema de atendimento mais acessível ao usuário).

7 RESULTADOS QUALITATIVOS

Após análise temática pautada por Braun e Clarke (2006), optou-se por demonstrar como foi caracterizado os temas que emergiram dos participantes desse estudo.

Participaram da segunda etapa desse estudo onze trabalhadores da área da saúde. Essa etapa da pesquisa envolveu a coleta das entrevistas individuais. Após leitura e releitura dos discursos de cada entrevista, formulamos códigos baseados no questionário apresentados aos participantes, os códigos principais foram: atuação da instituição; causas da violência; experiência da violência; estratégias; ferramentas de prevenção; prevenção e sentimento após a violência. Outro tema que se destacou durante a análise inicial dos discursos foi o “assédio moral”, e por isso foi incluído como código principal.

O quadro 1 demonstra um exemplo de como foram organizados a extração dos dados e a codificação mais abrangente para as informações contidas nos respectivos trechos dos discursos.

Quadro 1. Extração dos dados e codificação do código principal – Assédio Moral.

Extrato de dados	Codificado para
2:9 ¶ 2 in Entrevista 2 Ela não sabe acolher ninguém, ela sabe só expor as pessoas	<ol style="list-style-type: none">1. Falta de acolhimento2. Exposição
2:10 ¶ 2 in Entrevista 2 Por ela ter esse nível hierárquico ali, de ser líder deles eu já vi muitas situações dela constranger eles, ela não sabe conversar ela só grita, ela não tem empatia com ninguém	<ol style="list-style-type: none">1. Nível hierárquico2. Constrangimento3. Ofensas (gritos)4. Falta de empatia
2:13 ¶ 2 in Entrevista 2 Num tom muito agressivo, principalmente quando tem pacientes em volta, porque ela gosta que todos saibam que ela que manda	<ol style="list-style-type: none">1. Agressividade2. Exposição3. Poder hierárquico
2:16 ¶ 2 in Entrevista 2 Não é só agressão, também existe o assédio moral	<ol style="list-style-type: none">1. Assédio moral
11:1 ¶ 1 in Entrevista 11 Então, eu há uns dois meses, não lembro bem o tempo, fui agredida verbalmente por uma colega de trabalho, inclusive ela que era a minha enfermeira chefe, assim, ela que comandava as coisas	<ol style="list-style-type: none">1. Violência verbal hierárquica
11:5 ¶ 3 in Entrevista 11 Quando ela me falou as coisas e começou a me ofender me doeu muito, até agora não consigo lembrar disso (choro),	<ol style="list-style-type: none">1. Ofensas2. Problemas psicológicos3. Abalo emocional

foram palavras que ela me disse ao meu respeito que não é verdade, são muitas coisas que ela me disse, sabe?	
11:7 ¶ 5 in Entrevista 11 Aí essa enfermeira começou a pegar no pé, qualquer coisinha, tudo que ela falava ela me notificava	1. Perseguição
11:9 ¶ 6 in Entrevista 11 Aí houve outras vezes que a gente sempre se deparava junto, a gente discutia, brigava, porque ela sempre tentou me colocar pra baixo, ela falava pra mim que eu não tinha condições de ta ali naquele setor, na unidade na verdade, e assim até hoje ainda não me recuperei daquilo lá	1. Humilhação 2. Perseguição
11:10 ¶ 6 in Entrevista 11 Eu tenho lutado pra mim poder me recuperar dessa situação que ocorreu, mas foram palavras muito doloridas, é muito difícil você trabalhar em um ambiente aonde você não é bem aceito, é muito difícil isso.	1. Ofensas 2. Afetou seu ambiente de trabalho 3. Falta de aceitação no trabalho 4. Abalo emocional 5. Desmotivação
11:11 ¶ 7 in Entrevista 11 Então desde a primeira vez que eu entrei lá, o primeiro dia que eu me apresentei, ela não gostou de mim, então ela sempre tentou me prejudicar, me tirar daquele setor, daquele lugar...	1. Prejudicar o trabalhador 2. Remanejamento sem motivos

Fonte: Elaborado pelo autor com auxílio do *Software Atlas.ti9*

Em seguida, com o objetivo de buscar por temas, realizou-se a construção de um quadro ilustrado por cores. Nele uniu-se todos os códigos criados para o código principal “Assédio Moral”, elencou-se os códigos repetidos e posteriormente os códigos semelhantes ou conexos.

Vale ressaltar que esse processo foi realizado para todos os códigos principais.

Quadro 2. Análise do código principal “Assédio Moral” por código, códigos repetidos e códigos semelhantes ou conexos.

Códigos	Códigos repetidos	Códigos semelhantes ou conexos
1. Falta de acolhimento	Exposição (2)	1. Afetou seu ambiente de trabalho
2. Exposição	Ofensas (3)	2. Falta de aceitação no trabalho
3. Nível hierárquico	Perseguição (2)	3. Prejudicar o trabalhador
4. Constrangimento	Nível/Poder	4. Remanejamento sem motivos
5. Ofensas (gritos)	hierárquico (2)	5. Desmotivação
6. Falta de empatia	Abalo emocional (2)	6. Problemas psicológicos
7. Agressividade		7. Abalo emocional
8. Exposição		8. Constrangimento
9. Poder hierárquico		9. Agressividade
10. Assédio moral		10. Humilhação
11. Violência verbal hierárquica		11. Exposição
12. Ofensas		12. Ofensas
13. Problemas psicológicos		13. Perseguição
14. Abalo emocional		14. Falta de acolhimento
15. Perseguição		15. Falta de empatia

16. Humilhação 17. Perseguição 18. Ofensas 19. Afetou seu ambiente de trabalho 20. Falta de aceitação no trabalho 21. Abalo emocional 22. Desmotivação 23. Prejudicar o trabalhador 24. Remanejamento sem motivos		16. Assédio moral 17. Violência verbal hierárquica 18. Nível/Poder hierárquico
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Elaborado pelo autor com auxílio do *Software Atlas.ti9*

Os temas centrais do código “Assédio Moral” no ambiente de trabalho, foram: consequências emocionais; prejuízo no trabalho; violência verbal hierárquica; falta de empatia e agressividade. A partir desse levantamento optou-se pela construção de um mapa temático, a fim de elucidar se os temas funcionam em relação aos extratos codificados e ao conjunto de dados inteiro.

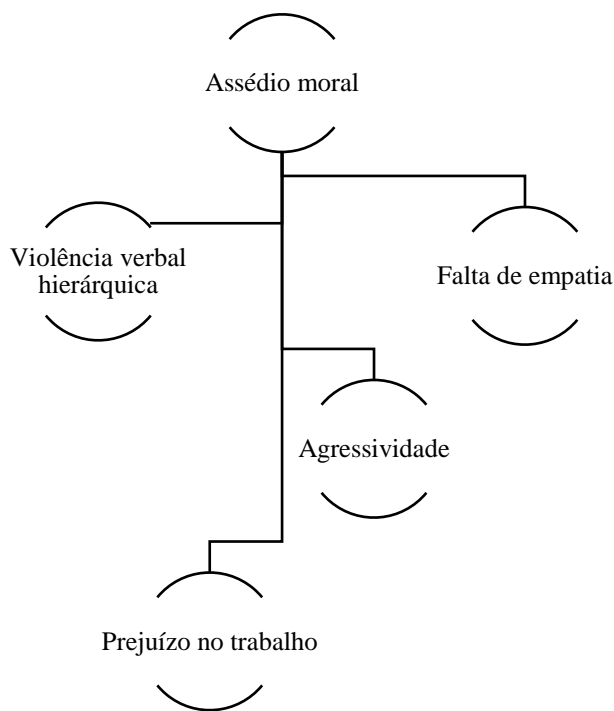


Figura 1. Mapa temático da análise – assédio moral

Em suma, essa etapa repetiu-se para todos os demais códigos principais a fim de realizar a extração dos dados, codificação, formulação de temas sugestivos e a criação dos mapas temáticas.

A seguir serão apresentados os demais mapas temáticos da análise realizada para cada código /principal, segue:

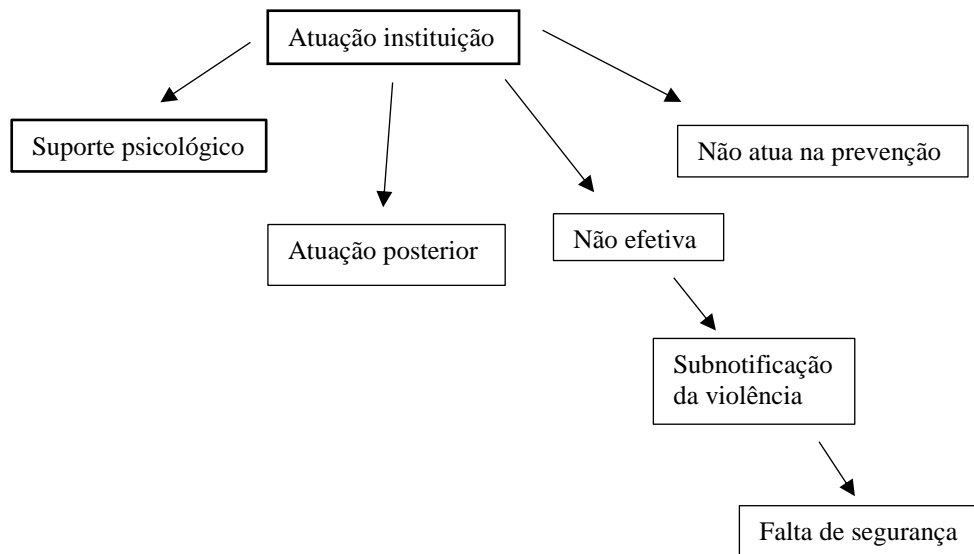


Figura 2. Mapa temático código principal “Atuação da Instituição”

Na figura 2 está ilustrado o mapa temático do código principal “Atuação da Instituição”. Nota-se que o tema “suporte psicológico” ganhou destaque no discurso dos participantes, em que os apontamentos representados pelos discursos, discorrem sobre uma atuação posterior à violência, porém pouco efetiva. Além disso, os participantes desconheciam sobre ações voltadas à prevenção da violência contra os trabalhadores da saúde. Outro aspecto importante em destaque refere-se à subnotificação da violência e a falta de segurança.

Na figura 3 o código principal “Causas da Violência” aponta para quatro possíveis temas. O primeiro dele é a “desinformação” que ganhou destaque no discurso de alguns participantes deste estudo, onde a relação profissional *versus* paciente muitas vezes é afetada pela falha na comunicação, informação errada repassada ao usuário e o desconhecimento do usuário. Esses subtemas tiveram relação forte ao tema desinformação.

O segundo tema em destaque foi a “demora no atendimento” que teve uma relação forte aos subtemas “alta demanda” e “falta de resolutividade”. O terceiro enfoque foram “espaço físico inadequado”; “falta de recursos materiais” e “falta de recursos humanos” que puderam serem considerados possíveis temas por serem fortemente integrados, porém independentes entre si.

O último tema foi “referência e contra-referência ineficaz” que teve uma relação forte com o subtema “compreensão do fluxo de atendimento” ou melhor a falta dele pela população.

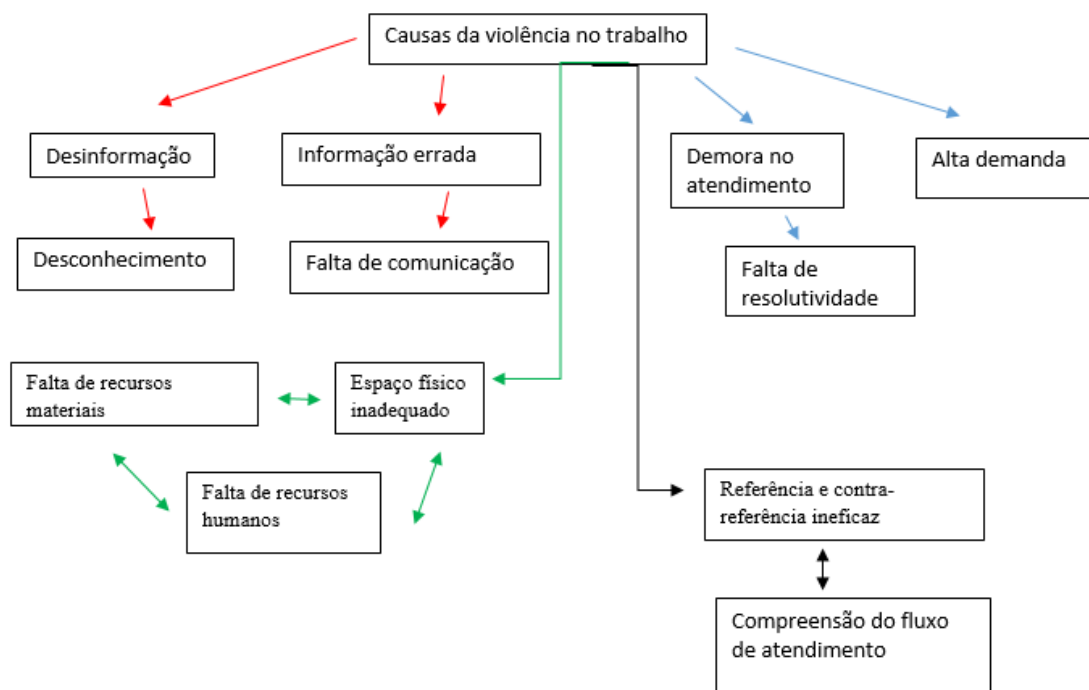


Figura 3. Mapa temático de análise de código principal “Causas da Violência”

Na figura 4, ilustra-se o mapa temático “estratégias frente a violência no trabalho” em que os temas e subtemas foram sobre o enfrentamento da violência sofrida pelos trabalhadores da saúde. A tentativa de explicar ao usuário sobre a prioridade no atendimento em situações de urgência e emergência; orientação ao usuário sobre os serviços oferecidos pela Rede de Atenção à Saúde e a agilidade no atendimento, promoveu melhorias no relacionamento com o usuário e trabalhador da saúde. Além disso, alguns participantes necessitaram de tratamento psicológico ou psiquiátrico para resolução das consequências ocasionadas pela violência sofrida em seu local de trabalho, outros passaram a fazer o uso de medicamentos ansiolíticos.

O tema “registro” tornou-se ferramenta crucial pelos usuários quando em situação de violência foi preciso intervir. Os recursos mais utilizados foram: boletim de ocorrência na delegacia; comunicação de acidente de trabalho (CAT) e o livro de ocorrências disponível nas unidades de pronto-atendimento. Outros dois subtemas foram “trabalhar em alerta” e “não ficar sozinha”. Apenas um participante referiu sobre a “meditação” e a “crença religiosa”.

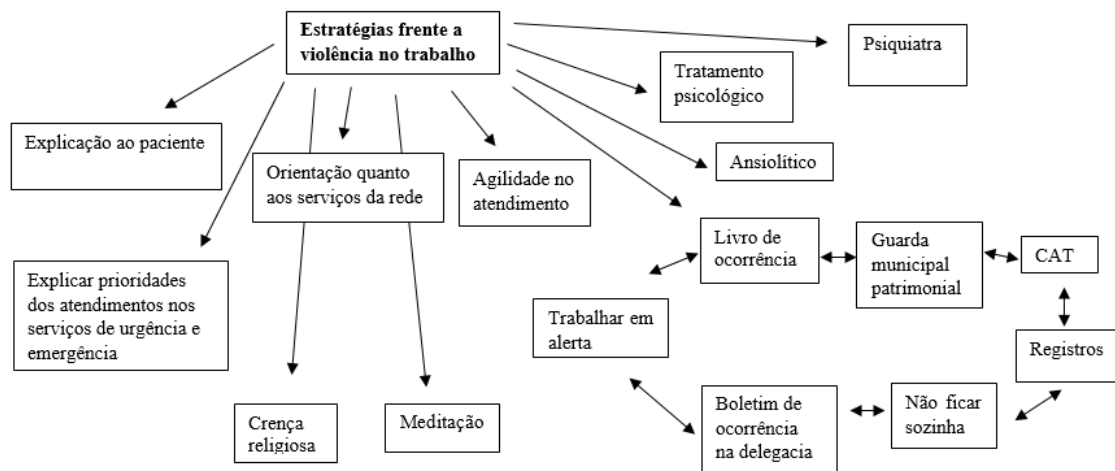


Figura 4. Mapa temático de análise do código principal “Estratégia frente a violência no trabalho”

O código “experiência da violência” descreve no discurso dos participantes as situações de violência no local de trabalho que foram vivenciados ou testemunhados pelos participantes. A pandemia foi um destaque durante a realização desse estudo, alguns participantes elencaram sobre o aumento da violência verbal durante a pandemia pela Covid-19. Como cita o entrevistado abaixo:

“Hoje quando a gente tem uma unidade de saúde lotada, como a gente ta na pandemia por exemplo com pacientes que aguardam horas por um atendimento, e as vezes a gente ta com falta de profissionais e a gente já sabe que vai ser um dia estressante e que a população vai agir com comunicação violenta ou com qualquer outro tipo de coisa, a gente mais o menos já se organiza pro caos assim (risos)” (E9).

Na figura 5 os dois grandes temas permearam as principais causas da violência no local de trabalho e os tipos de violência sofrida pelos trabalhadores da saúde. Um ponto diferente nessa análise foi o atendimento de pacientes com transtornos psiquiátricos. Pois esse perfil de usuário tende a ser agressivo por sua condição de doença, e diante disso os trabalhadores da saúde expuseram que a violência se deu não pelo surto do paciente, e sim pela falta de resolutividade e falha da referência e contra-referência. Como cita:

Mas eu acho que ter um RH adequado, investir em comunicação interna, eu vejo o paciente, principalmente o paciente psiquiátrico e o paciente crônico, uma coisinha bem pequena, uma informação que dera errado, um lugar que de forma equivocada ele já vem pra você pela quinta vez, fica pra lá e pra cá, o “empurrômetro” (E9)

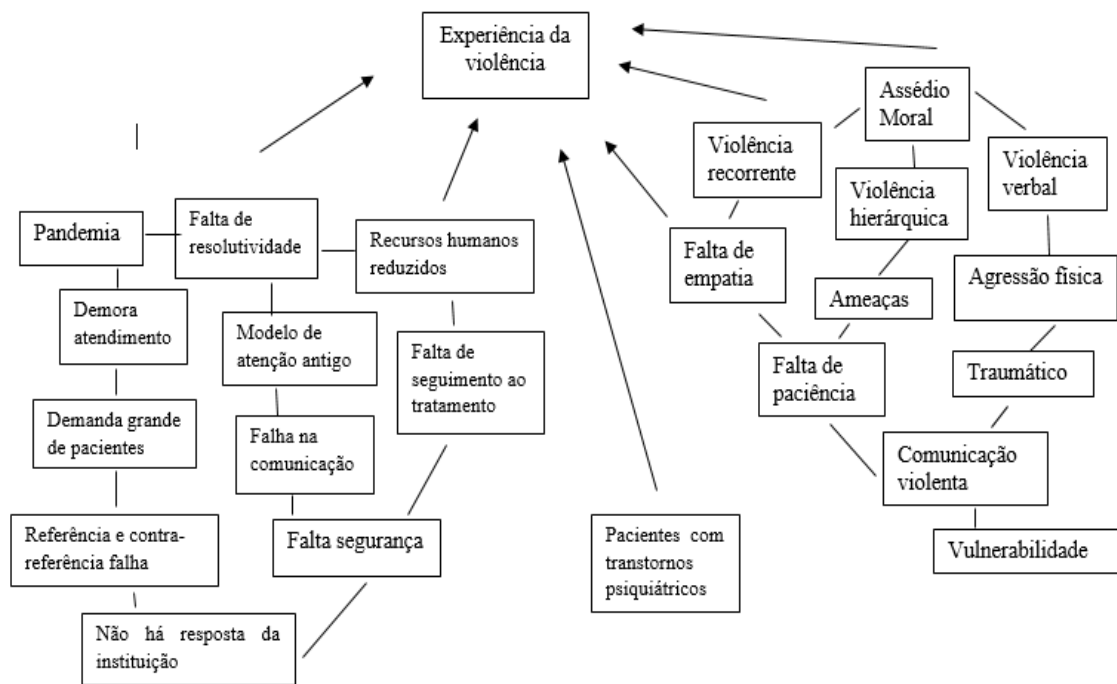


Figura 5. Mapa temático de análise do código principal “Experiência da Violência”

Na busca por temas e agrupamento de temas potenciais, foi possível perceber que o código principal “prevenção da violência” trouxe aspectos importantes para a questão de pesquisa. Os possíveis temas foram agrupados conforme ilustra a figura 6, e desses foram extraídos temas centrais destacados pelos participantes da pesquisa, temas esses que na opinião deles estão relacionados à prevenção da violência no local de trabalho, os temas foram: instituir fluxo de prevenção contra violência; informação ao usuário; leis mais rígidas; promover a Política de Humanização do SUS; implantar a notificação; comunicação entre os trabalhadores da saúde e o CAT.

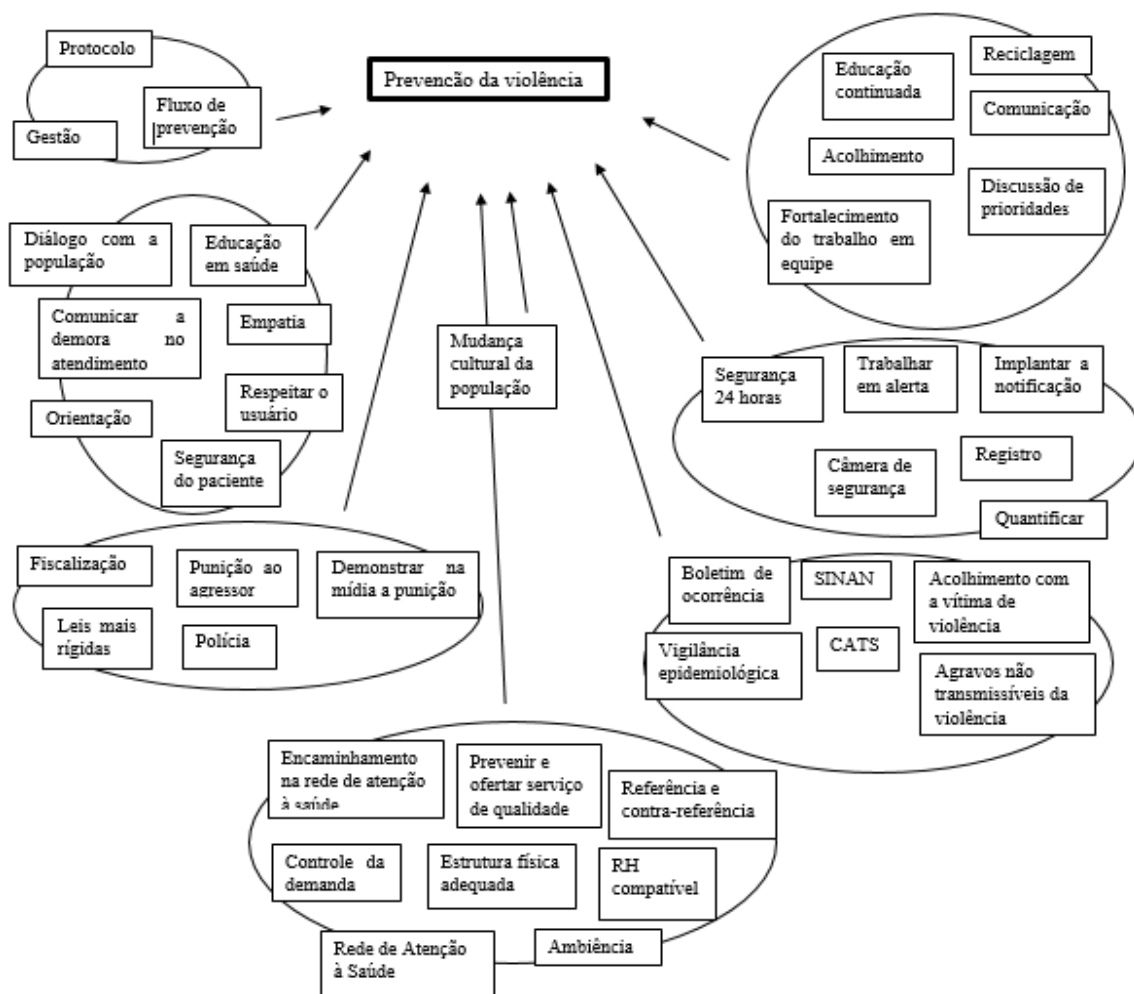


Figura 6. Mapa temático de análise do código principal “Prevenção da Violência”

O mapa de análise “sentimentos após a violência” apontou para três temas possíveis que permearam as consequências emocionais e físicas ao participante, como ilustra a figura 7.

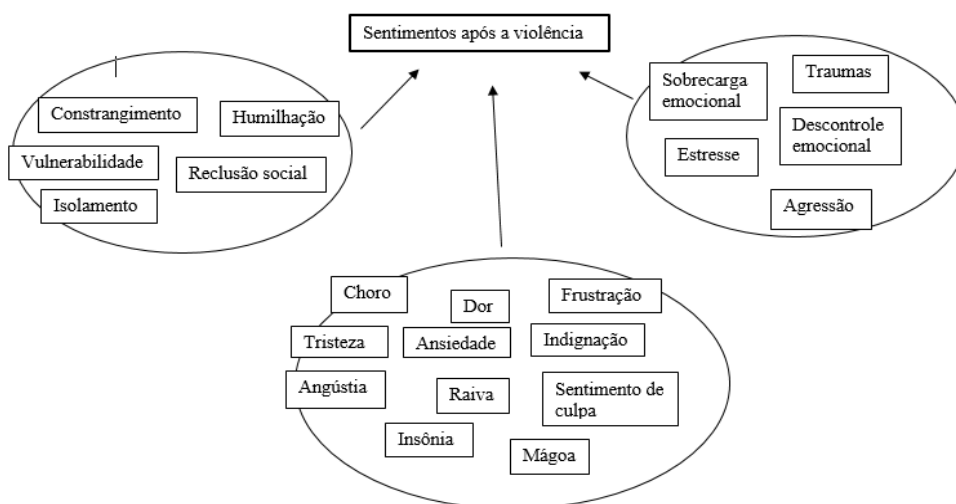


Figura 7. Mapa temático de análise do código principal “Sentimentos após a Violência”

E por fim, os quadros a seguir compõem os resultados dos respectivos temas que fizeram parte desse estudo.

O quadro 3 descreve a construção do tema “invisibilidade das instituições de saúde” e demonstra os principais códigos e discursos dos participantes.

Quadro 3. Descrição do tema invisibilidade das Instituições de Saúde em relação a violência no local de trabalho contra os profissionais da saúde, segundo códigos e discursos dos entrevistados.

Temas	Códigos	Discursos
Invisibilidade das instituições de saúde	Falta de acompanhamento por parte da instituição após a violência no trabalho	...E não teve nenhuma atitude por parte da instituição de chamar esse servidor para conversar ou oferecer algum acompanhamento psicológico pra ele (E1) *
	Não há atuação da instituição quanto a violência verbal e física	Atualmente a instituição não tem nada de prevenção de agressões, tanto física quanto verbal (E1)
	Atuação posterior e não tão efetiva	São sempre posteriores, mas que não são tão efetivos assim (E1)
	A instituição não trabalha a prevenção	Não, eu não acho que a instituição trabalha para a prevenção (E2)
	A gestão não tem prevenido a violência	Eu acho que a gestão pelo contrário, ela não tem prevenido não (E3)
	Falta de atuação da instituição	Eu não vejo nada que a instituição faça (E4)
	Falta de estratégia para prevenção da agressão física	Eu não observei nenhuma estratégia da empresa pra poder prevenir a agressão ao funcionário (E6)
	Falta de apoio da gerência	A empresa não vai resolver nada, pelo menos no caso da empresa, gerência assim, eles não ligam muito pra esses assuntos assim não (E6)

Fonte: Elaborado pelo autor.

*E1: Entrevistado

O quadro 4 descreve a construção do tema “desinformação gera violência”, considerando os códigos gerados através da leitura e compreensão minuciosa.

Quadro 4. Descrição do tema desinformação gera violência, segundo códigos e discursos dos entrevistados.

Tema	Códigos	Discursos
	Desinformação gera agressão física	“Olha é o desconhecimento da população e a demora no atendimento que faz a gente sofrer violência. Eles fala que a gente não quer atender, que a gente é preguiçosa” (E1).
	Falta de compreensão, informação errada	“A gente entende que a situação deixa ele mais nervoso e aí ele pode acabar fazendo uma agressão física” (E1).

Desinformação gera violência	Não resolutividade gera agressão	<p>“O problema que desencadeou essa agressão foi de que ela não foi atendida” (E8)</p> <p>“Agora esses riscos a gente sempre vai correr, porque nós recebemos uma demanda muito grande de gente e os serviços todos da prefeitura eles não dão conta dessa demanda então as vezes o paciente chega já em porque ele não conseguiu o atendimento em outro lugar, e aí ele tá indo ali na expectativa de que vai ser atendido e a gente as vezes não vai conseguir atender” (E8)</p>
	Compreensão sobre o fluxo de atendimento	“Porque a família geralmente não entende o fluxo e as coisas que não dependem da gente, simplesmente existem” (E9)
	Não entender sobre legislação	Normalmente minhas situações de violência são com pacientes que não entendem sobre a legislação e acham que tem direito a tudo né, porque estão na rede pública (E5).

Fonte: Elaborado pelo autor.

*E1: Entrevistado

Os quadros cinco, seis e sete, também descrevem os temas construídos baseados na análise temática realizado nesse estudo.

Quadro 5. Descrição do tema experiências violentas no trabalho: consequências físicas e emocionais, segundo códigos e discursos dos entrevistados.

Tema	Códigos	Discursos
Experiências violentas no trabalho: consequências físicas e emocionais	Soco no rosto	Um profissional, técnico de enfermagem ia preparar a medicação para o paciente e o paciente se exaltou, não queria receber a medicação e desferiu um soco no rosto dele, aí fez o atendimento do colega por conta do soco, fez a contenção do paciente (E1).
	Agressão física	Uma situação de violência que eu presenciei, foi um parente acompanhante de um paciente agrediu o técnico de enfermagem, e aí infelizmente não deu pra fazer nada, o rapaz só fez o boletim de ocorrência e tudo, mas fora isso não teve outras medidas não, da parte da empresa (E6).
	Falta empatia	E outro é a enfermeira da unidade, aquela dali parece que não tem empatia com ninguém, ela não tem empatia, nem com os funcionários, nem pelos usuários (E2).
	Falta paciência	Aí foi um senhor sozinho e era os exames que era pra marcar pra ele, tem que explicar o local tudo, o preparo e ele não tava entendendo, estava com dificuldade; e assim tinha uma fila e essa menina era uma moça de uns 24 anos, aí uma hora ela gritou: “vem cá, vai demorar muito isso aí?” Eu levantei e falei assim: “olha, eu estou explicando pra ele porque ele está com dificuldade e vou explicar pra ele até ele entender, se você quiser espera ou você vem depois” (E4)
	Humilhação	Olha! Tem uma paciente aqui que tá armando barraco, humilhando a minha funcionária, porque a carteirinha tá rasgada e ela quer que passe a limpo (E7)
	Ameaças	Eu fiquei sete horas numa delegacia pra registrar uma ocorrência, ela ficou presa nesse período, e eu passei por um delegado, por escrivão, chamei advogado, normalmente nesses casos a gente não costuma registrar, mas como eu fiquei com muito medo

	porque ela me ameaçou e era uma paciente acostumada a fazer esse tipo de coisa, ela sempre fazia isso no posto, e aí eu fui orientada por todo mundo a registrar e eu registrei! (E9)
Traumático	Foi muito traumático, eu fiquei muito mal; não que ela tenha me machucado fisicamente ou alguma coisa assim, ela só me empurrou, mas a sensação de impotência e de vulnerabilidade é bem grande, e você fica totalmente sem reação, você sai de casa pra trabalhar e tem que passar por esse tipo de constrangimento!?(E9) Aí ela foi e me ofendeu, falou que eu era uma irresponsável, que eu não sabia trabalhar, que eu era incapaz, enfim, ela me disse muitas coisas que me ofendeu, que eu fiquei meia traumatizada, ela me tirou como se eu fosse uma pessoa que tivesse destruído o setor (E11)
Violência verbal	Então, a violência nunca chegou a ser física, ela é sempre verbal por conta que a população lá é bem de idade, porém no meu caso, como dispensador de medicamento, é sempre referente a alguma medicação que eu não tenho ou que não ta disponível no momento, ou que eu não tenho permissão legal pra dispensar; e sempre com a negativa eles atacam a primeira pessoa que ta lá, no caso eu, de coisas que não são da minha responsabilidade, não cabe a mim fazer licitação pra medicação, não cabe a mim fazer dispensação de medicação controlada, que é só farmacêutico por lei que pode, mas sou eu que ouço a frustração da população (E10).
Constrangimento	Aí ela falou assim “Porque eu tenho ódio dela, eu não gosto dela, eu não suporto essa mulher, se fosse por mim ela não taria aqui” (E11)
Ofensas	“Ó que esse tipo de coisa fica guardado né! Eu nunca me senti tão judiada, tão massacrada dessa forma, eu poderia muito bem ter apanhado de alguém, que eu acho que não doeria tanto que me doe a ofensa dessa paciente” (E7)
Expor ao ridículo	“Eles têm que ter empatia, eu falo muito essa palavra, mas ela é a chave de tudo, se colocar no lugar da pessoa, será que ela iria gostar de o superior dela fizesse a mesma coisa com ela, colocar alguém ao ridículo na frente de terceiros” (E2)
Reclusão social	“Isso me deixou um pouco recluso, eu senti vontade de chorar, senti vontade de ficar isolado, me bateu uma tristeza, uma angustia, vontade de chorar e uma ansiedade descontrolada, porque eu já sofro por ansiedade, e aquele probleminha fez com que aflorasse aquilo que eu estava controlando” (E2)
Dor	Eu pedi um atestado, eu fiquei uma semana de atestado pra tentar me recuperar, foi bastante difícil, porque assim, eu não sou de guardar mágoa, eu não sou daquelas pessoas que fica remoendo, mas cada vez que eu via aquela enfermeira parece que vinha aquela dor dentro de mim, foi muito difícil (E11)
Tratamento psicológico	Eu saia da unidade chorando as vezes, eu não conseguia dormir, teve situações que um simples gesto ali de assédio moral para comigo “acabava meu dia” então eu precisei de uma ajuda de um psicólogo (E2)
Sobrecarga emocional	E eu aguentando, aguentando, aguentando; até que chegou um momento que eu não aguentei mais, eu levantei, eu já tava

		tremendo, respirando fundo e mesmo assim ela ficava me olhando dessa forma! (E7) Porque eu to sendo humilhada aqui, eu to sendo agredida verbalmente, aqui eu não sou burro de carga pra ficar aceitando essas coisas não! (E7)
	Descontrole emocional	Olha, eu não vou fazer e eu to saindo, peguei a chave do carro, peguei meu carro, entrei no meu carro e saí voando dali, parei do lado do parque que tem aqui perto de casa, e chorei, chorei, chorei como nunca tinha chorado antes! (E7)
	Tratamento medicamentoso	Esse tipo de coisa, de violência (choro) ele fica guardado na gente, a gente trata no psicólogo, a gente pode até tomar medicação que psiquiatra indicou, só que é coisas do dia a dia, pacientes que querem passar por cima da gente, faz lembrar desse tipo de coisa que eu passei, desse tipo de situação que eu passei com essa mãe (choro) (E7)
	Psiquiatra	Porque eu tava bem, só que do jeito que eu passei com essa paciente me desestruturou tudo, aí eu voltei a ir num psicólogo, num psiquiatra, que eu tinha recebido alta já, eu tive que voltar, porque a gente fica assustada, é igual, sei lá, acho que é igual uma criança, fica assustada, se sente perseguida (E7)
	Elevação da pressão arterial	Tanto é que já me levou a pedir um remanejamento, porque esse tipo de situação ta me afetando pessoalmente, eu antes de entrar lá não tinha pressão alta, não tinha ansiedade e eu to tendo hoje em dia (E10)
	Afetou convívio familiar	Não sei, é difícil de explicar, aí é difícil; pra enfrentar isso eu voltei com a psicóloga e demorou um tempo eu tive que ir no psiquiatra e aí com o tempo foi passando, eu me isolei um pouco também e eu não aguentava ouvir ninguém falar comigo, eu tava sem paciência pra ouvir ninguém; acabou abalando até a minha convivência com meu filho, porque chegava aqui em casa, tudo que ele queria era atenção ou pelo menos conversar um pouco com a mãe dele, só que eu não conseguia (choro), eu queria muito silêncio... (E7)

Fonte: Elaborado pelo autor.

*E1: Entrevistado

Quadro 6. Descrição do tema “Aplicabilidade da Política Nacional de Humanização do SUS”, segundo códigos e discursos dos entrevistados.

Tema	Códigos	Discursos
	Orientação	Então esse trabalho de orientação, de explicar como funciona essa questão de encaminhamento e do tipo de atendimento de uma UPA, é que pode evitar as violências verbais... (E1) Sempre quando estou na assistência, eu busco explicar tanto para o paciente quanto para o acompanhante se o atendimento está demorado, a unidade está lotada, se aquele caso que ele foi lá na UPA é realmente algo de urgência e emergência, ou algo que ele poderia buscar atendimento na Unidade básica, pra já informar ele que pode ser que demore um bom tempo o atendimento!!! (E1) “Eu gosto de explicar, não quero que a pessoa saia dali com dúvida, é meu jeito e é assim” (E4)

Aplicabilidade da Política Nacional de Humanização do SUS	Acolhimento	Olha! Tem que acolher de fato, dentro da Atenção Básica, tem que acolher o paciente e a comunidade... (E2)
	Comunicação	Teria que mudar assim, eles participarem mais, informar o servidor, “ah, tem uma mudança, vamos repassar pra todo mundo”. Não sei o que acontece que a informação para no meio do caminho, o pessoal fica meio perdido, é isso! (E4)
	Atuação da gestão	“E essa melhora deveria acontecer com a gestão em relação aos servidores, mas é os servidores que fazem com que a violência não se torne pior, e a fiscalização de quem coordena uma equipe deveria ser um pouquinho mais acentuada” (E3)
	Educação continuada	“Realmente falta capacitação ao profissional pra poder ajudar, auxiliar melhor essas pessoas que vai em busca de ajuda” (E11)
	Comunicação no trabalho	Aí eu pensei também, a gente todo mundo ali do posto falando a mesma língua, poderia ser que barrasse um pouco algum tipo de agressão. (E7)
	Fortalecimento do trabalho em equipe	Relacionado aos profissionais é um fortalecimento do trabalho em equipe, ter compromisso com a denúncia, isso é muito importante, mas também eu acho que a equipe que está ali, tem que ser unida... (E2)
	Diálogo com a população	Eu te falo assim com toda certeza, quem tem mudado esse culturalmente é nós servidores, conversando mais com a população que a própria gestão (E3) É estar conversando quando geralmente tem muita gente pra ser atendida, estar explicando que o atendimento vai demorar devido a isso e devido aquilo, e isso conforta, essa atenção que você dá ao paciente que ta a aguardar (E3)
	Educação em saúde	Na real eu não sei, eu não sei mesmo, porque eu até há um tempo atrás, eu tinha pensado que a gente poderia fazer um tipo de educação tipo de orientação, no telão ou então nessas televisões que agora tem nos postos, colocar ali um videozinho sobre como que funciona a sala de vacina, por exemplo... (E7)
	Ambiência	Eu realmente não sei o que fazer pra prevenir a violência, mas eu acredito que existe uma linha muito tênue entre prevenir a violência e ofertar um serviço de qualidade, então ter um RH compatível com a sua demanda, ter uma estrutura física e uma ambiência adequada que proporcione segurança do paciente, então assim, se eu tenho um déficit de profissionais. (E9)

Fonte: Elaborado pelo autor.

*E1: Entrevistado

Quadro 7. Descrição do tema Rede de Atenção à Saúde: referência e contra-referência, segundo códigos e discursos dos entrevistados.

Tema	Códigos	Discursos
	Orientação quanto aos serviços da rede	Sempre quando estou na assistência, eu busco explicar tanto para o paciente quanto para o acompanhante se o atendimento está demorado, a unidade está lotada, se aquele caso que ele foi lá na UPA é realmente algo de urgência e emergência, ou algo que ele poderia buscar atendimento na Unidade básica, pra já informar ele que pode ser que demore um bom tempo o atendimento (E1)

Rede de Atenção à Saúde: referência e contra-referência	Explicar prioridade dos atendimentos nos serviços de urgência e emergência	Explicar a realidade que a gente está vivenciando que não é uma questão da falta do atendimento, mas sim uma condição que está colocado que a gente precisa sanar ela primeiro para poder prestar assistência para ele!! (E1)
	Explicar sobre atendimento prioritário	A estratégia é o atendimento rápido né, ou tentar explicar pro cidadão, como agora a gente tem o PEC, que é atendido por ordem de chegada, tem todo um horário né, e tem algumas prioridades, que são os pacientes de 60 anos, os pacientes de 80 anos, cadeirantes, pacientes com deficiência física ou mental. (E3)
	Referência e contra-referência	Então esse trabalho de orientação, de explicar como funciona essa questão de encaminhamento e do tipo de atendimento de uma UPA é que acaba ocasionando as violências verbais (E1) Então, talvez tivesse que vir certinho da referência que é o CAPS, só que é longe também para eles retornarem, por isso que eles procuram a unidade. (E5) Então, depois dessa situação a gente começou a levar isso pra reunião, porque assim, a não continuidade do tratamento por um outro serviço, porque nós somos uma unidade que atende transtorno severo grave, naquele momento ela não tava nesse critério de transtorno grave, por isso que ela foi encaminhada (E8)
	Encaminhamento com discussão de caso	O outro serviço que deveria atender não atendeu, a gente discutiu isso com a equipe e aí nós fizemos uma reunião com a discussão da situação com a coordenadora do serviço do CEM e a gente tentou estabelecer o encaminhamento com discussão de caso, antes de encaminhar esses casos com maior resistência do paciente, a gente fazer a discussão do caso com a equipe... (E8)
	Informação ao trabalhador sobre mudanças dos protocolos	Teria que mudar assim, eles participarem mais, informar o servidor, “ah, tem uma mudança, vamos repassar pra todo mundo”. Não sei o que acontece que a informação para no meio do caminho, o pessoal fica meio perdido, é isso. (E4)
	Fluxo de prevenção	... É não existe nenhum protocolo, nenhum fluxo de prevenção a esse tipo de agressões. (E1)
	Discussão de prioridades	Então eu não vejo uma alternativa se não for cada serviço discutir com o outro, algumas prioridades, sabe? Se a gente não começar a discutir prioridade do paciente e da equipe na rede, a tendência é aumentar, e a forma de encaminhar ao serviço... (E8)
	Distinção dos pontos da rede de atenção à saúde	Quanto a prevenção de não ocorrer ela busca algumas maneiras de fazer com que a população identifique onde ela deve procurar cada tipo de atendimento, a gente entende que isso é um pouco cultural e difícil ainda de modificar talvez daqui alguns anos a gente consiga realmente fazer a distinção dos pontos da rede. A instituição em relação a fornecer algum suporte para seus funcionários ela tem ofertado que é o suporte psicológico (E1)
	Fortalecimento da atenção básica	Orientar onde seu paciente deve realmente ir, ou o que ele vai encontrar quando ele for a tal local e talvez a prefeitura buscar outros mecanismos pra gente fazer essa divulgação de onde buscar o atendimento neh! Quando eu tenho determinadas

		queixas de onde eu tenho que ir, talvez se ela fizesse alguma propaganda na televisão ou na rádio, isso colaboraria com a população, ela a compreender e assimilar onde ela deve buscar cada atendimento.
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Elaborado pelo autor.

*E1: Entrevistado

8 DISCUSSÃO

Este estudo demonstrou predominância do sexo feminino (73,6%; n= 128), faixa etária mais jovem (26 a 45 anos; 70,7%) e possuir escolaridade superior ou pós-graduação (63,2%; n=110). Além disso, a maioria dos trabalhadores desempenhavam funções do nível médio (56,3% n= 98), cerca de 32,8% (n=57) tinham tempo menor ou igual a 1 ano no emprego atual, e 59,8% (n=104) atuavam na assistência, 82,2% (n= 143) em tempo integral e a maioria 60,3% (n= 105) nas UBSF.

Os achados deste estudo corroboram com Pai et al. (2018) ao analisarem a violência física e psicológica na região Sul do Brasil, o perfil sociodemográfico se assemelham a maior número de mulheres (58,4%; n=157), predomínio de profissionais do nível médio (45,4%; n=122), porém a população do seu estudo era mais velha e com mais tempo de experiência. No estudo de Vieira (2017) realizado em Belo Horizonte, MG, Brasil, também com maior parte o sexo feminino 70,4% (n=88), a maioria trabalhava no período diurno (60%; n= 75) com carga horária de 40 horas semanais e 76,8% (n=96) relataram ter passado pela experiência da agressão física.

Em relação à violência no local de trabalho, 76,4% dos profissionais relataram que já sofreram, destes (n=133), 95,5% sofreram de violência verbal, 36,9% violência moral ou psicológica, 19,6% violência física e 12,8% violência por assédio sexual. Além disso, os usuários mais atendidos eram adultos (94,9% n=165) seguido dos idosos (83,4%; n=145).

Segundo o estudo de Najafi et al. (2018) os participantes revelaram que experimentaram vários tipos de violência no ambiente de trabalho, sendo o abuso verbal (39,2%), agressão física (22,7%) e assédio sexual (1,1%), achados semelhantes ao presente estudo. No estudo brasileiro por Pai *et al.*, (2018) houve predomínio da violência psicológica por meio das agressões verbais (48,7%; n=135), seguido de violência física (15,2%; n=42), 24,9% (n=69) sofreram assédio moral, 8,7% (n=24) discriminação racial e 2,5% (n=7) assédio sexual.

Nos achados de Johnsen et al. (2020) a agressão verbal foi o tipo mais comum de violência no local de trabalho entre os trabalhadores da saúde, onde os pacientes foram os principais agressores e na sua maioria do sexo masculino. Além disso eles apontaram que a agressão verbal (79%) se deu principalmente pela causa tempo de espera.

Ao comparar os sexos entre si, não houve diferença na prevalência de violência verbal, moral/psicológica e física, no entanto, houve uma prevalência aproximadamente 6 vezes maior de assédio sexual no sexo feminino, 12,5% de mulheres vítimas (n=128) versus no 2,2% sexo masculino (n=46).

No estudo de Jatic et al. (2019) confirma também a violência verbal como a mais frequente entre as violências ocorridas no trabalho, dentre a violência física e sexual. Nessa pesquisa também predominou o sexo feminino como vítimas da violência. E relaciona esse fator como violência de gênero, onde as mulheres eram mais sensíveis a estímulos ameaçadores que podem resultar em superestimação da ameaça.

No estudo de Johnsen et al. (2020) ao descreverem as características dos incidentes agressivos na saúde primária de emergência na Noruega, corroboraram com os achados do presente estudo, sobre a prevalência de incidentes agressivos em trabalhadores de saúde mais jovens (44,4% e idade média de 34,1 anos), e 71,5% dos incidentes foram relatados por mulheres.

No estudo de López-García et al. (2018) corrobora que as mulheres relatam mais exposição à violência não física do que homens. Enquanto que à violência física nos homens é mais prevalente do que nas mulheres, possivelmente porque os homens se sentem menos intimidados e menos temerosos e, portanto, se expõem mais a comportamentos violentos.

Outro ponto importante que também evidencia um resultado é em relação a baixa prevalência de violência por assédio sexual. Conforme Jatic et al. (2019) também encontraram em seu estudo que a baixa prevalência de assédio sexual, embora mesmo as baixas taxas de incidência podem ser alarmantes, visto que o motivo pode ser subnotificação e algum tipo de viés de pesquisa.

Ao realizar associações entre os tipos de violências, faixas etárias e cor/etnia, apesar de não haver diferença estatisticamente significativa na amostra estudada, ressalta-se o percentual expressivo apresentado pelos profissionais negros em todos os tipos de violência. No trabalho de Andrade e Assis (2018) destacaram que mulheres negras são mais discriminadas, desempenham trabalhos precários e ganham menores salários. Além disso, as mulheres não vivenciam a violência no ambiente de trabalho da mesma forma que os homens. Isso devido a diferenciação de gênero no enfrentamento da violência, onde as mulheres procuram mais ajuda médica ou psicológica, enquanto os homens podem sofrer com a autoidentidade masculina. Isso explica os achados desse estudo.

Esses mesmos autores corroboram que todo assédio é discriminatório e a intensificação da violência relaciona-se diretamente à dimensão de raça e etnia. No estudo francês de Vallete (2011) verificou-se discriminações de todo tipo, ligadas a raça e ao sexo do trabalhador da saúde.

Outro destaque deste estudo é que apesar de não haver associação entre a ocorrência da violência verbal, moral/psicológica, física e sexual com as variáveis profissionais. Houve

maior prevalência (32,2%) de violência física nos trabalhadores que permaneceram na unidade em meio expediente, e ainda segundo os achados de nosso estudo as ocorrências de violência moral/psicológica e física foram mais frequentes (40,0%) no CAPS relacionado ao paciente.

Os profissionais que atuam na saúde mental são mais vulneráveis à violência no local de trabalho, devido as cargas de trabalhos clínicos pesadas, baixa proporção médico-pacientes e ambientes de trabalho estressantes (XIANG et al., 2020). Por exemplo, um estudo multicêntrico com 1906 trabalhadores do setor psiquiátrico descobriu que a prevalência de violência verbal e / ou física no local de trabalho em 1 ano foi de 84,2% (Lu et al., 2019), corroborando com este estudo, onde houve prevalência da violência moral/psicológica e física nos CAPS.

No estudo brasileiro realizado no Rio de Janeiro-RJ por Paula et al., (2017) revelou que as situações de agressões infligida pelo paciente é vista como ameaça à integridade e segurança dos profissionais, principalmente nos quadros de agitação psicomotora, em que há necessidade de utilização de contenção química e/ou mecânica, apontando a necessidade da prevenção da violência através de treinamentos aos profissionais na atuação a esse perfil de paciente.

Na revisão sistemática da literatura sobre a prevalência da violência no trabalho nos serviços e saúde apontou que na sua maioria foi praticada por pacientes ou visitantes. Esse estudo destacou que, dos 331.544 participantes, 61,9% relataram exposição à violência no trabalho e mencionou a alta prevalência de violência no local de trabalho principalmente nos setores de emergência e psiquiatria e, em relação às categorias profissionais mais afetadas, foram enfermeiros e médicos (LIU et al., 2019).

E é nesses ambientes coletivos que atuam os profissionais da área da saúde. Onde ao prestarem uma assistência direta ao paciente e seus familiares, ou até mesmo num local de trabalho hostil, depara-se com conflitos diários durante sua jornada de trabalho. E é nesse sentido, que acontece a violência, onde profissionais sobrecarregados, pacientes estressados, falta de apoio institucional na garantia de um ambiente seguro, tem levado ao aumento de atos violentos contra profissionais da saúde.

Um ponto em destaque deste estudo, após análise bivariada e multivariada, houve associação entre o sexo do profissional de saúde e a ocorrência de assédio sexual, sendo as vítimas predominantemente do sexo feminino.

De fato, as mulheres são as mais expostas ao assédio sexual, principalmente aquelas das camadas populares e com menos de 25 anos. Atrelado a isso, há relação direta com o assédio moral, em que as mulheres são mais assediadas no trabalho (HIRIGOYEN, 2015).

É importante considerar que o assédio sexual, relacionado a situações de conotação sexual sem consento, interfere na integridade moral e física da trabalhadora e no desenvolvimento de sua carreira profissional. A violência se manifesta em “anedotas ou expressões com conotações sexuais; contato físico não desejado; solicitação de favores sexuais; pressões para “encontros” e saídas; exibicionismo; voyeurismo; criação de ambiente pornográfico; abuso sexual e violação” (p. 13). As profissões majoritariamente do sexo feminino estão mais propensas ao assédio sexual, como é o caso da enfermagem (DIAS, 2008).

A violência verbal foi mais recorrente, os participantes relataram que (n=127), 33,9% ter ocorrido quatro vezes ou mais. Em que os autores dos incidentes foram principalmente os pacientes (67,0%) e seus familiares (35,5%); do sexo feminino (56,7%) e do mesmo sexo do agredido (59,1%), conseguinte 58,4% ocorreram em outra unidade de pronto atendimento.

Surpreendentemente, nos achados de Najafi et al. (2018) a violência verbal foi perpetrada pelos pacientes (36,6%), parentes (17,5%), colegas de trabalho (7,7%) e supervisores (6,3%). O abuso verbal é a violência mais vulnerável no local de trabalho (ALQAHTANI et al., 2020).

Segundo o estudo de Rincón-Del et al. (2016) ao analisarem a violência na saúde, notaram que os insultos foram realizados mais frequentemente por mulheres. Quanto ao perfil do agressor, o paciente foi o principal agressor, informações essas que concordam com esse estudo.

Pesquisa com trabalhadores da saúde que atuam na AB no Brasil demonstrou que 69,8% deles sofreram violência no local de trabalho no último ano. Cerca de 71,6% dos episódios violentos apresentaram usuários de serviços de saúde como agressores; 6,4% eram praticados por familiares e/ou acompanhantes dos pacientes; 11% por colegas de trabalho; e 9,2% por gerentes (STURBELLE et al., 2019).

As consequências da violência verbal que ganharam destaque neste estudo foram principalmente estresse, irritação, perda da concentração e raiva (81,9%). Dos profissionais (n=127), 79,5% relataram que não houve registro do incidente. Segundo o estudo de López-García et al. (2018) também encontraram que a desconfiança, raiva, insatisfação com o trabalho, irritabilidade e ansiedade são algumas das consequências mais frequentes da violência no local de trabalho.

Além disso, para Bernaldo-de-Quirós et al. (2015) concluíram que a equipe de saúde que sofreram algum tipo da violência no seu local de trabalho apresentaram maior ansiedade, exaustão emocional, despersonalização e níveis mais elevados de Burnout do que aqueles que não experimentaram nenhuma agressão.

No estudo realizado na China com trabalhadores médicos, enfermeiros e administrativos, descobriu que incidentes de violência física são gravemente subnotificados às autoridades competentes ou organizações, e ainda há evidências altíssimas de impunidades dos perpetradores de atos de violência física. Apesar que relatar experiências da violência é uma parte essencial para a prevenção de violência no local de trabalho (YANG et al., 2019).

Esses mesmos autores enfatizam que as principais razões para subnotificação e impunidade podem estar relacionadas à má aplicação da lei contra a violência física no setor de saúde e ao suporte organizacional inadequado ou defesa para relatar a violência em suas unidades de saúde. Conforme Jatic et al. (2019) corroboram que o tamanho real do problema é desconhecido por causa da subnotificação, onde o pessoal da saúde são os mais expostos.

A principal causa da violência verbal foi (76,5%) “Falta de precisão na atribuição de papéis e responsabilidades; número reduzido de trabalhadores”. As expectativas não atendidas foram identificadas como um dos principais motivos para agressões (YANG et al., 2019).

Para Morken, Johansen e Alsaker (2015) ao estudarem a violência no local de trabalho na Atenção Primária à Saúde observaram que foi necessário implementar estratégias para minimizar a violência verbal, tais como o preparo do pessoal para lidar com incidentes violentos, resolver a incompatibilidade entre as expectativas do paciente e o serviço oferecido e fornecer suporte no acompanhamento de incidentes. Eles acrescentaram no seu estudo sobre a necessidade de obter pessoal suficiente para a demanda de trabalho.

Já em relação a violência física, a maioria (96,2%; n=26) ocorreu com o uso de arma (objeto, faca ou revolver), os autores dos incidentes foram principalmente os pacientes (73,1%) e seus familiares (34,7%); do sexo masculino (53,9%) e do mesmo sexo do agredido (69,2%). A respeito ao perfil do agressor, o trabalho realizado por Rincón-Del et al. (2016) 56,8% eram homens e 26,8% estavam na faixa etária de 31 a 40 anos. Em 67,8% de casos a situação de violência foi causada pelo paciente, os ataques físicos foram quase três vezes mais frequentes pelos pacientes que por seus companheiros. E as agressões físicas geralmente envolveram maior gravidade entre os trabalhadores.

No estudo de Vieira (2017) a maior parte dos casos de violência ocorreu com profissionais do sexo feminino (n = 72; 75,0%) e no período diurno (n = 55; 57,3%). Conseqüente, houve relação significativa no que diz respeito ao sexo, pois as mulheres foram agredidas com maior frequência quando comparadas aos homens. Observou-se que as mulheres apresentaram 2,8 vezes mais chance de passar pela experiência de ser agredida fisicamente quando comparadas aos homens.

No estudo de Johnsen et al. (2020) os agressores usaram principalmente partes do corpo (81,2%). Porém, os objetos e métodos perigosos (por exemplo, arma, faca ou seringa) foram usados em 11,6% (n =16) dos incidentes fisicamente agressivos.

Já no estudo de Yang et al. (2019) ao investigarem a violência no local de trabalho na China, encontraram que há maior prevalência de lesões físicas em decorrência da violência, os exemplos mais comuns foram lesões, estrangulamentos, socos e chutes. Além disso, outro apontamento importante foi que 72,4% dos agressores não receberam punição.

A principal causa da violência física (76,5%) foi “Falta de segurança no ambiente de trabalho; trabalho isolado (sozinho)”. Os participantes de outro estudo também concordaram que a violência física estava atrelada ao trabalho isolado ou ao risco de trabalhar sozinho, tais experiências agressivas foram traumáticas. Muitos deles enfatizaram a importância de ter um alarme para a capacidade de convocar alguém quando se encontravam em uma situação ameaçadora (MORKEN; JOHANSEN; ALSAKER, 2015).

A disponibilidade de um sistema de alarme também foi apresentada como essencial para a gestão de ameaças e violência. Instalação e manutenção de alarme está entre os pontos de ação recomendados para garantir a segurança e proteção, especialmente ao trabalhar sozinho (MORKEN; JOHANSEN; ALSAKER, 2015).

O estresse, irritação, perda da concentração e raiva acometeram 100,0% dos trabalhadores que sofreram assédio sexual, em que 88,2% (n=26) relataram que não houve registro do incidente, onde a totalidade (100,0%) dos profissionais continuou trabalhando e não receberam auxílio (88,2%). No estudo de Vieira (2017) realizado em Belo Horizonte, Minas Gerais destacou sobre a naturalização da violência, em que devido ao número reduzido dos registros dos casos, comparado com o número de relatos, permitiu a banalização das ocorrências de violência e em consequência disso, as instituições de saúde deram pouco suporte aos profissionais. As notificações deveriam ser o termômetro da violência para que, então, os gestores pudessem tomar as providências cabíveis. Dal Pai et al. (2018) corrobora que com a “naturalização da violência”.

Em relação a percepção dos trabalhadores da saúde quanto a prevenção da violência no local de trabalho, cerca de 79,9% (n= 139) sinalizaram sobre a necessidade do desenvolvimento de um sistema para alertar a pessoa; instalação de sistemas de videovigilância; instalação de detectores de metal para evitar; fornecer escolta de segurança para locais de estacionamento; presença de pessoal da área de segurança.

Para Jatic et al. (2019) eles concluíram também que a violência no local de trabalho é um importante fator de saúde e questão de segurança institucional, e considerando isso, há uma necessidade de intervenção para fornecer um local de trabalho mais seguro ambiente.

Alguns estudos apontaram sobre a necessidade de implantação de medidas de segurança nas áreas de trabalho, através de guardas de segurança. Além disso, garantir e disponibilizar alarmes fixos acessíveis ou alarmes de pânico no local de trabalho (ANTÃO et al., 2020; HAVAEI; DAHINTEN; MACPHEE, 2019; ARNETZ et al., 2017).

Outros autores complementaram sobre a incorporação de medidas de segurança no ambiente físico através de corredores e quartos livres de obstáculos, instalação de detectores de metal, botões de pânico, telefones hospitalares programa para ligação direta à segurança. Como também, patrulhas de segurança, reforço da equipe com apoio, ter policiais estacionados no hospital (HAMBLIN et al., 2017; ZHAO et al., 2015).

Quando questionados se conheciam as medidas de prevenção, 40,8% disseram que sim, destes (n=71), 73,3% citaram a seguinte: presença da guarda municipal; segurança; EPI; manejo de situações de crise; evitar ficar sozinho; policiamento; vigilância; vídeo monitoramento; identificação dos visitantes; boletim de ocorrência; auxílio policial; denúncia; distanciamento.

O uso de sistemas de alarme é essencial para o manejo da agressão física que ocorre inesperadamente. No entanto, a existência de alarmes não traz garantia de segurança, e nossos resultados enfatizam a importância de tempos de resposta curtos em relação aos alarmes (JOHNSEN et al., 2020).

Notou-se com este estudo que as ações de prevenção relacionadas à violência no local do trabalho dos profissionais de saúde da Rede de Atenção à Saúde de Campo Grande, MS voltaram-se às medidas de redução da violência (28,8%) dos profissionais (n=174) referentes à saúde do trabalhador, componente educacional, componente comportamental, valorização profissional e sensibilização sobre a violência no trabalho.

No que tange ao componente educacional, que correspondeu em geral as capacitações e treinamentos em relação a prevenção da violência no local de trabalho. Estudos realizados nos Estados Unidos e China sobre a prevenção da violência no ambiente de trabalho, apontaram para o fortalecimento das ações de natureza educacional, e corroboraram que o treinamento é um componente importante na prevenção bem-sucedida da violência no local de trabalho (HAMBLIN et al., 2017; ZHAO et al., 2015). Educação e conhecimento consistentes foram identificados como dois fatores-chave para redução do risco da violência (MORPHET et al., 2019).

Segundo Ridenour et al. (2017) referem que embora não esteja claro se o treinamento de desaceleração pode realmente reduzir ataques violentos, ele muda a maneira como os ataques são tratados e fortalece o sentimento de segurança entre os trabalhadores.

Em contraste, o estudo de intervenção randomizado de Arnetz et al. (2017) demonstraram uma redução no número de ataques violentos no grupo de intervenção. A intervenção consistiu na elaboração de um plano de ação para a prevenção de agressões violentas nas respectivas áreas. Seis meses após a intervenção, a taxa de incidência de ataques no grupo de intervenção foi significativamente menor do que no grupo de controle (razão da taxa de incidente [IRR] 0,48, IC 95% 0,29-0,80). Mesmo após 24 meses, o risco de ataque violento foi menor no grupo de intervenção do que no grupo de controle (IRR 0,37, IC 95% 0,17-0,83).

Outros autores enfatizaram que capacitações sobre prevenção à violência é considerado importante e útil para prevenir a violência no local de trabalho no setor da saúde. E que treinamento em "técnicas de redução de escala verbal" voltado aos recursos de autodefesa, como também frente à uma situação de violência através da implantação do aviso avançado em todo o sistema operacional sobre o potencial comportamento violento do usuário dos serviços de saúde, a garantia de melhor assistência ou mais precoce no local com objetivo de prevenir ou minimizar a violência (ARNETZ et al., 2017).

O componente comportamental evidenciado no presente estudo, relacionou-se principalmente ao manejo às situações de conflito e evitar trabalhar isolado. E segundo o estudo de Hamblin et al. (2017) ao formularem um plano de ação que permitiu que cada unidade desenvolvesse estratégias focadas, com prazos para implementação, esses elementos visaram produzir uma intervenção de baixo custo para reduzir a violência no local de trabalho com alta fidelidade e transferibilidade. E referiram que gestão de conflitos, formação dos trabalhadores para evitar a violência, aprender a respeitar os colegas de trabalho, lidar com situação de stress; táticas defensivas em assalto e comunicação, foram fatores essenciais para a prevenção.

O incentivo ao relato de situações de violência pode ser preconizado por meio da busca por uma comunicação efetiva como estratégia de manejo da violência. Uma análise de situação deve ser estabelecida por meio da escuta, que está relacionada à liderança, negociação e análise cultural. Os resultados do estudo demonstraram a necessidade de escuta e compreensão dos profissionais atingidos pela violência, visto que as situações muitas vezes são esquecidas pelos pares, o que também se caracteriza como situação de violência para os profissionais (FLORIDO et al., 2019).

A violência no local de trabalho, além de afetar a rotatividade podem resultar em efeitos negativos para a saúde (física e psicológica), diminuição da autoestima e da confiança,

juízo prejudicado do trabalhador e diminuição da produtividade. Por isso, pensar em saúde do trabalhador é um fator determinante para o trabalho (ANA, 2015).

Em relação a valorização profissional alguns autores correlacionaram que as violências possuem potenciais lesões físicas com foco principal nas consequências psicológicas. Esses fatores podem restringir a satisfação, a saúde e o desempenho dos funcionários a longo prazo e resultar em menor satisfação no trabalho e um aumento no número de dias de licença médica, por isso a necessidade da valorização profissional (NIENHAUS et al., 2016; PEKURINEN et al., 2017).

O estudo de Schablon et al. (2018) realizado na Alemanha corrobora com os achados do presente estudo e cita que a conscientização sobre o assunto nos últimos anos provavelmente resultou em uma mudança na percepção dos ataques violentos. O que antes era considerado comum entre os profissionais da saúde, agora é visto como algo que não precisa ser tolerado. Essa sensibilização resultou em números de relatórios mais altos e produtivos para a prevenção dos episódios de violência no trabalho.

A seguir serão discutidos os temas que emergiram da análise temática do presente estudo.

Invisibilidade das instituições de saúde

Esse estudo evidenciou que as respostas das instituições de saúde provaram ser invisíveis frente a violência no trabalho contra trabalhadores da saúde. Notadamente suas ações foram posteriores e ineficazes.

São sempre posteriores, mas que não são tão efetivos assim (E1)

Eu não vejo nada que a instituição faça (E4)

Eu não observei nenhuma estratégia da empresa pra poder prevenir a agressão ao funcionário (E6)

Segundo um estudo realizado em Belo Horizonte (Brasil), sobre a violência vivenciada no local de trabalho em UBS. Mostrou que as atuações das instituições devem incluir atividades formais, procedimentos de notificação, investigação do evento e ações sobre o agressor após a ocorrência de violência (OIT, 2003; BATISTA et al., 2011).

Porém na prática, nosso estudo apontou que as instituições de saúde têm fornecido apenas atendimento psicológico ao trabalhador vítima de violência seja ela física ou verbal, entretanto muitas vezes esse acompanhamento tende a falhar durante o processo. Devido a pandemia pelo Covid-19, foi registrado pelos participantes que esse atendimento é online, porém não tão eficaz.

...E não teve nenhuma atitude por parte da instituição de chamar esse servidor para conversar ou oferecer algum acompanhamento psicológico pra ele (E1)

No estudo de Batista et al. (2011) as ações institucionais são vistas pelos trabalhadores da saúde como um importante suporte para conflitos e episódios de violência cometidas no ambiente de trabalho. No percurso em decorrência da violência, o primeiro passo é a comunicação ao distrito de saúde, já em relação a violência física e/ou verbal ou situações mais graves, o nível distrital encaminha o trabalhador para o centro de saúde para tomar as devidas condutas, tais como a avaliação da situação e o suporte emocional ao profissional.

Entretanto, em consequência aos impactos da exposição a traumas no local de trabalho, outro estudo apontou sobre a inclusão da necessidade de acesso a suporte psicológico, por causa da experiência de sintomas fisiológicos, sensação de menos segurança no trabalho e necessidade de afastamento do trabalho, corroborando com os achados do nosso estudo (NEWMAN; ROCHE; ELLIOTT, 2021).

A instituição oferece o suporte psicológico, onde qualquer funcionário da rede ele tem a possibilidade de fazer um teleatendimento com psicólogo (E1).

Outro ponto chave foi em relação a atuação direta da gestão e seus gestores, muitos participantes alegaram que as instituições de saúde não agiram para prevenir a violência, os seus gestores também compartilharam dessa mesma atitude.

Atualmente a instituição não tem nada de prevenção de agressões, tanto física quanto verbal (E1)

Não, eu não acho que a instituição trabalha para a prevenção (E2)

Eu acho que a gestão pelo contrário, ela não tem prevenido não (E3)

A empresa não vai resolver nada, pelo menos no caso da empresa, gerência assim, eles não ligam muito pra esses assuntos assim não (E6)

Para evitar atos violentos no ambiente de trabalho, além de programas de prevenção, os trabalhadores devem receber intervenções para reduzir o estresse ocupacional e aprender estratégias de enfrentamento (BABIARCZYK et al., 2020).

Isso porque os agressores estão em todos os níveis da assistência, desde os próprios pacientes até a gerência da instituição, expondo os profissionais a maior risco. Há um relato, falta de prontidão de muitas organizações em lidar com a violência (PENGET al., 2018).

Desinformação gera violência

O tema desinformação gera violência foi destaque no discurso de vários participantes dessa pesquisa. Culturalmente os usuários dos serviços de saúde procuram o pronto-atendimento nos serviços de urgência e emergência, pela fragilidade do acompanhamento e resolutividade da Atenção Básica (AB).

A base desse tema permeia duas grandes questões, a primeira delas é a falha na comunicação entre os serviços de saúde na Rede de Atenção à Saúde, já a segunda é a influência de questões culturais da população em procurar resolver seu problema já na Atenção Terciária.

“A gente entende que a situação deixa ele mais nervoso e aí ele pode acabar fazendo uma agressão física” (E1).

No estudo realizado por Portela (2017) seus apontamentos confirmam os achados desse estudo, em que os usuários do SUS buscam pelo pronto atendimento por causas que poderiam ser resolvidas na AB com o conseqüente aumento do número de internações, além da dificuldade no manejo de doenças crônicas e enfrentamento de doenças transmissíveis.

E é nesse percurso do processo saúde e doença que a violência ocorre, onde a população cobra resolutividade do profissional de saúde, porém essa agilidade não cabe apenas ao profissional e sim a falha no fluxo de atendimento e a demora no atendimento, principalmente nos casos de pacientes com doenças crônicas.

“Olha é o desconhecimento da população e a demora no atendimento que faz a gente sofrer violência. Eles falam que a gente não quer atender, que a gente é preguiçosa” (E1).

Cabe a reflexão sobre o fluxo de atendimento nas unidades de saúde e daqueles que procuram o serviço com demandas que nem sempre são compatíveis com o serviço. O estresse do usuário decorrente da falta de resolutividade em relação ao atendimento contribui para os quadros de violência perpetrada contra os profissionais da saúde (LEITE et al., 2020).

A não resolutividade do problema gera violência. O percurso que o usuário percorre do nível primário ao secundário é muitas vezes desgastante e demorado, e nesses casos ele chega ao nível terciário devido ao agravamento de seu caso. Muitos dos pacientes atendidos nos serviços de urgência e emergência possuem uma doença crônica que foi agravada devido a falha no acompanhamento pela AB, esses fatores como alta demanda de atendimento, falha no fluxo de atendimento e não resolutividade do seu problema, são desencadeadores da violência perpetrada pelos usuários dos serviços de saúde, acompanhantes ou familiares.

“Agora esse risco a gente sempre vai correr, porque nós recebemos uma demanda muito grande de gente e os serviços todos da prefeitura eles não dão conta dessa demanda então as vezes o paciente chega já em porque ele não conseguiu o atendimento em outro lugar, e aí ele tá indo ali na expectativa de que vai ser atendido e a gente as vezes não vai conseguir atender” (E8)

Trabalhadores da saúde encontram-se expostos à violência psicológica perpetrada pelos usuários em forma de ameaça verbal, intimidação e insultos, devido à insatisfação com o atendimento e a não resolutividade dos seus respectivos problemas. Esses atos além de

interferirem na qualidade do atendimento constituem riscos para a integridade física e psíquica dos trabalhadores (LEITE et al., 2020).

É fundamental conhecer a relação existente entre o acesso e a satisfação do usuário, pois isso possibilita alternativas para a melhoria da qualidade dos serviços em saúde, devendo-se considerar aspectos relacionados principalmente ao fluxo de atendimento, tempo despendido na sala de espera e a satisfação com o agendamento, consultas e exames. Portanto, cabe ao gestor avaliar a necessidade de investimentos em infraestrutura e recursos humanos adequados à demanda (CARLOS et al., 2017).

Outro destaque importante relaciona-se à falta de informação cedida ao usuário dos serviços de saúde ou até mesmo a informação errada que tende a gerar conflitos entre usuário *versus* trabalhadores da saúde e em muitos casos a família ou o acompanhante agrava a situação de violência.

“Porque a família geralmente não entende o fluxo e as coisas que não dependem da gente, simplesmente existem” (E9)

No estudo sobre a reforma da AB no Brasil no ano de 2019 por Harzheim et al. (2020) apontou sobre a urgência de promovermos um sistema centrado nas pessoas, com uma trajetória clínica mais curta possível, sem barreiras de acesso, e na qual a informação seguisse o paciente a fim de possibilitar a solução dos problemas de saúde realizada no local mais apropriado, no tempo adequado e com qualidade suficiente. Ao invés disso, temos um labirinto desconhecido de caminhos, onde a pessoa não é acompanhada de suas informações clínicas e onde, muitas vezes, o recurso financeiro não está aplicado no serviço que melhor poderia resolver o seu problema, corroborando com as afirmações do nosso estudo.

Ou seja, sem um fluxo adequado de informações clínicas essenciais que acompanhem a trajetória clínico-assistencial das pessoas, a efetividade de um sistema universal de saúde fica limitada, gerando riscos à saúde das pessoas e à sustentabilidade do sistema (HARZHEIM et al., 2020).

Além disso, a falta de informação, divulgação e resolutividade das demandas trazidas pelos usuários de saúde tem provocado conflitos entre os pacientes e profissionais de saúde, consequentemente a violência tem predominado como desfecho nesses casos.

Segundo Dal Pai (2018) corrobora que a ausência de uma escuta negociadora aliada à cultura da violência estabilizada na sociedade pode caracterizar terreno fértil para a eclosão da violência no trabalho e suas consequências para os profissionais e o cuidado realizado.

Experiências violentas no trabalho: consequências físicas e emocionais

As situações do sofrer ou presenciar violência física, verbal ou sexual são traumáticas e dolorosas que, na maioria das vezes pode acarretar consequências físicas e emocionais.

Um profissional, técnico de enfermagem ia preparar a medicação para o paciente e o PACIENTE se exaltou, não queria receber a medicação e desferiu um soco no rosto dele, aí fez o atendimento do colega por conta do soco, fez a contenção do paciente (E1).

Uma situação de violência que eu presenciei, foi um parente acompanhante de um paciente agrediu o técnico de enfermagem, e aí infelizmente não deu pra fazer nada, o rapaz só fez o boletim de ocorrência e tudo, mas fora isso não teve outras medidas não, da parte da empresa (E6).

As doenças psíquicas em destaque foram a depressão e o transtorno de ansiedade que agravou ou foi evidenciada após um ou mais episódios de violência no local de trabalho, muitos deles se agravaram, sendo necessário fazer o uso de medicamentos controlados, como por exemplo os ansiolíticos e por fim o afastamento do trabalhador por atestado médico.

Esse tipo de coisa, de violência (choro) ele fica guardado na gente, a gente trata no psicólogo, a gente pode até tomar medicação que psiquiatra indicou, só que é coisas do dia a dia, pacientes que querem passar por cima da gente, faz lembrar desse tipo de coisa que eu passei, desse tipo de situação que eu passei com essa mãe (choro) (E7)

A violência psicológica pode ser definida como “o ato intencional contra uma pessoa ou força coletiva que resulta em aspectos físicos, mentais, espirituais, dano moral e social, incluindo insultos, ameaças, ataques, abuso verbal” (PENG et al., 2018).

Alguns autores descobriram que os trabalhadores expostos à violência no local de trabalho podem desenvolver depressão ou experimentar alguns sintomas depressivos. A alta exposição à agressão no local de trabalho mais do que dobra as chances de sofrimento psicológico, em comparação com trabalhadores que estão menos expostos (LANCTÔT; GUAY, 2014).

Em um estudo sobre violência hospitalar na China, a incidência de a violência em hospitais atingiu percentuais tão altos quanto 95%, indicando que o abuso físico e verbal é comum entre a equipe médica (PENG et al., 2018).

No estudo de Mento et al. (2020) ao investigar o impacto da violência no local de trabalho, destacaram maior prevalência nos departamentos de emergência e psiquiátricos. Esta situação está associada a consequências negativas em profissionais de saúde, como aumento da ansiedade, raiva e depressão.

Esses mesmos autores referem que essa violência pode levar a vários efeitos negativos com resultados psicológicos e físicos nos profissionais de saúde.

Frente a esse problema, a estratégia de prevenção para qualquer organização de saúde é a educação de toda a equipe, tais como programas de treinamento que objetivam reconhecer os primeiros sinais de violência em pacientes e/ou visitantes e situações potencialmente violentas, como também proporcionar habilidades de prevenção física e protocolos de gerenciamento de pacientes como parte de uma resposta ampla, multifacetada e coordenada ao fenômeno de violência no local de trabalho na tentativa de diminuir os resultados físicos críticos, bem-estar psicológico e profissional (MENTO et al., 2020).

Aplicabilidade da Política Nacional de Humanização do SUS (HumanizaSUS)

A Política Nacional de Humanização do SUS (PNH) foi lançada em 2003 com o objetivo de colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde e a tarefa de produzir mudanças no modo de gerir e cuidar (BRASIL, 2004). Ou seja, a política buscou fortalecer e reorganizar o SUS com o aprimoramento da qualidade da atenção e da gestão (LOPES et al., 2019).

Essa política pretendeu estimular a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (BRASIL, 2004). E como consequência a violência produzida pela falta ou ausência da aplicabilidade dessa política nos serviços de saúde.

Nota-se que a prevenção da violência no local de trabalho contra os trabalhadores da saúde está diretamente relacionada a aplicabilidade da PNH nos serviços de saúde. Pois nos discursos apresentados no quadro 6 percebe-se alguns pontos-chaves que revelam os princípios e diretrizes da PNH, um deles é o “acolhimento” como uma diretriz operacional, objetiva a construção de vínculo entre o profissional e o usuário.

Olha! Tem que acolher de fato, dentro da Atenção Básica, tem que acolher o paciente e a comunidade... (E2)

Segundo Anjos et al., (2015) o acolhimento é uma prática em saúde que pode ser compreendida como forma de comunicar-se através da escuta e receber as demandas advindas da população com o objetivo de buscar resolutividade, ela ocorre desde a recepção, agendamentos, atendimentos ou até mesmo encaminhamentos ou retornos. Mas o acolhimento vai além do sentido recepção e encaminhamento, pois nele está incluído todo o processo terapêutico do indivíduo.

O acolhimento pode ser compreendido por relações de compromisso, vínculo e confiança entre as equipes dos serviços de saúde e seus usuários (BRASIL, 2015). Como cita a estratégia adotada por dois dos participantes desse estudo em relação à orientação e o diálogo com o usuário, pode prevenir a violência no trabalho.

Então esse trabalho de orientação, de explicar como funciona essa questão de encaminhamento e do tipo de atendimento de uma UPA, é que pode evitar as violências verbais... (E1)

Sempre quando estou na assistência, eu busco explicar tanto para o paciente quanto para o acompanhante se o atendimento está demorado, a unidade está lotada, se aquele caso que ele foi lá na UPA é realmente algo de urgência e emergência, ou algo que ele poderia buscar atendimento na Unidade básica, pra já informar ele que pode ser que demore um bom tempo o atendimento!!! (E1)

“Eu gosto de explicar, não quero que a pessoa saia dali com dúvida, é meu jeito e é assim” (E4)

Enquanto diretriz operacional, o acolhimento envolve uma inversão da lógica da organização e funcionamento dos serviços de saúde. Tem por base os princípios de universalidade de acesso, resolução das demandas de saúde e mudança dos processos de trabalho. Objetiva alcançar a qualificação da relação entre o profissional e o usuário na construção de vínculo. No que se refere ao modo de se trabalhar com as demandas de saúde do usuário, evidencia-se nova forma de agir segundo a clínica ampliada, em que o cuidado é centrado no usuário como ser integral e não somente na sua patologia (BRASIL, 2015; SOUZA; MELO, 2015).

O acolhimento deve estar presente na relação equipes/serviços e usuários/populações para construir um elo de confiança e compromisso. O processo de escuta qualificada para a identificação dos pacientes que necessitam de atendimento prioritário e mais rápido, em razão de risco ou vulnerabilidade é umas das principais ações do acolhimento (SILVA, 2019; OLIVEIRA et al., 2020).

Em correlação aos achados desse estudo, destacou-se exatamente sobre a comunicação como eixo para a prevenção da violência no ambiente de trabalho.

Teria que mudar assim, eles participarem mais, informar o servidor, “ah, tem uma mudança, vamos repassar pra todo mundo”. Não sei o que acontece que a informação para no meio do caminho, o pessoal fica meio perdido, é isso! (E4)

Um dos métodos da PNH é a comunicação entre os três atores do SUS, trabalhadores, usuários e gestores, na produção e gestão do cuidado e dos processos. Um dos seus princípios é a Transversalidade, a qual requer a inserção da PNH em todas as políticas do SUS, buscando

comunicação entre pessoas e grupos, tirando as relações do poder de hierarquização reconhecendo que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido (SILVA, 2019).

Essa comunicação acentuou-se nos discursos dos participantes, principalmente na comunicação entre os profissionais da saúde para fomentar o fortalecimento do trabalho em equipe.

Aí eu pensei também, a gente todo mundo ali do posto falando a mesma língua, poderia ser que barrasse um pouco algum tipo de agressão. (E7)

Relacionado aos profissionais é um fortalecimento do trabalho em equipe, ter compromisso com a denúncia, isso é muito importante, mas também eu acho que a equipe que está ali, tem que ser unida... (E2)

Indissociabilidade entre atenção e gestão busca dar informações de funcionamento da gestão dos serviços e da rede de saúde para usuários e trabalhadores para que os mesmos participem do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva e ao mesmo tempo conhecimento sobre os cuidados e assistências em saúde para que as responsabilidades se dividam entre a equipe de saúde e o usuário, que assume assim o papel de protagonista (SILVA, 2019).

A ambiência, enquanto espaço de encontro entre sujeitos, apresenta-se como um dispositivo que potencializa e facilita a capacidade de ação e de reflexão das pessoas envolvidas nos processos de trabalho, possibilitando a produção de subjetividades protagonistas e corresponsáveis no processo de saúde. Entendemos que a construção do espaço deve propiciar a reflexão e garantir que as ações sejam construídas com integralidade do cuidado, a inclusão das pessoas e de suas singularidades, na perspectiva da equidade (BRASIL, 2017).

Essa diretriz inserida na PNH, vislumbra o significado do ambiente, bem como a estrutura física harmoniosa, confortáveis e que minimamente promova privacidade e individualidade, considerando a população atendida pelo serviço de saúde (BRASIL, 2017). Nesse sentido, esse estudo apontou que a produção da ambiência no local de trabalho, vai muito além da proposta de uma estrutura física adequada, ele propõe a produção de espaços de integração das equipes de saúde e áreas de encontro entre profissionais da saúde e usuários. Como citam:

Eu realmente não sei o que fazer pra prevenir a violência, mas eu acredito que existe uma linha muito tênue entre prevenir a violência e ofertar um serviço de qualidade, então ter um RH compatível com a sua demanda, ter uma estrutura física e uma ambiência adequada que proporcione segurança do paciente. (E9)

Além disso, a ambiência facilitará o diálogo entre os produtores da saúde e os usuários do SUS. Como citam:

*Eu te falo assim com toda certeza, quem tem mudado esse culturalmente é nós servidores, conversando mais com a população que a própria gestão (E3)
É estar conversando quando geralmente tem muita gente pra ser atendida, estar explicando que o atendimento vai demorar devido a isso e devido aquilo, e isso conforta, essa atenção que você dá ao paciente que ta a aguardar (E3)*

Foram evidenciados não só aspectos referentes a uma estrutura física, como também recursos materiais e recursos humanos, e esses fatores, segundo os entrevistados, acabam dificultando a realização de uma assistência qualificada.

Outro aspecto importante destacado nesse estudo é a atuação da gestão, no sentido de implantar um trabalho voltado à prevenção da violência contra os trabalhadores da saúde.

“E essa melhora deveria acontecer com a gestão em relação aos servidores, mas é os servidores que fazem com que a violência não se torne pior, e a fiscalização de quem coordena uma equipe deveria ser um pouquinho mais acentuada” (E3)

Eu realmente não sei o que fazer pra prevenir a violência, mas eu acredito que existe uma linha muito tênue entre prevenir a violência e ofertar um serviço de qualidade, então ter um RH compatível com a sua demanda, ter uma estrutura física e uma ambiência adequada que proporcione segurança do paciente, então assim, se eu tenho um déficit de profissionais (E9)

Teve um tempo atrás um médico da nossa equipe foi agredido por uma paciente numa sala que ele não tinha por onde sair, a paciente derrubou o computador dele e jogou água nele e enfim, não tinha como ele sair, era um espaço físico não adequado (E8)

Rede de Atenção à Saúde: referência e contra-referência

Segundo Nakata et al. (2020) ao realizarem uma revisão de escopo sobre o conceito de Rede de Atenção à Saúde destacaram como sendo uma forma de organização que objetiva garantir direitos, por meio da ampliação do acesso e organização de serviços de saúde intersetoriais, de forma longitudinal e humanizada, em território definido. Essa organização pode ocorrer por meio da formalização de vínculos e processos de trabalho, bem como de sistemas de informação integrados que contribuem para a regulação de serviços, coordenação do cuidado, evitando duplicações, podendo alcançar uma maior capacidade resolutiva e as várias dimensões da integralidade, a eficiência e a efetividade, resultados obtidos em decorrência de troca, colaboração e interdependência.

Considerando que os sistemas de saúde tiveram que reformular-se conforme as necessidades de saúde, outrora voltada principalmente para as doenças infecciosas, na metade do século XX e na outra metade para as condições agudas, e nesse sentido através da implementação de medidas voltadas a essas necessidades reduziram o impacto de inúmeras

doenças transmissíveis (OMS, 2003). Porém com advento das doenças crônicas prevalentes na população os serviços de saúde tiveram que adequar-se a essa nova realidade, para promover qualidade de vida e melhor desempenho dos sistemas de saúde (VOS et al., 2015).

No contexto nacional, nota-se a situação de saúde marcada pela tripla carga de doenças (doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco, as causas externas e persistência das doenças transmissíveis), aliada ao acelerado envelhecimento da população e a um sistema de saúde, que apesar de poder celebrar conquistas, ainda se mostra não totalmente organizado para o enfrentamento deste cenário (SOUZA et al., 2018).

No Brasil, o conceito de RAS, sob a ótica organizativa de sistema de saúde, a despeito de estar inserido nos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e em suas normativas operacionais, passa a ser mais aplicado a partir do Pacto pela Saúde 2006, integrando a proposta de fortalecimento da regionalização, de interdependência e relacionamento direto entre as três esferas de sua gestão (LIMA e MACHADO, 2012). Com a publicação da Portaria GM/MS nº 4.279/201010 e do Decreto nº 7.508/201111 é disparado um movimento nas regiões de saúde, na direção de se construir e operacionalizar a RAS, com a publicação das diretrizes para a sua organização.

Em suma os sistemas de atenção à saúde constituem ações voltadas às respostas sociais, deliberadamente organizadas, para responder as necessidades da população, suas demandas e preferências, ou seja, sua singularidade (MENDES, 2011). Deve haver uma coerência entre a situação das condições de saúde e o sistema de atenção à saúde, nesse sentido observa-se uma crise nos serviços de saúde, onde prevê sua demanda voltada apenas as condições agudas, em que a maior predominância é atualmente a prevalência das doenças crônicas, ou melhor as doenças crônicas agudizam.

Outro impasse encontrado em nosso estudo é a fragmentação do sistema de saúde, o isolamento entre os serviços de saúde e a falha na comunicação, que acaba refletindo nos conflitos entre os trabalhadores de saúde e a comunidade assistida. Para Mendes (2011) há falha na integração e comunicação entre a AB que não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e, esses dois níveis, também não se articulam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos.

O outro serviço que deveria atender não atendeu, a gente discutiu isso com a equipe e aí nós fizemos uma reunião com a discussão da situação com a coordenadora do serviço do CEM e a gente tentou estabelecer o encaminhamento com discussão de caso, antes de encaminhar esses casos com maior resistência do paciente, a gente fazer a discussão do caso com a equipe... (E8)

A função de comunicação expressa o exercício, pela AB, de centro de comunicação das RAS, o que significa ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes (MENDES, 2011).

Os sistemas logísticos são soluções tecnológicas, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, que garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas nas RAS, permitindo um sistema eficaz de referência e contrarreferência das pessoas e trocas eficientes de produtos e informações, ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio, nessas redes (MENDES, 2011).

A AB, conforme denominação internacional, constitui o nível de atenção à saúde que se encontra mais próximo dos cidadãos e tem suas ações desenvolvidas nas unidades básicas de saúde (UBS). Ela representa a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde, devendo se pautar nos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

A referência se caracteriza pelo encaminhamento das UBSs para os níveis de maior grau de complexidade (média e alta). A contrarreferência configura-se pelo retorno do usuário da média ou alta complexidade para a APS, ou seja, quando a continuidade do tratamento requeira menos recursos tecnológicos e terapêuticos, como os disponíveis nas UBSs (SILVA et al., 2010).

Dificuldades maiores foram identificadas no momento do retorno do usuário do nível de maior complexidade para a AB. A inexistência da contrarreferência implica descontinuidade do cuidado, e conseqüentemente, baixa resolubilidade dos casos. A inexistência da contrarreferência parece estar consolidada nos meios dos serviços públicos de saúde (PEREIRA e MACHADO, 2016).

Implantação da notificação da violência no ambiente de trabalho

Outro aspecto importante e muito enfatizado pelos participantes foi a implantação da notificação da violência no local de trabalho. Relataram sobre a importância do registro, da notificação por meio da vigilância epidemiológica. Ou seja, quantificar e dar visibilidade para os casos de violência vivenciado pelos trabalhadores da saúde. Como citam:

O pessoal invalida a agressão, enfim, é muito difícil, mas a partir do momento que os profissionais entenderem da importância dos registros civis, públicos, de notificação de vigilância epidemiológica, ou de registros diretos e indiretos do seu ambiente de trabalho, eu acho que as coisas vão mudar (E9)

É a gente começar a registrar, a gente começar a quantificar, a gente começar a dar visibilidade a esse tema, depois falar sobre as causas e aí sim a gente pensar em estratégias de como evitar, porque a violência a gente sabe que ela não é só do paciente proporcional, ela é em todos os níveis horizontal e vertical, do paciente pro profissional, do profissional pro paciente, do paciente pra chefia, da chefia pro paciente, ela é em todos os níveis (E9)

Outra estratégia frequentemente adotada frente a violência é o registro através do Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), porém muitas vezes o registro não traz resolutividade em relação a prevenção ou solução após a violência. Como citam:

Sempre que você sofre alguma violência por um paciente, por você ser servidor você pode fazer o CAT, já aconteceu de eu fazer CAT em outras vezes e ser indeferido, então já começa por aí, você manda um CAT pra secretaria e volta com indeferimento, então eu não sei como é que eles trabalham no sentido de prevenir, porque eu acho que o CAT é uma ferramenta pra ele quantificar isso e montar uma equipe pra trabalhar as estratégias (E8)

Há uma crença popular de que as ferramentas de denúncia atuais são muito complicadas e demoradas para serem usadas, enquanto os enfermeiros precisam de um sistema simples para poder denunciar a violência imediatamente. O primeiro passo para prevenir a violência no local de trabalho não é apenas reconhecer sua existência, mas também garantir a denúncia adequada de atos violentos. Os incidentes de violência devem ser sistematicamente documentados por meio de um sistema de denúncias desenvolvido por autoridades governamentais e instituições de saúde (BABIARCZYK et al., 2020).

No entanto, foi demonstrado que cerca de metade dos participantes não relata os incidentes violentos, por considerá-los inúteis ou simplesmente sem importância. Essas descobertas são alarmantes, mas não totalmente surpreendentes quando os desafios que existem no mundo da saúde são levados em consideração (BABIARCZYK et al., 2020).

Um estudo descobriu que apenas cerca de 15% dos casos de violência no local de trabalho foram denunciados à polícia ou à segurança pública autoridades. Além disso, às vezes esses casos foram relatados como negligência de médicos sem investigação adequada por parte do interessado autoridades (AHMED; MEMON; MEMON, 2018).

No estudo de Ramacciati et al. (2021) identificaram o fenômeno subnotificação atrelado à percepção do pessoal da saúde considerarem como parte de seu trabalho “diário”, desenvolveram assim uma espécie de “normalização” da violência no local de trabalho. Eles acreditam que seus agressores não são responsáveis por suas ações e temem a notificação devido a reprovação dos administradores.

No estudo citado anteriormente, corroboram com os achados do nosso estudo, através do apontamento que não adianta relatar o evento violento porque não há intervenção

institucional implementada, e ainda destaca que o mecanismo de relatório é muitas vezes demorado, complicado, pouco prático e oneroso. Estudos recentes sugerem que o uso de registro que economiza tempo poderia facilitar o relato de eventos violentos (RAMACCIATI et al., 2021).

E por fim, noutro estudo realizado por Leite et al. (2020) constatou-se que ainda é frágil a cultura institucional nas equipes de saúde em notificar a violência sofrida, fato que impossibilita ainda mais a proposição de estratégias para seu enfrentamento efetivo. Os trabalhadores de saúde apresentam pouco interesse em notificar os casos de violência por desconhecerem seus desdobramentos e por considerarem que seus resultados são de pouca utilidade na realidade do trabalho. Contudo, a não informação dos casos de violência vivenciados pelos trabalhadores, acarreta a perpetuação cíclica do problema, impossibilitando a formulação de estratégias efetivas para a prevenção e resolução dessa problemática.

9 CONCLUSÃO

Este estudo apontou que a maioria dos trabalhadores da área saúde que participaram da pesquisa e atuam na Rede de Atenção à Saúde do município de Campo Grande, MS já sofreram duas vezes ou mais violência verbal e violência moral ou psicológica, aonde os autores dos incidentes foram principalmente pacientes e seus familiares.

Além disso, houve uma prevalência aproximadamente 6 vezes maior de assédio sexual no sexo feminino comparado ao sexo masculino dentre a população participante. A população negra foi consideravelmente vítima de todos os tipos de violência e os trabalhadores que exerciam suas atividades laborais em Centros de Atenção Psicossociais tiveram maior ocorrência de violência moral/psicológica e física. Outro achado importante foi a predominância do uso de arma (objeto, faca ou revólver) utilizada durante a violência física perpetrada pelos agressores.

As principais medidas preventivas de combate à violência no local de trabalho já existentes em relação a percepção dos trabalhadores da área de saúde, que participaram desse estudo foi a segurança nas unidades de saúde, através do guarda patrimonial, porém não eficaz na prática para a prevenção da violência. Foi acrescentado então na visão dos trabalhadores a necessidade da implementação de um sistema de segurança nas unidades de saúde através instalação de sistemas de videovigilância, instalação de detectores de metal, fornecimento de escolta de segurança para locais de estacionamento e a presença de pessoal da área de segurança.

Destacou-se que as medidas de prevenção necessitam voltar-se ao próprio trabalhador da saúde, no que se refere a sua saúde propriamente dita, aliado as ações educacionais e comportamentais, como também a valorização profissional e a sensibilização sobre a temática violência no ambiente de trabalho.

Alguns apontamentos foram cruciais para o entendimento sobre quais ações necessitariam de intervenção para pensar e começar a construir um diálogo sobre como prevenir a violência no local de trabalho contra os trabalhadores da saúde num cenário de Rede de Atenção à Saúde. O primeiro refere-se a resposta das instituições de saúde frente a violência, pois na sua maioria foram posteriores a violência e não tiveram ações preventivas; outra questão foi a desinformação dos usuários sobre os serviços de saúde gerador de vários conflitos situacionais; a necessidade de ações voltadas a saúde do trabalhador, pois a violência sofrida gerou ou exacerbou doenças mentais no trabalhador da saúde; a aplicabilidade da Política

Nacional de Humanização do SUS; a funcionalidade da referência e contra-referência e principalmente a implantação da notificação da violência no local de trabalho.

Conclui-se com este estudo que as prevenções da violência contra os trabalhadores da saúde no ambiente de trabalho perpassam pela segurança do ambiente, saúde dos trabalhadores e o treinamento para prevenir a violência. Além disso, componentes fundamentais para o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde, ou seja, a desordem traz como consequência a violência para o trabalhador da saúde em seu local de trabalho.

Esse estudo possui papel reflexivo sobre a prevenção da violência num cenário de Rede de Atenção à Saúde, e propõe ferramentas que podem ser aplicadas na prática diário do trabalho, a começar por rodas de conversas juntos aos trabalhadores sobre o tema, onde é possível que os mesmos pensem suas próprias estratégias através das provocações levantadas por essa pesquisa.

REFERÊNCIAS

- AHMED, F; MEMON, M. K; MEMON, S. Violence against doctors, a serious concern for healthcare organizations to ponder about. **Annals of medicine and surgery**, v. 25, n. 3–5. 2018.
- ALQAHTANI, M. A; ALSALEEM, S. A; QASSEM, M. Y. Physical and verbal assault on medical staff in emergency hospital departments in Abha City, Saudi Arabia. **World Family Medicine**, v. 18, n. 2, p. 94–100, 2020. Disponível em: <http://www.mejfm.com/February%202020/Violence.htm>. Acesso em: 3 de mar. 2020.
- ANDERSON, C. A; BUSHMAN, B. J. Human aggression. **Annual Review of Psychology**. v. 53. p. 27-51. 2002. Doi: 10.1146/annurev.psych.53.100901.135231.
- ANDRADE, C. B; ASSIS, S. G. Assédio moral no trabalho, gênero, raça e poder: revisão de literatura. **Rev. bras. saúde ocup.** July. v. 43, n. e11, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000012917>.
- ANJOS, M. A; CARVALHO, P. A. L; SENA, E. L. S; RIBEIRO, R. M. C. Acolhimento da pessoa em sofrimento mental na atenção básica para além do encaminhamento. **Revista Brasileira de Saúde Mental**. v. 7, n. 16, p. 27-40, 2015. Disponível em: <http://stat.necat.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1936/4325>. Acesso em 08 mar. 2021.
- ANTÃO, H. S; SACADURA-LEITE, E; MANZANO, M. J; PINOTE, S; SERRANHEIRA, RR; SOUSA-UVA, F A. Workplace Violence in Healthcare: A Single-Center Study on Causes, Consequences and Prevention Strategies. Workplace violence in healthcare, **Acta Med Port**. v. 33, n. 1. 2020. p. 31-37. Doi: 10.20344/amp.11465
- ARNETZ, J; LIPSCOMB, J; OGAITIS, J. In Search of Effective Solutions to Curb Workplace Violence. **ED Manag**. v. 29, n, 4, p. 41-44, 2017.
- ASSUNÇÃO, A. A; TAVARES, I. R; SERRA, P. J. Natureza e condições atuais do trabalho em saúde: o que diz a literatura sobre o adoecimento dos trabalhadores? In: MACHADO, J. H; ASSUNÇÃO, A. A, org. Panorama da Saúde dos Trabalhadores da Saúde. Belo Horizonte: **UFMG**; 2012. p. 106-49.
- ATLAS DA VIOLÊNCIA. Organizadores: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019.
- BABIARCZYK, B; TURBIARZ, A; TOMAGOVÁ, M; ZELENÍKOVÁ, R; ÖNLER, E; CANTUS, D. S. Reporting Of Workplace Violence Towards Nurses In 5 European Countries – A Cross-Sectional Study. **International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health**. v. 33, n. 3, p. 325–338, 2020. Doi: <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01475>
- BALL, J. E; BRUYNEEL, L; AIKEN, L. H; SERMEUS, W; SLOANE, D. M; RAFFERTY, A. M. Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: a crosssectional study. **Int J Nurs Stud**. v. 78, p. 10-5.2018. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.08.004

BATISTA, C. B *et al.* Violência no trabalho em saúde: análise em unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 295-317, Oct. 2011. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462011000200008>.

BERLINGIERI, A. Workplace bullying: exploring an emerging framework. **Work, employment and society**. v. 29, n. 2. p. 342-353. 2015. Doi: 10.1177/0950017014563105.

BERNALDO-DE-QUIRÓS, M; PICCINI, A. T; GÓMEZ, M. M; CERDEIRA, J. C. Psychological consequences of aggression in pré-hospitalar emergency care: Cross-sectional survey. **International Journal of Nursing Studies**, v. 52, p. 260-270, 2015. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.05.011>

BERNASKI, J; SOCHODOLAK, H. História da violência e sociedade brasileira. **Oficina Do Historiador**. v. 11, n. 1. p. 43-60. 2018. Doi: 10.15448/2178-3748.2018.1.24181.

BORDIGNON, M; MONTEIRO, M. I. Validade aparente de um questionário para avaliação da violência no trabalho. **Acta paul. Enferm.** São Paulo, v. 28, n. 6, p. 601-608, Dec. 2015. Doi: 10.1590/1982-0194201500098

BORDIGNON, M; MONTEIRO, M. I. Violence in the workplace in Nursing: consequences overview. **Rev Bras Enferm.** v. 69, n. 5. p. 939-42. 2016. Doi: 10.1590/0034-7167-2015-0133

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988.

_____. Portaria nº 4279 de 30 de dezembro de 2010 (BR). Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União** [periódico na internet], Brasília (DF), 31 dez. 2010: Seção 1: 88 Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 28 fev. 2019.

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>.

_____. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS Nº 737 de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV). **Diário Oficial da União**. 2001.

_____. Ministério da Saúde. A Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde do SUS. **Brasília/DF**: 2012 25 p. [Documento técnico apresentado ao DAF/SCTIE/MS, não publicado na íntegra].

_____. Ministério da Saúde. Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**; 2017. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/07/cartilha_notificacao_violencias_2017. Acesso em: 06 Ago. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Republicada em 21 de maio de 2013. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Brasília**, 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 23 ago. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. A experiência da diretriz de Ambiência da Política Nacional de Humanização – PNH / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Ministério da Saúde**. Brasília, 2012a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde do trabalhador e da trabalhadora [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Cadernos de Atenção Básica, n. 41 – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2005. Disponível em: <http://www6.enp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/ImpactoViol%C3%AAncia.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2020.

_____. Política Nacional de Humanização - **HumanizaSUS**. 2015. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/artigos/693-acoes-e-programas/40038-humanizasus>. Acesso em: 24 fev. 2021.

_____. Portaria nº 2.648, de 7 de novembro de 2011. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto-atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial União**. 2011b.

_____. Portaria nº 4279 de 30 de dezembro de 2010 (BR). Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 2010, n. 88, p. 73. 31 dez. 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso: 28 fev. 2020

_____. Portaria/MS nº 2.436. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**. 2017.

_____. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

CARLOS, L. I; COSTA, J. F; LIMA, FILHO, B. F; GUEDES, M. B. O. G. G. Acolhimento e estratégia saúde da família: relato de experiência. **Rev. Med. Minas Gerais**. v. 27, n. e-1916. 2017. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20170095>.

CHILD, R. J; MENTES, J. C. Violência contra a mulher: O fenômeno da violência no local de trabalho contra enfermeiras. **Issues in Mental Health Nursing**. v. 31,2010.p. 89–95. Doi: 10.3109 / 01612840903267638.

CONTRERA-MORENO, L; MONTEIRO, M. I. Violência no trabalho em enfermagem: um novo risco ocupacional. **Rev. bras. Enferm.** Brasília, v. 57, n. 6, p. 746-749, 2004. Doi: 10.1590/S0034-71672004000600024

CORDENUZZI, O da C. P; LIMA, S. B. S de; PRESTES, F. C; BECK, C. L. C; SILVA, R. M DA; PAI, D. D. Estratégias utilizadas pela enfermagem em situações de violência no trabalho em hemodiálise. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 38, n. 2, e58788, 2017. Doi: 10.1590/1983-1447.2017.02.58788

DADASHZADEH, A; AZAD, R; HADI, H; MALCOLM, B; EISA, M; SUZANNE, C. Iranian pré-hospitalar emergency care nurses' strategies to manage workplace violence: A descriptive qualitative study. **J Nurs Manag.** v. 27. p. 1190–1199, 2019. Doi: 10.1111 / jonm.12791

DAHLBERG, L. L; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 11 (Sup), p.1163-1178, 2007. Doi: 10.1590/S1413-81232006000500007

DAL PAI, D; STURBELLE, I. C. S; SANTOS, C; TAVARES, J. P; LAUTERT, L. Physical and psychological violence in the workplace of healthcare professionals. **Texto contexto enferm.** v. 27, n. 1, p. e2420016, 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018002420016>.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS - **DATASUS**. Informações de Saúde, Epidemiológicas e Morbidade: banco de dados, 2019. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em: 15 mai. 2021.

DIAS, I. Violência contra as mulheres no trabalho: o caso do assédio sexual. **Sociol Proble e Práticas**. v. 57, p. 11-23. 2008.

EDWARD, K. L; OUSEY, K; WARELOW, P; LUI, S. Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. **Br J Nurs.** v. 23, n. 12, 2014. p. 656-9. Doi: 10.12968/bjon.2014.23.12.653

FLORIDO, H. G; DUARTE, S. C. M; FLORESTA, W. M. C; MARINS, A. M. F; BROCA, P. V; MORAES, J. R. M. M. Gerenciamento das situações de violência no trabalho na estratégia de saúde da família pelo enfermeiro. **Texto contexto enferm.** v. 29: e20180432. 2020. Doi: 10.1590/1980-265X-TCE-2018-0432.

GACKI-SMITH, J; JUAREZ, A. M; BOYETT, L; HOMEYER, C; ROBINSON, L; MACLEAN, S. L. Violence against nurses working in US emergency departments. **J Nurs Adm.** v. 39, n. 7-8, p. 340-349, 2009. Doi: 10.1097/NNA.0b013e3181ae97db

GARBIN, C. A. S; DIAS, I. A; ROVIDA, T. A. S; GARBIN, A. J. I. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Cien Saude Colet.** v. 20, n. 6, p. 1879-90, 2015. Doi: 10.1590/1413-81232015206.13442014

HAMBLIN, L. E; ESSENMACHER, L; LUBORSKY, M; RUSSELL, J; JANISSE, J; UPFAL, M; ARNETZ, J. Worksite Walkthrough Intervention Data-driven Prevention of Workplace Violence on Hospital Units. **American College of Occupational and Environmental Medicine.** v. 10, n. 14. 2017.

HARTLEY, D; RIDENOUR, M; CRAINE, J; MORRILL, A. Workplace violence prevention for nurses on-line course: Program development. Westwood, MA, USA. **Work.** v. 51, n. 1, p. 79–89, jun. 2015. Doi: 10.3233/WOR-141891

HARZHEIM, E; SANTOS, C. M. J; D'AVILA, O. P; WOLLMANN, L; PINTO, L.F. Bases para a reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019: mudanças estruturantes após 25 anos do Programa de Saúde da Família. **Rev Bras Med Fam Comunidade.** v. 15, n. 42, p. 2354. 2020. Doi: 10.5712/rbmfc15(2)2354.

HAVAEI, F; DAHINTEN, S; MACPHEE, M. Effect of Nursing Care Delivery Models on Registered Nurse Outcomes. **SAGE Open Nursing.** v.5, n. 1–10, 2019. Doi: 10.1177/2377960819869088

HECKEMANN, B; SIEGRIST-DREIER, S; THILO, F. J. S; HAHN S. Team efficacy and leadership in managing aggressive situations in the general hospital setting: A qualitative descriptive analysis of focus groups with Ward managers. **J Clin Nurs.** 2020. p. 1–13. Doi: 10.1111/jocn.15169

HIRIGOYEN, M. F. Mal-estar no trabalho: redefinindo o assédio moral. 8th ed. Rio de Janeiro: **Bertrand Brasil**; 2015.

ISAAK, V; VASHDI, D; BAR-NOY, D; KOSTISKY, H; HIRSCHMANN, S; GRINSHPOON, A. Enhancing the Safety Climate and Reducing Violence Against Staff in Closed Hospital Wards. **Workplace Health & Safety.** v. 65, n. 9, p. 409–416, 2017. Doi: 10.1177/2165079916672478.

JATIC, Z; ERKOCEVIC, H; TRIFUNOVIC, N; TATAREVIC, E; KECO, A; SPORISEVIC, L; HASANOVIC, E. Frequency and Forms of Workplace Violence in Primary Health Care. **MED ARCH.** v. 73, n. 1, Fev. p. 6-10, 2019. Doi: 10.5455/medarh.2019.73.6-10

JOHNSEN, G. E; MORKEN, T; BASTE, V; RYPDAL, K; PALMSTIERNA, T; JOHANSEN, I. H. Characteristics of aggressive incidents in emergency primary health care described by the Staff Observation Aggression Scale – Revised Emergency (SOAS-RE). **BMC Health Services Research,** v. 20, n. 33, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4856-9>.

JUAREZ DE S. PEREIRA; WILIAM, C. A. M. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des) articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva,** Rio de

Janeiro, v. 26, n. 3, p. 1033-1051, 2016. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000300016>

KVAS, A; SELJAK, J. Continuing Education and Self-Assessment of Knowledge of Nurse Leaders. **The Journal of Continuing Education in Nursing**. v. 44, n. 8. p. 342–349, 2013. Doi: 10.3928/00220124-20130603-07

LANCMAN, S; GHIRARDI, M; CASTRO, E; TUACEK, T. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**. v. 43, n. 4, p. 682-8, 2009. Doi: 10.1590/S0034-89102009005000036

LANCTÔT, N; GUAY, S. The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. **Aggression and Violent Behavior**. v. 19, s/n. p. 492–501. 2014. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.010>

LEITE, C. N; OLIVEIRA, E. B; LISBOA, M. T. L; PENNA, L. H. G; OLIVEIRA, S. A; RAFAEL, R. M. R. Violência na Estratégia de Saúde da Família: riscos para a saúde dos trabalhadores e ao atendimento. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, n. e45789. 2020. Doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.45789>

LIMA, L. D; MACHADO, C. V. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 17, n. 7, p. 1903-14, 2012. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700030>.

LIU, J; GAN, Y; JIANG, H; LI, L; DWYER, R; LU, K et al. Prevalência de violência no local de trabalho contra trabalhadores da saúde: uma revisão sistemática e meta-análise. **Occup Environ Med**. v. 76, n. 12, p. 927-37, 2019. Doi: 10.1136 / oemed-2019-105849

LLOR-ESTEBAN, B; SÁNCHEZ-MUNOZ, M; RUIZ-HERNÁNDEZ, J. A, GATES, J. A. J-B. User violence towards nursing professionals in mental health services and emergency units. **The European Journal of Psychology Applied to Legal Context**. v. 9, p. 33–40, 2017. Doi: 10.1016/j.ejpal.2016.06.002

LOPES, M. T. S. R; LABEGALINI, C. M. G, SILVA, M. E. K, BALDISSERA, V. D. A. Educação permanente e humanização na transformação das práticas na atenção básica. **Rev Min Enferm**. v. 23, p. e-1161. 2019. Doi: 10.5935/1415-2762.20190009

LÓPEZ-GARCÍA, C; RUIZ-HERNÁNDEZ, J. A; LLOR-ZARAGOZA, L; LLOR-ZARAGOZA, P; JIMÉNEZ-BARBERO, J. A. User violence and psychological well-being in primary health-care professionals. **The European Journal of Psychology Applied to Legal Context**, v. 10, p. 57-63. Doi: <https://doi.org/10.5093/ejpalc2018a6>

LU, L; DONG, M; WANG, S. B; ZHANG, L; NG, C. H; UNGVARI, G. S; LI, J; XIANG, Y. T. Prevalence of Workplace Violence against Health-Care Professionals in China: A Comprehensive Meta-Analysis of Observational Surveys Trauma Violence. **Abuse**, 2018. Doi: 1524838018774429

MAGNAVITA, T; HEPONIEMI, T. Violence towards health care workers in a public health care facility in Italy: A repeated cross-sectional study. **BMC Health Services Research**. v. 121, n. 108. 2012. Doi: 10.1186/1472-6963-12-108

MARTINS, S. R; MORAES, R. D; LIMA, S. C. Sofrimento, defesa e patologia: o olhar da psicodinâmica sobre a violência no trabalho. In A. M. Mendes (Org.), *Violência no trabalho: perspectivas da psicodinâmica, da ergonomia e da sociologia clínica* (pp. 19-39). São Paulo: **Universidade Presbiteriana Mackenzie**, 2010.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. In: MENDES, E. Vilaça. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011.

MENDONÇA, M. H. M; MATTA, G. C; GONDIM, R; GIOVANELLA, L. Os desafios urgentes e atuais da atenção primária à saúde no Brasil. In: MENDONÇA, M. H. M; MATTA, G. C; GONDIM, R; GIOVANELLA, L. *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro, RJ (BR): **Editora Fiocruz**, 2018; p.29-47.

MENTO, C; SILVESTRI, M. C; BRUNO, A; MUSCATELLO, M. R; CEDRO, A. C; PANDOLFO, G; ZOCCALI, R. A. Workplace violence against healthcare professionals: A systematic review. **Aggression and Violent Behavior**. v. 51, n. 10138. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101381>

MINAYO, M. C. S. *Violência e saúde* [online]. Rio de Janeiro: **Editora FIOCRUZ**, 2006. Temas em Saúde collection. 132 p. ISBN 978-85-7541-380-7.

MINAYO, M. C. S. *Violência: um problema de saúde para os brasileiros*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde*. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf. Acesso em: 23 jun. 2020.

MINAYO, M. C. S; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde**— Manguinhos. v. IV, n. 3. p. 513-531. 1998. Doi: 10.1590/S0104-59701997000300006

MINAYO, M. C. S; SOUZA, E. R; SILVA, M. M. A; ASSIS, S. G. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 23, n. 6. p. 2007-2016, 2018. Doi: 10.1590/1413-81232018236.04962018

MING, J. L; TSENG, L. H; HUANG, H. M; HONG, S. P; CHANG, C. I; TUNG, C. Y. Clinical Simulation Teaching Program to Promote the Effectiveness of Nurses in Coping With Workplace Violence. **Hu Li Za Zhi**. v. 66, n. 3. p. 59-71, 2019. Doi: 10.6224/JN.201906_66(3).08

MOLINOS, B. G; COELHO, E. B. S; PIRES, R. O. M; LINDNER, S. R. Violência com profissionais da atenção básica: estudo no interior da Amazônia brasileira. Florianópolis. **Cogitare Enferm**. v. 17, n. 2, p. 239-47. Abr. e jun. 2012. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/25747>. Acesso em: 23 ago. 2019.

MORKEN, T; JOHANSEN, I. H; ALSAKER, K. Dealing with workplace violence in emergency primary health care: a focus group study. **BMC Family Practice**. v. 16, n. 51, 2015. Doi: 10.1186/s12875-015-0276-z

MORPHET, J; GRIFFITHS, D; BEATTIE, J; VELASQUEZ, R. D; INNES K. Prevention and management of occupational violence and aggression in healthcare: a scoping review. **Collegian**. v. 25, n. 6. 2018. p. 621 - 632. Doi: 10.5380/ce.v17i2.25747

MORPHET, J; GRIFFITHS, D; BEATTIE, J; INNES, K. Managers' experiences of prevention and management of workplace violence against health care staff: A descriptive exploratory study. **J Nurs Manag**. v. 27, n. 4, p. 781-791. 2019. Doi: 10.1111/jonm.12761.

MUCHEMBLED, Robert. História da violência: do fim da Idade Média aos nossos dias. Rio de Janeiro: **Forense Universitária**, 2014.

NAJAFI, F; FALLAHI-KHOSHKNAB, M; AHMADI, F; DALVANDI, A; & RAHGOZAR, M. Antecedents and consequences of workplace violence against nurses: A qualitative study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 27, n. 1-2, p. e116-e128, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.13884>

NAKATA, L. C; FELTRIN, A. F. S; CHAVES, L. D. P; FERREIRA, J. B. B. Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo. **Esc Anna Nery**. v. 24, n. 2, p. e20190154, 2020. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0154>.

NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH. **Workplace violence prevention strategies and research needs**. 2006. Disponível em: <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2006-144/>. Acesso em: 18 fev. 2021.

NEWMAN, C; ROCHE, M; ELLIOTT, D. Exposure to workplace trauma for forensic mental health nurses: A scoping review. **International Journal of Nursing Studies**. v. 117, p. 103897, may. 2021. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103897>

NIENHAUS, A; DRECHSEL-SCHLUND, C; SCHAMBORTSKI, H; SCHABLON, A. Violência e discriminação no local de trabalho. Os efeitos sobre a saúde e as abordagens relacionadas com o ambiente para prevenção e reabilitação. **Bundes gesund heitsblatt**, v. 59, p. 88-97, 2016.

OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH ADMINISTRATION. Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care and Social Service Workers. Washington, DC: **Government Printing Office**, p. 3148-06. 2016.

OLIVEIRA, A. B DE; BARBOSA, V. F. B; ALEXANDRE, A. C. S; SANTOS, S. C DOS; SANTOS, D. C. S. O acolhimento na rede de atenção psicossocial: estudo descritivo-exploratório. **Online braz. j. nurs**. v. 19, n. 2, jun. 2020. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/6374/html_2. Acesso em: 14 jan. 2021.

OLIVEIRA, K. K. D; FREITAS, R. J. M; ARAÚJO, J. L; GOMES, J. G. N. Nursing Now e o papel da enfermagem no contexto da pandemia e do trabalho atual. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 42, n. e20200120, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200120>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais. Brasília; **OMS**; 2010. Disponível em: http://www.who.int/occupational_health/ambientes_de_trabalho.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas - componentes estruturais para ação. Brasília: **OMS**; 2003.

PACHECO, A; AZZOLIN, G. M. C. A experiência do profissional de Serviço Social na Atenção Básica de Saúde. **Revista Humanidades e Inovação**. v.5, n. 11. 2018.

PAI, D. D. et al. Violência, Burnout e transtornos psíquicos menores no trabalho hospitalar. **Revista Escola Enfermagem**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 460-468, 2015. Doi: 10.1590/S0080-623420150000300014

PALACIOS, M. Violência no ambiente de trabalho no setor saúde da cidade do Rio de Janeiro: trabalhadores da saúde vítimas e algozes. **Cienc. Saude Colet**, v. 8, n. 2, p. 214, 2003. Doi: 10.1590/5000987

PARTRIDGE, B; AFFLECK, J. Verbal abuse and physical assault in the emergency department: rates of violence, perceptions of safety, and attitudes towards security. **Australasian Emergency Nursing Journal**. v. 20, n. 3. 2017. p. 139-145. Doi: 10.1016/j.aenj.2017.05.001

PAULA, G. S de et al. Violência relacionada ao trabalho na psiquiatria: percepção dos trabalhadores de enfermagem. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 86-92, 2017. Doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i2p86-92>.

PEKURINEN, V; WILLMAN, L; VIRTANEN, M; KIVIMAKI, M; VAHTERA, J; VALIMAKI, M. Agressão do paciente e o bem-estar dos enfermeiros: um estudo transversal de pesquisa em ambientes psiquiátricos e não psiquiátricos. **Int. J. Environ. Res. Public Health**. v. 14, p. 1245, 2017.

PENG, L; XING, K; QIAO, H; FANG, H; MA, H; JIAO, M; KANG, Z. Psychological violence against general practitioners and nurses in Chinese township hospitals: incidence and implications. **Health and quality of life outcomes**, v. 16, n. 1, p. 117, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0940-9>.

PEREIRA, J DE S; MACHADO, W. C. ALVES. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des) articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 1033-1051, 2016. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000300016>

PHILLIPS, J. Workplace violence against health care workers in the United States. **New England Journal of medicine**. v. 374, n. 17. p. 1661– 1669, 2016. Doi: 10.1056/NEJMra1501998

PINTOR, E. A da S; GARBIN, A de C. Notificações de violência relacionadas ao trabalho e vigilância em saúde do trabalhador: rompendo a invisibilidade. **Rev. bras. Saúde ocup.** São Paulo, v. 44, e20, 2019. Doi: 10.1590/2317-6369000006918

POLIT, D. F; BECK, C. T. Livro-Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7th Ed., **Artmed**, Porto Alegre, 2019.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255-276, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000200005>.

RAMACCIATI, N; GUAZZINI, A; CALDELLI, R; RASERO, L. User-friendly system (a smartphone app) for reporting violent incidents towards emergency nurses in the Emergency Department: an Italian multicenter study. **Med Lav**. v. 112, n. 1, p. 68-81. 2021. Doi: 10.23749/mdl.v112i1.9984

RIDENOUR, M. L; HENDRICKS, S; HARTLEY, D; BLANDO, JD. Violência no local de trabalho e treinamento exigido pela nova legislação entre enfermeiros de NJ. **J. Occup. Environ. Med.** v. 59, p. e35 – e40, 2017.

RINCÓN-DEL, T. T; VILLANUEVA-GUERRA, A, RODRÍGUEZ-BARRIEN-TOS R, POLENTINOS-CASTRO E, TORIJANO-CASTILLO, M. J; CASTRO-MONTEIRO, E de et al. Agresiones sufridas por las personas que trabajan en atención primaria de la Comunidad de Madrid, 2011-2012. **Rev Esp Salud Pública.** v. 90, n. 25, p. e1-e12, 2016.

RODRIGUES, M; ALTONEN, A. A reação ao assédio moral no ambiente de trabalho. RECAPE - **Revista Carreiras e Pessoas.** v.3, n. 1, p. 76-86, 2013. Doi: 10.20503/recape.v3i1.15440.

SILVA, A. C. et al. **Promoção da Contra-referência no Ambulatório Com Uso do Prontuário Eletrônico pela Neurologia Clínica Pediátrica do Hospital da Criança Conceição.** Monografia [Especialização em Gestão de Projetos de Investimentos em Saúde] - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

SILVA, G dos S. **A trajetória da Política Nacional de Humanização no estado de São Paulo e seu reflexo na gestão de saúde.** Uberlândia, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/25927/1/Trajeto%20da%20Pol%C3%ADtica%20Nacional.pdf>. Acesso em 07 mar. 2021.

SILVA, M. M. A; MASCARENHAS, M. D. M; LIMA C, M; MALTA, D. C; MONTEIRO, R. A; FREITAS, M. G; MELO, A. C. M; BAHIA, C. A; BERNAL, R. T. I. Perfil do Inquérito de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência. **Epidemiol. Serv. Saúde.** v. 26, n. 1. p. 183-194, 2016. Doi: 10.5123/s1679-49742017000100019

SOUZA, M. F. M; MALTA, D. C; FRANÇA, E. B; BARRETO, M. L. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Cien Saude Colet.** v. 23, n. 6. p. 1737-50. 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04822018>.

SOUZA, S. L; MELO, L. G. O acolhimento de usuários de crack em um Centro de Atenção Psicossocial: os sentidos atribuídos pelos trabalhadores. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** v. 11, n. 4, 2015. Doi: 10.11606 / issn.1806-6976.v11i4p181-189

STENE, J; LARSON, E; LEVY, M; DOHLMAN, M. Workplace violence in the emergency department: giving staff the tools and support to report. **Perm J.** v. 19. p. e113-117, 2015. Doi: 10.7812/TPP/14-187

STORY, A. R; HARRIS, R; SCOTT S. D; VOGELSMEIER, A. An Evaluation of Nurses' Perception and Confidence After Implementing a Workplace Aggression and Violence Prevention Training Program. **Jona.** v. 50, n. 4. p. 212-213, 2020. Doi: 10.1097/NNA.0000000000000870

STURBELLE, I. C. S; PAI, D. D; TAVARES, J. P; TRINDADE, L. L; RIQUINHO, D. L; AMPOS, L. F. Violência no trabalho em Unidades de Saúde da Família: um estudo de métodos mistos. **Acta Paul Enferm.** v. 32, n. 6, p. 632-41, 2019. Doi: 10.1590 / 1982-0194201900088

TANAKA, O. Y; DRUMOND JUNIOR, M. CRISTO, E. B; SPEDO, S. M; PINTO, N. R. S. Uso da análise de clusters como ferramenta de apoio à gestão no SUS. **Saude Soci.** v. 24, n. 1, p. 34-5, 2015. Doi: 10.1590/S0104-12902015000100003

THE NATIONAL OBSERVATORY OF AGGRESSIONS TO PHYSICIANS (ONAM). Workgroup and General Council of Official Medical Associations of Spain (CGCOM). **BMC Res Notes.** v. 11, n. 347, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s13104-018-3393-7>. Acesso em: 01 ago. 2020.

TIAN, Y; YUE, Y; WANG, J. et al. Workplace violence against hospital healthcare workers in China: a national WeChat-based survey. **BMC Public Health.** v. 20, n. 582. 2020. Doi: 10.1186/s12889-020-08708-3.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: **Atlas**, 1987.

TUYA-FIGUEROA, X; MEZONES-HOLGUIN, E; MONGE, E; ARONES, R; MIER, M; SARAVIA, M; TORRES, J; MAYTA-TRISTÁN, P. External workplace violence against doctors in hospital services in Lima Metropolitana, Peru 2014. **Rev. perú. med. exp. salud publica,** Lima, v. 33, n. 4, p. 670-679, 2016. Doi: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.334.2550>.

VALETTE, J. C. Harcèlement moral: violence ou domination? Santé mentale au travail et action. In: DEJOURS, C, editor. *Conjurer la violence: travail, violence et santé.* Paris: **Payot & Rivages**; p. 309-24, 2011.

VIEIRA, G. L. C. Agressão física contra técnicos de enfermagem em hospitais psiquiátricos. **Rev. bras. saúde ocup.** v. 42. n. e8. 2017. Doi: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000004216>.

VOS, T; ALLEN, C; ARORA, M; BARBER, R. M; BHUTTA, A. Z; BROWN, A. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the. **Global Burden of Disease Study.** v. 34, n. 9. p. 34-38, 2015.

WOLF, L. A; DELAO, A. M; PERHATS, C. Nada muda, ninguém se importa: Compreender a experiência de enfermeiros de emergência agredidos fisicamente ou verbalmente durante o atendimento. **Journal of Emergency Nursing.** v. 40. 2014. p. 305–310. Doi: 10.1016 / j.jen.2013.11.006

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector**; International Labour Office: Geneva, Switzerland, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority.** Geneva: World Health Organization, 1996.

XIANG, Y. T; JIN, Y; WANG, Y; ZHANG, Q; ZHANG, L. T. Cheung Tribute to health workers in China: a group of respectable population during the outbreak of the COVID-19 **Int. J. Biol. Sci.**, v.16, n. 10, p. 1739-1740, 2020.

YANG, S. Z; WU, D; WANG, N, et al. Workplace violence and its aftermath in China's health sector: implications from a cross-sectional survey across three tiers of the health system. **BMJ Open**, v. 9, p. e031513, 2019. Doi: 10.1136/bmjopen-2019-031513

ZHAO, S; LIU, H; MA, H; JIAO, M; LI, Y; HAO, Y; SUN, Y; GAO, L; HONG, S; KANG, Z; WU, Q; QIAO, H. Coping with Workplace Violence in Healthcare Settings: Social Support and Strategies. **Int. J. Environ. Res. Public Health**. v. 12, p. 14429-14444, 2015. Doi: 10.3390/ijerph121114429

APÊNDICE

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa com o tema: “Violência no ambiente de trabalho contra profissionais da área da saúde da Atenção Primária à Saúde e as práticas de prevenção”. A pesquisa tem como objetivo coletar algumas informações sobre ações de prevenção relacionadas à violência no local de trabalho dos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde de Campo Grande/MS.

A pesquisa será coordenada pela pesquisadora Josyenne Assis Rodrigues, enfermeira mestranda no Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Sob orientação da enfermeira Professora Doutora Luciana Contrera.

Caso você aceite participar da pesquisa, inicialmente será necessário responder um **questionário estruturado**, que contém perguntas abertas e fechadas sobre questões sociodemográficas e relacionado a sua profissão. Além disso, **you will need to answer a questionnaire semi-structured**, sobre avaliação da violência no trabalho, nele você vai responder em cada item uma das opções de resposta e nas questões abertas você poderá responder com suas próprias palavras. Caso você tenha sofrido violência no seu ambiente de trabalho e responder à questão aberta do questionário da seção prevenção e redução da violência no ambiente de trabalho, você será convidado a participar de uma entrevista com o pesquisador, aonde ele irá te fazer algumas perguntas para saber sua opinião sobre como prevenir a violência no seu local de trabalho.

Durante a entrevista o pesquisador escolherá uma sala fechada a fim de garantir a confidencialidade das informações prestadas, além disso ele irá marcar uma data e horário previamente com você para esse encontro.

Você terá apenas **dois encontros** com a pesquisadora, o primeiro será agendado previamente com a gerente de sua Unidade de Saúde para que você responda os instrumentos sem que haja interrupções. O segundo será agendado com você para que a entrevista aconteça, conforme a sua disponibilidade.

Rubrica do Participante

Rubrica do Pesquisador

O seu anonimato será mantido, de forma que apenas os pesquisadores saberão quem forneceu cada uma das respostas, ou seja, a sua identidade será mantida em sigilo. Além disso, você não saberá quem são os outros participantes envolvidos na pesquisa e eles também não saberão que você faz parte da pesquisa.

As informações obtidas durante a gravação da entrevista serão armazenadas em um local totalmente seguro, de modo que estejam acessíveis somente aos pesquisadores dessa pesquisa.

- a) Os **benefícios da pesquisa** incluem o **recebimento de informações resultantes da pesquisa e orientações sobre a prevenção da violência no seu local de trabalho, como também demonstrar que a prevenção da violência vai te ajudar a ter um ambiente de trabalho mais seguro e promoção da sua saúde como trabalhador.** Já os riscos são mínimos e **estão relacionados com constrangimentos que você pode sentir ao responder algumas perguntas feitas pelos pesquisadores ou durante a entrevista ao responder perguntas sensíveis sobre a violência sofrida e também nas respostas dos instrumentos.**
- b) **É possível que você sinta algum desconforto ou constrangimento ao responder alguma pergunta** dos questionários ou durante a entrevista, caso você participe. Se isso acontecer, você pode dizer ao pesquisador que prefere não respondê-la, sem qualquer prejuízo para seu trabalho.
- c) O (A) Sr. (a) tem o tempo que precisar para refletir, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida para aceitar a participar da pesquisa.
- d) Se depois de consentir em sua participação o (a) Sr. (a) desistir de continuar participando, **tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa**, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

Rubrica do Participante

Rubrica do Pesquisador

- e) **Você não terá nenhuma despesa** para participar do estudo, **e não receberá qualquer valor em dinheiro caso decida participar.** Porém, asseguramos indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.
- f) **Caso você identifique alguma violência sofrida no seu ambiente de trabalho, durante a sua participação nessa pesquisa.** O pesquisador realizará algumas orientações sobre o que você deverá fazer diante o ocorrido.
- g) **O pesquisador te orientará a procurar a Gerência de Saúde do Servidor (GERSAU)** localizada na Secretaria de Saúde do Município de Campo Grande, no endereço Rua Bahia, 280, bairro Jardim dos Estados, lá você receberá um acolhimento através de uma escuta qualificada, relatando o ocorrido. O atendimento deverá ser agendado via telefone no número (67) 2020-1550. Você receberá um atendimento individualizado, onde os profissionais responsáveis irão realizar o acompanhamento do seu caso e realizar os encaminhamentos necessários de acordo com as suas necessidades.
- h) Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, bem como armazenados em banco de dados sob a responsabilidade do coordenador do projeto, Josyenne Assis Rodrigues e Luciana Contrera, podendo ser acessado para futuras pesquisas e publicações.
- i) Para qualquer outra informação, o (a) Sr. (a) poderá entrar em contato com os pesquisadores no telefone **(67)9220-4479**. Para perguntas sobre os direitos como participante no estudo, ligue para o **Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, no telefone (67) 3345-7187.**

Rubrica do Participante

Rubrica do Pesquisador

Eu _____, fui informado sobre o que os pesquisadores querem fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. **Declaro que tive tempo adequado para refletir e decidir sobre a minha participação.** Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Assinatura do Participante

Assinatura e carimbo do Pesquisador
Responsável

Data: ____/____/____

APÊNDICE B – Questionário sociodemográfico e profissional

Número: _____

Esse questionário tem o objetivo de identificar algumas informações sociodemográficas, profissionais e do seu local de trabalho, favor assinale os parênteses com a melhor resposta ou escreva nos espaços disponíveis. Se não souber responder alguma questão, você poderá verificar com o pesquisador, para esclarecer suas dúvidas ou passar diretamente para a próxima pergunta.

- Dados pessoais

1. Qual sua idade? _____
2. Sexo: () Masculino () Feminino
3. Qual a sua situação conjugal?
 - a. () Solteiro (a)
 - b. () Separado (a) / divorciado (a)
 - c. () Vivendo com o (a) companheiro (a)
 - d. () Casado (a)
 - e. () Viúvo (a)
4. Qual a sua cor?
 - a. () Branco
 - b. () Pardo
 - c. () Negro
 - d. () Amarelo
 - e. () Indígena

- Dados profissionais e do local de trabalho

5. Nível de escolaridade:
- () Ensino Fundamental Completo
 - () Ensino Médio Completo
 - () Ensino Superior Incompleto
 - () Ensino Superior Completo
 - () Pós-graduação
 - () Mestrado
 - () Doutorado
 - () Outro

6. Anos de estudo: _____

7. Local de trabalho: UBS () UBSF () CRS () CAPS

Em que unidade: _____

Qual região de saúde: _____

8. Profissão:

() Enfermeiro (a)

() Técnico (a) de enfermagem

() Médico (a)

() Auxiliar de enfermagem

() Agente comunitário de saúde

() Farmacêutico (a)

() Psicólogo (a)

() Terapeuta Ocupacional

() Assistente Social

() Outro. Qual? _____.

9. Tempo que trabalha na profissão: _____ (anos e meses)

10. Tempo que trabalha no seu emprego atual _____ (anos e meses)

11. A categoria que melhor descreve sua posição atual é?

a. () diretor

b. () chefe

c. () estudante

d. () funcionário sem cargo administrativo

e. () outro, qual: _____

12. Nesta unidade você trabalha:

() tempo integral () meio expediente () outro: _____

13. Você interage com paciente/clientes durante seu trabalho?

() sim (favor responder as questões 14 e 15)

() não (favor responder a questão 16)

14. Você tem contato físico com os usuários durante sua jornada de trabalho?

sim

não

15. Os usuários com quem você trabalha mais frequentemente são (você pode marcar mais de uma opção):

a. recém-nascido

b. crianças

c. adolescentes

d. adultos

e. Idosos

16. Você trabalha mais frequentemente com usuários do sexo:

Feminino Masculino Não há predominância

Apêndice C – Roteiro da entrevista

1. Conte uma situação de violência sofrida no seu local de trabalho?
2. Como foi para você?
3. Como você reagiu ao incidente? Você acha que ele poderia ter sido evitado? Como? Você considera que esse incidente trouxe algum dano a você? Qual?
4. Você considera a violência física, psicológica ou sexual algo frequente no seu local de trabalho?
5. Como a instituição de trabalho lida com essas situações?
6. O que a instituição de trabalho realiza ou já realizou para evitar que isso aconteça?
7. Como a violência pode ser prevenida no seu local de trabalho?

Apêndice D - Termo de autorização de gravação de voz

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada Violência no ambiente de trabalho contra profissionais da área da saúde da Atenção Primária à Saúde e as práticas de prevenção poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, AUTORIZO, por meio deste termo, os pesquisadores Josyenne Assis Rodrigues e Luciana Contrera a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
5. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) Josyenne Assis Rodrigues e coordenador(a) da pesquisa Luciana Contrera, e após esse período, serão destruídos e,
6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Assinatura do Participante

Assinatura e carimbo do Pesquisador
Responsável

Data: ____/____/____

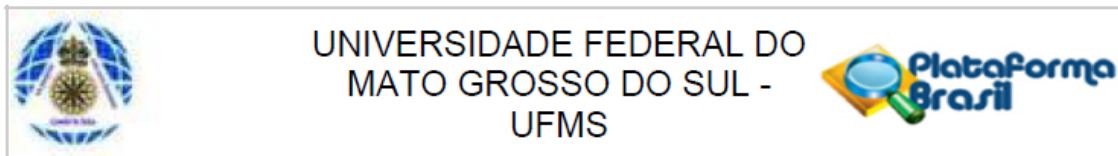
Apêndice E - Solicitação de autorização à SESAU

Venho por meio deste projeto de pesquisa intitulado “Violência no ambiente de trabalho contra profissionais da área da saúde da Atenção Primária à Saúde e as práticas de prevenção”, orientado pela professora doutora Luciana Contrera, vinculado ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Solicitar autorização para coletar os dados nas unidades de saúde descritas no documento.

Além disso, gostaria de solicitar o número total de profissionais que exercem suas atividades laborais em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e nos Centros Regionais de Saúde (CRS). Profissionais das seguintes classes: médicos, enfermeiros, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, farmacêuticos, agentes comunitários de saúde, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. A fim de realizar estabelecer a população finita para o cálculo amostral com o objetivo de definir a amostra para a realização deste estudo.

ANEXOS

Anexo I – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: VIOLÊNCIA NO AMBIENTE DE TRABALHO CONTRA PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E AS PRÁTICAS DE PREVENÇÃO

Pesquisador: Josyenne Assis Rodrigues

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 28384619.2.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.041.407

Apresentação do Projeto:

Segundo o(a) pesquisador(a) prevenir a violência contra profissionais de saúde é uma questão complexa devido à variação no propósito e desenho das instalações de saúde e as diversas funções desempenhadas pelas inúmeras ocupações de cuidados diretos e indiretos englobados no setor de saúde (HARTLEY et al., 2015). Assim, prevê como objetivo descrever as ações de prevenção relacionadas à violência no local de trabalho dos profissionais de saúde da atenção primária à saúde de Campo Grande/MS. Utilizou do método de estudo misto de natureza quantitativa e qualitativa, com caráter exploratório, descritivo de corte transversal, será conduzido nos Centros Regionais de Saúde (CRS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e também nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) de Campo Grande/MS, no período de janeiro à junho de 2020, com profissionais de diferentes áreas da atenção primária à saúde e dos CRS, tais como profissionais médicos, enfermeiros, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, farmacêuticos e agentes comunitários de saúde. Como também aqueles que atuam especificamente na rede de atenção psicossocial, que são os psicólogos, assistentes sociais e os terapeutas ocupacionais. A análise dos dados obtidos será submetida à estatística descritiva simples e testes de correlação entre as variáveis dos instrumentos utilizados, para isso será utilizado o programa estatístico SPSS, versão 20.0. Os dados qualitativos da entrevista serão transcritos e organizados, onde os discursos serão analisados e posteriormente categorizados por meio da metodologia da categorização. A pesquisa seguirá os dispostos na

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 4.041.407

Resolução 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (BRASIL, 2012) e será submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Espera-se com essa pesquisa compreender o cenário da violência no local de trabalho contra profissionais da atenção primária em saúde. Além disso, identificar as principais medidas preventivas de combate à violência no local de trabalho e as estratégias eficazes para a prevenção da violência, considerando a experiência dos profissionais que sofreram violência ou que assistiram um ato violento durante sua jornada de trabalho. Estabeleceu como critério de inclusão no estudo os profissionais que atuam na atenção primária à saúde – UBS e UBSF, e também dos CRS e CAPS, com no mínimo três meses de tempo de trabalho e sem delimitação para o tempo máximo de serviço, como também trabalhadores do regime estatutário e celetista que aceitem participar da pesquisa e de exclusão do estudo profissionais em período de férias, de licenças em geral e afastados por atestado médico ou invalidez, como também aqueles que após três tentativas de contato para coleta de dados apresentarem-se indisponíveis e recusarem participar.

Objetivo da Pesquisa:

O(a) pesquisador(a) estabeleceu como objetivos descrever as ações de prevenção relacionadas à violência no local de trabalho dos profissionais de saúde da atenção primária à saúde de Campo Grande/MS; descrever o perfil sociodemográfico dos profissionais trabalhadores das Unidades básicas de Saúde (UBS), Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), Centros Regionais de Saúde (CRS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Campo Grande – MS; identificar a prevalência de casos de violência contra profissionais da saúde Unidades básicas de Saúde (UBS), Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), Centros Regionais de Saúde (CRS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Campo Grande – MS; identificar as principais medidas preventivas de combate à violência no local de trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Segundo o(a) pesquisador(a) os riscos são possíveis constrangimentos ao responder algumas perguntas feitas pelos pesquisadores, ou durante a entrevista ao responder perguntas sensíveis sobre a violência sofrida. O participante poderá recusar-se a responder alguma questão feita pelos pesquisadores, caso se sinta constrangido, sem qualquer prejuízo. Além disso, os pesquisadores garantirão um local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras, a fim de minimizar desconfortos. Benefícios: Segundo o(a) pesquisador(a) a violência no local de trabalho tem sido um agravante frequente na rotina dos profissionais da saúde e os dados sobre o afastamento do profissional decorrente da violência têm aumentado. Por isso, pensar sobre a prevenção da violência no local

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande
Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110
UF: MS Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 4.041.407

de trabalho tende a trazer benefícios aos profissionais que vivenciam esse cenário. Isso porque os estudos têm demonstrado que a atuação na prevenção da violência, principalmente com os profissionais da área da saúde, tem influenciado na qualidade da assistência prestada pelos mesmos, como também a garantia da qualidade de vida e saúde do trabalhador.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta temática atual e relevante, que informa objetivo, delimita problema, método, prevê plano de recrutamento de quatrocentos participantes (200 atenção psicossocial e 200 atenção primária a saúde e CRS), com critério de inclusão e exclusão, bem como riscos e benefícios para os participantes especificando as responsabilidades do(a) pesquisador(a), cronograma adequado e que a fonte de financiamento será própria.

Encaminha folha de rosto assinada, projeto de pesquisa, termo de responsabilidade do pesquisador e autorização da Secretaria de saúde municipal devidamente assinada, modelos de questionários semiestruturado sobre a avaliação da diferentes violências no trabalho (no anexo I do projeto de pesquisa) e modelo de TCLE.

Destaca-se da análise dos documentos encaminhados que atendem aos cuidados éticos previstos da Res. 466/2012.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi encaminhado o modelo de TCLE constando como e quem irá obter as informações para a pesquisa; o objetivo, a possibilidade de esclarecimentos antes e durante a pesquisa sobre a metodologia; a descrição dos riscos, especificando como será a assistência, intervenção, responsabilidade do pesquisador, critérios para suspender ou encerra-las e atendimento em caso de quebra de sigilo e benefícios esperados com a pesquisa; confidencialidade dos dados coletados, o contato do pesquisador (telefone) e do CEP (telefone); garante a segunda via ao participante e campo para assinatura/visto dos participantes em todas as folhas do Termo.

Em segundo envio foram incluídos os endereços do(a) pesquisador(a) e do CEP.

Assim, da nova análise do TCLE encaminhado depreende-se que atende aos cuidados éticos previstos da Res. 466/2012.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado, pois foi cumprida a alteração do texto do TCLE (conforme recomendações) e

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande
Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110
UF: MS Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 4.041.407

NOTIFICADO o CEP antes do início da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_1554032_É1.pdf	09/05/2020 23:47:33		Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	09/05/2020 23:39:51	Josyenne Assis Rodrigues	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentoLivreeEsclarecido.pdf	09/05/2020 23:39:34	Josyenne Assis Rodrigues	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado.pdf	09/05/2020 23:39:21	Josyenne Assis Rodrigues	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	12/12/2019 16:48:32	Josyenne Assis Rodrigues	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracaodeinstituicao.pdf	12/12/2019 16:45:24	Josyenne Assis Rodrigues	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	12/12/2019 16:40:17	Josyenne Assis Rodrigues	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 21 de Maio de 2020

Assinado por:

Jeandre Augusto dos Santos Jaques
(Coordenador(a))

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande
Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110
UF: MS Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: cepconep.propp@ufms.br

Anexo II – Questionário semiestruturado sobre a avaliação da violência no trabalho

Seção
Violência física no ambiente de trabalho

Questões	Opções de resposta
Nos últimos 12 meses você sofreu violência física no seu ambiente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se sim, nos últimos 12 meses quantas vezes você sofreu violência física no seu ambiente de trabalho?	Uma vez () Duas vezes () Três vezes () Quatro vezes ou mais () Não lembro ()
Na última vez que você se recorda ter sofrido violência física no seu ambiente de trabalho. Como foi?	<input type="checkbox"/> Violência física com arma (com uso de objeto, exemplo: faca, revólver...) <input type="checkbox"/> Violência física sem arma (corpo a corpo, exemplo, soco, puxões...)
Na última vez que você se recorda ter sofrido violência física no seu ambiente de trabalho quem foi o autor da violência?	<input type="checkbox"/> Chefe e/ou supervisor <input type="checkbox"/> Colega que trabalha na unidade. Informe a profissão da pessoa _____ <input type="checkbox"/> Colega que não trabalha na unidade Informe a profissão da pessoa ____; <input type="checkbox"/> Familiar do paciente <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Público em geral <input type="checkbox"/> Outro
Na última vez que você se recorda ter sofrido violência física no seu ambiente de trabalho qual era o sexo do agressor?	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
Ainda com relação ao sexo do agressor:	<input type="checkbox"/> Éramos do mesmo sexo <input type="checkbox"/> Éramos de sexo oposto.
Na última vez que você se recorda ter sofrido violência física no seu ambiente de trabalho em qual turno ocorreu o incidente?	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite.
Na última vez que você se recorda ter sofrido violência física no seu ambiente de trabalho o incidente ocorreu nesta Unidade?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim.

Se não, em qual local ocorreu?	<input type="checkbox"/> Centro de saúde; <input type="checkbox"/> Hospital; <input type="checkbox"/> Outra Unidade de Pronto Atendimento; <input type="checkbox"/> Trajeto de trabalho (percurso percorrido da residência para o trabalho e vice-versa); <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____
Quais foram as consequências para você após sofrer violência física no seu ambiente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Afastamento do trabalho. Por quantos dias? _____ <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Baixa autoestima; <input type="checkbox"/> Cansaço; <input type="checkbox"/> Crises de choro; <input type="checkbox"/> Decepção; <input type="checkbox"/> Dificuldade para dormir; <input type="checkbox"/> Dor; <input type="checkbox"/> Estresse; <input type="checkbox"/> Irritação; <input type="checkbox"/> Lesão corporal; <input type="checkbox"/> Medo; <input type="checkbox"/> Perda da concentração; <input type="checkbox"/> Perda da satisfação com o trabalho; <input type="checkbox"/> Raiva; <input type="checkbox"/> Sentimento de inferioridade; <input type="checkbox"/> Tristeza; Outro(s). Qual(is)? _____
Após ter sofrido violência física no seu ambiente de trabalho você recebeu algum auxílio?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____
Após ter sofrido violência física no ambiente de trabalho você:	<input type="checkbox"/> Foi liberado logo após o incidente <input type="checkbox"/> Foi liberado após já ter passado algum tempo do incidente. <input type="checkbox"/> Quanto tempo após? __horas __min; <input type="checkbox"/> Continuou trabalhando.
Após ter sofrido violência física no seu ambiente de trabalho você registrou o incidente?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Em qual local foi feito o registro? _____.
O agressor teve consequências pelo ato de violência física praticado?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Se sim, quais? _____. <input type="checkbox"/> Não sei.
Nos últimos 12 meses você foi testemunha de situações de violência física direcionada ao trabalhador da saúde no seu ambiente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, uma vez <input type="checkbox"/> Sim, duas ou mais vezes
Se sim, o que você sentiu após presenciar o ocorrido?	<input type="checkbox"/> Arrependimento; <input type="checkbox"/> Culpa; <input type="checkbox"/> Frustração; <input type="checkbox"/> Medo;

	<input type="checkbox"/> Raiva; <input type="checkbox"/> Sentimento de impotência; <input type="checkbox"/> Sentimento de injustiça; <input type="checkbox"/> Tristeza; <input type="checkbox"/> Outro(s). Qual(is)? _____.
Quais são as causas que, na sua opinião, contribuem para a ocorrência da violência física direcionada ao trabalhador da saúde no seu ambiente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Estar em contato com o público (face a face); <input type="checkbox"/> Falta de precisão na atribuição de papéis e responsabilidades; <input type="checkbox"/> Falta de segurança no ambiente de trabalho; <input type="checkbox"/> Instalações superlotadas; <input type="checkbox"/> Longo tempo de espera por atendimento; <input type="checkbox"/> Número reduzido de trabalhadores; <input type="checkbox"/> Prestar assistência às pessoas com angústia, sua família e amigos; <input type="checkbox"/> Trabalho isolado (sozinho); <input type="checkbox"/> Outro(s). Qual(is)? _____.

Seção
Abuso verbal no ambiente de trabalho

Questões	Opções de resposta
Nos últimos 12 meses você sofreu abuso verbal no seu ambiente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se sim, nos últimos 12 meses quantas vezes você sofreu abuso verbal no seu ambiente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Uma vez <input type="checkbox"/> Duas vezes <input type="checkbox"/> Três vezes <input type="checkbox"/> Quatro vezes ou mais <input type="checkbox"/> Não lembro
Na última vez que você se lembra ter sofrido abuso verbal no seu ambiente de trabalho quem foi o autor do abuso?	<input type="checkbox"/> Chefe e/ou supervisor <input type="checkbox"/> Colega que trabalha na unidade. Informe a profissão da pessoa _____ <input type="checkbox"/> Colega que não trabalha na unidade Informe a profissão da pessoa ____; <input type="checkbox"/> Familiar do paciente <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Público em geral <input type="checkbox"/> Outro
Na última vez que você se lembra ter sofrido abuso verbal no seu ambiente de trabalho qual era o sexo do agressor?	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
Ainda com relação ao sexo do agressor:	<input type="checkbox"/> Éramos do mesmo sexo <input type="checkbox"/> Éramos de sexo oposto.
Na última vez que você se lembra ter sofrido abuso verbal no seu ambiente de trabalho em qual turno ocorreu o incidente?	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite.
Na última vez que você se lembra ter sofrido abuso verbal no seu ambiente de trabalho o incidente ocorreu nesta Unidade?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim.

Se não, onde foi?	Centro de saúde; Hospital; Outra Unidade de Pronto <input type="checkbox"/> Centro de saúde; <input type="checkbox"/> Hospital; <input type="checkbox"/> Outra Unidade de Pronto Atendimento; <input type="checkbox"/> Trajeto de trabalho (percurso percorrido da residência para o trabalho e vice-versa); <input type="checkbox"/> Outro. Qual?_____.
Quais foram as consequências para você após sofrer abuso verbal no seu ambiente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Afastamento do trabalho. Por quantos dias? _____ <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Baixa autoestima; <input type="checkbox"/> Cansaço; <input type="checkbox"/> Crises de choro; <input type="checkbox"/> Decepção; <input type="checkbox"/> Dificuldade para dormir; <input type="checkbox"/> Dor; <input type="checkbox"/> Estresse; <input type="checkbox"/> Irritação; <input type="checkbox"/> Lesão corporal; <input type="checkbox"/> Medo; <input type="checkbox"/> Perda da concentração; <input type="checkbox"/> Perda da satisfação com o trabalho; <input type="checkbox"/> Raiva; <input type="checkbox"/> Sentimento de inferioridade; <input type="checkbox"/> Tristeza; Outro(s). Qual(is)?_____
Após ter sofrido abuso verbal no seu ambiente de trabalho você recebeu algum auxílio?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual?_____
Após ter sofrido abuso verbal no seu ambiente de trabalho você:	<input type="checkbox"/> Foi liberado logo após o incidente <input type="checkbox"/> Foi liberado após já ter passado algum tempo do incidente. <input type="checkbox"/> Quanto tempo após?__horas __min; <input type="checkbox"/> Continuou trabalhando.
Após ter sofrido abuso verbal no seu ambiente de trabalho você registrou o incidente?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Em qual local foi feito o registro?_____.
O agressor teve consequências pelo ato de abuso verbal praticado?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Se sim, quais?_____ <input type="checkbox"/> Não sei.
Nos últimos 12 meses você foi testemunha de situações de abuso verbal direcionado ao trabalhador da saúde no seu ambiente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, uma vez <input type="checkbox"/> Sim, duas ou mais vezes
Se sim, o que você sentiu após presenciar o ocorrido?	<input type="checkbox"/> Arrependimento; <input type="checkbox"/> Culpa; <input type="checkbox"/> Frustração;

	<input type="checkbox"/> Medo; <input type="checkbox"/> Raiva; <input type="checkbox"/> Sentimento de impotência; <input type="checkbox"/> Sentimento de injustiça; <input type="checkbox"/> Tristeza; <input type="checkbox"/> Outro(s). Qual(is)? _____.
Quais são as causas que, na sua opinião, contribuem para a ocorrência de abuso verbal direcionado ao trabalhador da saúde no seu ambiente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Estar em contato com o público (face a face); <input type="checkbox"/> Falta de precisão na atribuição de papéis e responsabilidades; <input type="checkbox"/> Falta de segurança no ambiente de trabalho; <input type="checkbox"/> Instalações superlotadas; <input type="checkbox"/> Longo tempo de espera por atendimento; <input type="checkbox"/> Número reduzido de trabalhadores; <input type="checkbox"/> Prestar assistência às pessoas com angústia, sua família e amigos; <input type="checkbox"/> Trabalho isolado (sozinho); <input type="checkbox"/> Outro(s). Qual(is)? _____.

Seção
Assédio sexual no ambiente de trabalho

Questões	Opções de resposta
Nos últimos 12 meses você sofreu assédio sexual no seu ambiente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se sim, nos últimos 12 meses quantas vezes você sofreu assédio sexual no seu ambiente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Uma vez <input type="checkbox"/> Duas vezes <input type="checkbox"/> Três vezes <input type="checkbox"/> Quatro vezes ou mais <input type="checkbox"/> Não lembro
Na última vez que você se lembra ter sofrido assédio sexual quem foi o autor do assédio?	<input type="checkbox"/> Chefe e/ou supervisor <input type="checkbox"/> Colega que trabalha na unidade. Informe a profissão da pessoa _____ <input type="checkbox"/> Colega que não trabalha na unidade Informe a profissão da pessoa ____; <input type="checkbox"/> Familiar do paciente <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Público em geral <input type="checkbox"/> Outro
Na última vez que você se lembra ter sofrido assédio sexual no seu ambiente de trabalho qual era o sexo do agressor?	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
Ainda com relação ao sexo do agressor:	<input type="checkbox"/> Éramos do mesmo sexo <input type="checkbox"/> Éramos de sexo oposto.
Na última vez que você se lembra ter sofrido assédio sexual no seu ambiente de trabalho em qual turno ocorreu o assédio?	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite.
Na última vez que você se lembra ter sofrido assédio sexual no seu ambiente de trabalho o assédio ocorreu nesta Unidade?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim.

Se não, em qual local ocorreu?	<input type="checkbox"/> Centro de saúde; <input type="checkbox"/> Hospital; <input type="checkbox"/> Outra Unidade de Pronto Atendimento; <input type="checkbox"/> Trajeto de trabalho (percurso percorrido da residência para o trabalho e vice-versa); <input type="checkbox"/> Outro. Qual?_____
Quais foram as consequências para você após sofrer assédio sexual no seu ambiente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Afastamento do trabalho. Por quantos dias? _____ <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Baixa autoestima; <input type="checkbox"/> Cansaço; <input type="checkbox"/> Crises de choro; <input type="checkbox"/> Decepção; <input type="checkbox"/> Dificuldade para dormir; <input type="checkbox"/> Dor; <input type="checkbox"/> Estresse; <input type="checkbox"/> Irritação; <input type="checkbox"/> Lesão corporal; <input type="checkbox"/> Medo; <input type="checkbox"/> Perda da concentração; <input type="checkbox"/> Perda da satisfação com o trabalho; <input type="checkbox"/> Raiva; <input type="checkbox"/> Sentimento de inferioridade; <input type="checkbox"/> Tristeza; Outro(s). Qual(is)?_____
Após ter sofrido assédio sexual no seu ambiente de trabalho você recebeu algum auxílio?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual?_____
Após ter sofrido assédio sexual no seu ambiente de trabalho você	<input type="checkbox"/> Foi liberado logo após o incidente <input type="checkbox"/> Foi liberado após já ter passado algum tempo do incidente. <input type="checkbox"/> Quanto tempo após?__horas __min; <input type="checkbox"/> Continuou trabalhando.
Após ter sofrido assédio sexual no seu ambiente de trabalho você registrou o incidente?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Se sim, quais?_____. <input type="checkbox"/> Não sei.
O agressor teve consequências pelo ato de assédio sexual praticado?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, uma vez <input type="checkbox"/> Sim, duas ou mais vezes
Nos últimos 12 meses você foi testemunha de situações de assédio sexual direcionado ao trabalhador da saúde no seu ambiente de trabalho?	Não; Sim, uma vez; Sim, duas ou mais vezes.
Se sim, o que você sentiu após presenciar o ocorrido?	<input type="checkbox"/> Arrependimento; <input type="checkbox"/> Culpa; <input type="checkbox"/> Frustração;

	<input type="checkbox"/> Medo; <input type="checkbox"/> Raiva; <input type="checkbox"/> Sentimento de impotência; <input type="checkbox"/> Sentimento de injustiça; <input type="checkbox"/> Tristeza; <input type="checkbox"/> Outro(s). Qual(is)? _____.
Quais são as causas que, na sua opinião, contribuem para a ocorrência do assédio sexual direcionada ao trabalhador da saúde no seu ambiente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Estar em contato com o público (face a face); <input type="checkbox"/> Falta de precisão na atribuição de papéis e responsabilidades; <input type="checkbox"/> Falta de segurança no ambiente de trabalho; <input type="checkbox"/> Instalações superlotadas; <input type="checkbox"/> Longo tempo de espera por atendimento; <input type="checkbox"/> Número reduzido de trabalhadores; <input type="checkbox"/> Prestar assistência às pessoas com angústia, sua família e amigos; <input type="checkbox"/> Trabalho isolado (sozinho); <input type="checkbox"/> Outro(s). Qual(is)? _____.
Outros tipos de violência no ambiente de trabalho referidos pelo trabalhador	
Você considera que sofreu outro tipo de violência relacionada com seu ambiente de trabalho nos últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se sim, qual tipo de violência?	(Questão aberta).
Quais foram as consequências para você após sofrer este tipo de violência no seu ambiente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Afastamento do trabalho. Por quantos dias? _____ <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Baixa autoestima; <input type="checkbox"/> Cansaço; <input type="checkbox"/> Crises de choro; <input type="checkbox"/> Decepção; <input type="checkbox"/> Dificuldade para dormir; <input type="checkbox"/> Dor; <input type="checkbox"/> Estresse; <input type="checkbox"/> Irritação; <input type="checkbox"/> Lesão corporal; <input type="checkbox"/> Medo; <input type="checkbox"/> Perda da concentração; <input type="checkbox"/> Perda da satisfação com o trabalho; <input type="checkbox"/> Raiva; <input type="checkbox"/> Sentimento de inferioridade; <input type="checkbox"/> Tristeza; Outro(s). Qual(is)? _____

Prevenção e redução da violência no ambiente de trabalho

Na sua opinião, quais medidas reduziram a ocorrência de violência direcionada ao trabalhador da saúde no seu ambiente de trabalho?	(Questão aberta).
Na sua opinião quais medidas preveniriam a ocorrência de violência direcionada ao trabalhador da saúde no seu ambiente de trabalho?	<p>(X) Admitir trabalhadores em número suficiente;</p> <p>(X) Dar oportunidade ao paciente de comentar sobre a qualidade do serviço e considerar seus comentários;</p> <p>(X) Desenvolvimento de um sistema para alertar o pessoal da segurança em casos de ameaça à violência;</p> <p>(X) Identificação dos visitantes;</p> <p>(X) Iluminação adequada nos corredores, em torno da unidade e áreas de estacionamento;</p> <p>(X) Instalação de fechaduras em portas que levam à áreas exclusivas para trabalhadores da unidade;</p> <p>(X) Instalação de sistemas de vídeo vigilância;</p> <p>(X) Instalação de detectores de metal para evitar que pessoas armadas entrem na unidade;</p> <p>() Evitar o trabalho isolado ou manter contato com os trabalhadores que trabalham isolados;</p> <p>(X) Formação aos trabalhadores quanto ao reconhecimento e gerenciamento de situações de violência e conflitos;</p> <p>(X) Fornecer escolta de segurança para locais de estacionamento;</p> <p>(X) Reduzir o tempo de espera do paciente;</p> <p>(X) Melhorar o serviço de informação ao público;</p> <p>(X) Presença de pessoal da área de segurança;</p> <p>() Outra(s). Qual(is)? ____.</p>
Você conhece medidas específicas de prevenção para cada tipo de violência sofrida pelo trabalhador da saúde no seu ambiente de trabalho?	() Não () Sim

ANEXO III – Aprovação da SESAU para realização da pesquisa



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Considerando a importância da pesquisa na área da saúde;
Considerando a necessidade de elaborar protocolos para assegurar a qualidade dos trabalhos realizados;
Considerando resguardar questões éticas e preservar sigilo das informações constantes nas fichas/prontuários/laudos de pacientes atendidos na rede municipal de saúde;
O presente termo estabelece responsabilidades entre pesquisadores e a Secretaria Municipal de Saúde Pública:

COMPETÊNCIAS: PESQUISADOR:

- 1) Solicitar por meio de carta de apresentação a autorização do Secretário Municipal de Saúde para realizar pesquisa, no seguinte formato:
 - Identificação do pesquisador do projeto (nome completo e do orientador);
 - Contato (telefone e e-mail);
 - Nome do projeto;
 - Objetivos;
 - Metodologia completa;

Atm

- Assinatura do coordenador de curso e do orientador de pesquisa.

Para que a execução da pesquisa aconteça deverá entregar a esta secretaria uma cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número de protocolo.

2) Em função da rotina de trabalho da SESAU agendar previamente com a área envolvida;

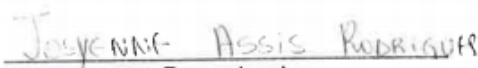
- 3) Garantir a citação da SESAU como fonte de pesquisa;
- 4) Disponibilizar cópia para a SESAU e quando necessário para equipe de saúde
- 5) Apresentar-se com jaleco ou crachá de identificação.

SESAU:

- 1) Fornecerá as informações para pesquisa, preservando-se a identidade e endereço do paciente;
- 2) As pessoas serão atendidas pelos técnicos de acordo com a necessidade/objetivo da pesquisa;
- 3) Os trabalhos que envolverem dados, serão enviados através de e-mail do pesquisador;
- 4) Receber o resultado final e encaminhar para o devido retorno.

Campo Grande, 12 de dezembro de 2019.


Roberto dos Santos
Chefe de Divisão de Atenção, Pesquisa e
Pós-Graduação em Saúde GEPISG/SESAU


Joyceni Assis Rodrigues
Pesquisador



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde autoriza a pesquisa proposta pelo (a) pesquisador (a), Josyfrane Assis Rodrigues, inscrito (a) no CPF/MF sob n.º 049.403.741-67, portador (a) do documento de identidade sob n.º 190.692-6, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. Terre de Alto, n.º 279, bairro Alto Tamandare, nesta Capital, telefone n.º (67) 99220-9479, pesquisador (a) do Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem, da instituição Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, com o título do projeto de pesquisa Violência no ambiente de trabalho contra profissionais da área de saúde de Atenção Primária à Saúde e as práticas de prevenção. o pesquisador firma o compromisso de manter o sigilo das informações acessadas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde Pública, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAU.

Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem

divulgados, devendo ser consultada a gerência da unidade de saúde sobre quaisquer referências aos dados analisados.

A pesquisa só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o acadêmico deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.

Campo Grande, 12 de dezembro de 2019.

Josyfrane Assis Rodrigues
Pesquisador (a)

Roberto dos Santos
Secretaria Municipal de Saúde
Chefe de Divisão de Extensão, Pesquisa e
Pós-Graduação em Saúde UEP/MS SESAU