

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

LUIZ ALVES MORAIS FILHO

**VIOLÊNCIA OCUPACIONAL CONTRA PROFISSIONAIS DE SAÚDE
EM UM HOSPITAL DE URGÊNCIA. NATAL/RN, 2009**

NATAL – RN

2009

LUIZ ALVES MORAIS FILHO

**VIOLÊNCIA OCUPACIONAL CONTRA PROFISSIONAIS DE SAÚDE
EM UM HOSPITAL DE URGÊNCIA. NATAL/RN, 2009**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre.

ORIENTADORA:
Prof.^a Dr.^a Glauceia Maciel de Farias

NATAL – RN

2009

Catálogo da Publicação na Fonte. UFRN /
Biblioteca Setorial Especializada de Enfermagem Prof^a Bertha Cruz Enders

M827v Morais Filho, Luiz Alves

Violência ocupacional contra profissionais de saúde em um hospital de urgência, Natal/RN, 2009 / Luiz Alves Morais Filho. – Natal, 2009.

158 f.: il.

Orientadora: Glaucea Maciel de Farias.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Pessoal de saúde - Violência Dissertação. 2. Ambiente de Trabalho - Dissertação. 3. Enfermagem – Dissertação 4. violência - Dissertação. I. Farias, Glaucea Maciel de. II. Título.

RN/UF/BS-Enf.

CDU 614.253.5(043.3)

LUIZ ALVES MORAIS FILHO

**VIOLÊNCIA OCUPACIONAL CONTRA PROFISSIONAIS DE SAÚDE
EM UM HOSPITAL DE URGÊNCIA. NATAL/RN, 2009**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre.

Aprovado em 29 de outubro de 2009, pela banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Glauceia Maciel de Farias (Orientadora)

Departamento de Enfermagem da UFRN

Prof^a. Dr^a. Maria Miriam Lima da Nóbrega (Titular)

Departamento de Enfermagem da UFPB

Prof^a. Dr^a. Raimunda Medeiros Germano (Titular)

Departamento de Enfermagem da UFRN

Prof^a. Dr^a. Francis Solange Vieira Tourinho (Titular)

Departamento de Enfermagem da UFRN

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Luiz Alves Morais (in memória) e Regilma Lopes da Silva Morais, por me educarem e por me proporcionarem a estrutura familiar e emocional necessária para a realização desta pesquisa.

À Minha esposa, Rute Ferreira da Silva Morais, pelo amor, por compreender meus inúmeros momentos ausentes, por apoiar e incentivar minha caminhada acadêmica.

À todos da minha família, em especial a meu irmão Gerson Lopes Morais e as Minhas Irmãs Vércia Lopes Morais e Glécia Lopes Morais, pela ajuda contínua em todas as fases da pesquisa, e por compreender minha ausência.

À Professora Dr^a. Glaucea Maciel de Farias, pelo apoio desde a graduação, por acreditar no potencial das pessoas, pela amizade sincera, pelo exemplo como educadora, pela dedicação e empenho no desenvolvimento desse trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, (em primeiro lugar), pela vida, e pela verdadeira sabedoria revelada em Sua palavra que nos faz crer no amanhã, e contribuir para um mundo melhor. Porque Dele por Ele e para Ele são todas as coisas. Glória, pois, a Ele eternamente. Amém.

À professora Glaucea Maciel de Farias, minha orientadora, pela dedicação com que trabalha, por acreditar que podemos fazer melhor, e podemos; pela sua capacidade em melhorar aquilo que pensamos ser o melhor, e pela sua capacidade em educar e orientar.

A todos da base de Pesquisa “Enfermagem Clínica” pelo apoio e material e emocional fornecido, para a realização desta pesquisa, em especial ao grupo de estudo da professora Dr^a. Glaucea Maciel de Farias, pelas inumeráveis contribuições.

Aos docentes da Graduação e Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da UFRN, por minha formação e pelo apoio durante a realização desta dissertação.

Aos componentes da Banca de Qualificação, Dr. Gilson de Vasconcelos Torres, Dr^a. Bertha Cruz Enders e Dr^a. Raimunda Medeiros Germano, pelas críticas e sugestões.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), pela autorização deste estudo.

À Direção Geral do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel (HMWG), pelo consentimento para a realização da coleta de dados.

À todos os Profissionais da equipe médica e de enfermagem do HMWG, que aceitaram em participar desta pesquisa.

Às enfermeiras Weruska Alcoforado e Fabiane Botarelli, e à enfermeiranda e aluna de iniciação científica Mirna Cristina, pela contribuição na coleta de dados.

Às enfermeiras Cristiane Ramos e Isabel Karolyne pela contribuição na construção dos gráficos.

Aos amigos do mestrado pela amizade, pelas discussões e reflexões nas aulas, e pelo crescimento conjunto, em especial ao amigo Rodrigo Dantas, pelo companheirismo e ajuda mútua nas atividades do mestrado e no desenvolvimento desta dissertação.

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem da UFRN, por todo o apoio durante o curso de mestrado.

Aos professores da disciplina de Semiologia e Semiotécnica em Enfermagem, com quem trabalhei nesse período do mestrado, pelo incentivo e compreensão.

À equipe de enfermagem do Hospital dos Pescadores, onde trabalho como enfermeiro, pelo acolhimento, incentivo e compreensão.

Ao Professor de Bioestatística Dr. João Alchieri, pelas orientações e sugestões na análise estatística.

Ao estatístico Kleber Maciel de Farias Júnior, pela análise estatística.

Ao Professor Josué Freitas Campos, pela revisão textual do português.

Ao professor Hélio Takashi Maciel de Farias, pela realização do “abstract”.

A todos, que de uma forma ou de outra, me ajudaram e não foram aqui mencionados, expresso meu reconhecimento e gratidão.

MORAIS FILHO, Luiz Alves. **Violência ocupacional contra profissionais de saúde em um hospital de urgência.** Natal/RN 2009. 2009. 158 p. Dissertação (Mestrado) – Natal Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN, 2009.

RESUMO

Estudo exploratório descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido entre abril e maio de 2009, com o objetivo de identificar os tipos de violência ocupacional, sofrida pelos profissionais da equipe de enfermagem e médica, nos últimos 12 meses, em um serviço de urgência hospitalar, em Natal/RN; identificar os setores da urgência onde ocorreram os episódios de violência ocupacional; caracterizar os agressores de cada tipo de violência ocupacional; conhecer os procedimentos adotados após cada ato violento sofrido pelos profissionais da equipe de enfermagem e médica, e conhecer as consequências da violência sofrida pelos profissionais da equipe de enfermagem e médica. A amostra constou de 26 enfermeiros, 95 auxiliares/técnicos de enfermagem e 124 médicos, totalizando 245 profissionais. Os resultados mostraram que 50,61% dos profissionais eram mulheres, entre 41 e 45 anos (22,45%); com pós-graduação(51,43%), casadas (60,82%); 21,22% tinham entre 16 e 20 anos tanto de experiência na profissão como de experiência na urgência; carga horária semanal de trabalho de 40 horas (86,12%); e trabalham tanto no turno diurno como no noturno (70,21%); 27,35% consideram que a violência faz parte da sua profissão e os acompanhantes como importante fator de risco (86,53%); não sabiam informar se no hospital havia um procedimento estabelecido, específico, para o relato de violência ocupacional (45,71%); 73,06% sofreram violência ocupacional nos 12 meses; 70,20% agressão verbal, 24,08% assédio moral, 6,12% agressão física, e 3,67% assédio sexual; 66,67% dos pacientes participaram da violência física; os acompanhantes, do assédio verbal (58,14%); e a equipe de saúde do assédio moral (69,49%); diante dos episódios de violência, 37,65% dos profissionais, contaram o fato para colegas de trabalho; 57,25% tiveram como consequência o estresse; em 4,71% dos episódios os profissionais precisaram ausentar-se do trabalho, resultando em 75 dias de absenteísmo relacionado a violência ocupacional. Concluímos que houve um alto índice de violência ocupacional na população investigada, sendo a agressão verbal e o assédio moral os tipos de violência mais frequentes. Os fatores relacionados à violência ocupacional foram muito diversos e por esta razão, as ações voltadas para o enfrentamento desse problema não devem estar limitadas apenas ao ambiente de trabalho. A educação deverá ser uma das ações mais eficazes para evitar ou minimizar a ocorrência desses eventos.

Palavras-chave: Profissional da Saúde. Enfermagem. Ambiente de Trabalho. Violência.

MORAIS FILHO, Luiz Alves. **Occupational violence against health professionals in an emergency hospital. Natal/RN 2009.** 2009. 158 p. Dissertação (Mestrado) – Natal Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN, 2009.

ABSTRACT

Descriptive exploratory study, with quantitative approach, with data collected from April to May 2009, aiming to identify the types of occupational violence affecting professionals on the nursing and medical staff in an emergency hospital service in Natal/RN, over the last 12 months; to identify emergency sectors where occupational violence episodes took place; to characterize aggressors on each type of occupational violence; to know the procedures adopted after each violent act targeting nursing and medical staff professionals; and to know the consequences of violence suffered by the nursing and medical staff professionals. The sample consisted of 26 nurses, 95 nursing assistants/technicians and 124 physicians, for a total of 245 professionals. The results showed that 50.61% of the professionals were women, aged 41 to 45 (22.45%), with post-graduate studies (51.43%), married (60.82%); 21.22% had 16 to 20 years of experience in the profession and in emergency practice; working 40 weekly hours (86.12%); and working both the day shift and the night shift (70.21%); 27.35% consider violence to be a part of their profession and the patient's companions as an important risk factor (86.53%); couldn't inform whether there was a specific established procedure for reporting occupational violence (45.71%); 73.06% suffered occupational violence in the 12 months; 70.20% verbal assault, 24.08% moral harassment, 6.12% physical assault, and 3.67% sexual harassment; 66.67% of the patients took part in the physical assault; the companions, in verbal assault (58.14%); and the health staff in moral harassment (69.49%); facing episodes of violence, 37.65% of the professionals reported the fact to their co-workers; 57.25% suffered from stress as a consequence; on 4.71% of the episodes the professionals had to be absent from work, resulting in 75 days of occupational violence-related absence. We conclude there was a high rate of occupational violence in the researched population, with verbal assault and moral harassment as the most frequent violence types. Because factors related to occupational violence were very diverse, actions seeking to confront this problem shouldn't be limited to the work environment itself. Education ought to be one of the most effective actions for avoiding or minimizing these events' occurrence.

Keywords: Health Personnel. Nursing. Work Environment. Violence.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|------------|---|
| APNA | American Psychiatric Nurses Association |
| BO | Boletins de Ocorrência |
| CAL/OSHA | Departamento de Saúde Ocupacional e Administração em Saúde da Califórnia |
| CAT | Comunicação de Acidente de Trabalho |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CFM | Conselho Federal de Medicina |
| CID | Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde |
| CIE | Conselho Internacional de Enfermagem |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| COFEN | Conselho Federal de Enfermagem |
| COREN (RN) | Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Norte |
| EUA | Estados Unidos da América |
| HMWG | Hospitalar Monsenhor Walfredo Gurgel |
| ICT | Índice de Capacidade para o Trabalho |
| MS | Ministério da Saúde |
| NEFTA | Cooperativa Norte-Americano de contratos trabalhistas |
| NIV | Notificación de Incidente Violento |
| OIT | Organização Internacional do Trabalho |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| PSCS | Pronto socorro Clóvis Sarinho |
| PSI | Serviços Públicos Internacionais |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TEPT | Transtorno de Estresse Pós-Traumático |
| UFRN | Universidade Federal do Rio Grande do Norte |
| UPA | Unidades de Pronto Atendimento |
| UTI | Unidade de Terapia Intensiva |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| χ^2 | Teste Qui-quadrado |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|------------------|---|------------|
| Tabela 01 | Distribuição dos profissionais da equipe médica e de enfermagem segundo setor de trabalho. | 79 |
| Tabela 02 | Distribuição dos fatores de risco para a violência ocupacional segundo a opinião dos profissionais da equipe médica e de enfermagem. | 84 |
| Tabela 03 | Distribuição dos profissionais da equipe médica e de enfermagem, segundo participação em treinamentos sobre como agir diante de episódios de violência ocupacional. | 90 |
| Tabela 04 | Distribuição dos tipos de violência contra os profissionais da equipe médica e de enfermagem segundo horário de ocorrência. | 106 |
| Tabela 05 | Distribuição do local de ocorrência dos episódios de violência de violência contra a equipe médica e de enfermagem segundo setor do hospital. | 107 |
| Tabela 06 | Distribuição das respostas sobre as reações dos profissionais da equipe médica e de enfermagem atos de violência, segundo tipo de violência sofrida. | 108 |
| Tabela 07 | Distribuição dos motivos pelos quais os profissionais de saúde não relataram os atos de violência a seus superiores segundo tipos de violência. | 115 |
| Tabela 08 | Distribuição das conseqüências dos atos de violência contra os profissionais da equipe médica e de enfermagem, segundo tipo de violência. | 117 |
| Tabela 09 | Distribuição do número de episódios violentos nos quais houve afastamento do trabalho e do número de dias de afastamento do trabalho por tipo de violência. | 120 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | | |
|-------------------|--|------------|
| Gráfico 01 | Distribuição dos profissionais da equipe médica e de enfermagem segundo turno de trabalho. | 80 |
| Gráfico 02 | Distribuição dos profissionais da equipe médica e de enfermagem segundo a opinião dos profissionais quanto à violência ocupacional se esta faz ou não parte da sua profissão como algo normal. | 82 |
| Gráfico 03 | Distribuição dos profissionais da equipe médica e de enfermagem, segundo tipo de violência a que se referia o treinamentos. | 92 |
| Gráfico 04 | Distribuição dos profissionais da equipe médica e de enfermagem, segundo o conhecimento da existência de procedimento para relato de violência ocupacional na instituição. | 93 |
| Gráfico 05 | Distribuição dos profissionais da equipe médica e de enfermagem, quanto a ter sofrido ou não violência ocupacional. | 95 |
| Gráfico 06 | Distribuição das equipes de enfermagem e médica, segundo o tipo de violência ocupacional sofrida nos últimos 12 meses de trabalho. | 97 |
| Gráfico 07 | Distribuição do número de vezes que os profissionais da equipe médica e de enfermagem foram vítimas de violência ocupacional por tipo de violência, nos últimos 12 meses de trabalho. | 102 |
| Gráfico 08 | Distribuição dos agressores da violência ocupacional contra os profissionais da equipe médica e de enfermagem, segundo tipo de violência. | 104 |

LISTA DE QUADROS

| | | |
|------------------|--|------------|
| Quadro 01 | Variáveis de caracterização sociodemográficas e profissionais. | 63 |
| Quadro 02 | Variáveis de caracterização da violência ocupacional. | 66 |
| Quadro 03 | Distribuição dos profissionais da equipe médica e de enfermagem segundo sexo, idade, grau de instrução e estado civil. | 70 |
| Quadro 04 | Distribuição dos profissionais da equipe médica e de enfermagem segundo tempo de experiência na profissão, tempo de experiência na urgência e carga horária semanal de trabalho na urgência. | 76 |
| Quadro 05 | Distribuição das respostas dos profissionais da equipe médica e de enfermagem sobre se houve ou não intervenção para resolução dos incidentes violentos e os responsáveis por essa intervenção, segundo tipo de violência. | 112 |
| Quadro 06 | Distribuição da análise da significância estatística, segundo ter sido vítima de violência ocupacional e caracterização sócio-demográfica como fator potencialmente explicativo. | 122 |
| Quadro 07 | Distribuição da análise da significância estatística, segundo ter sido vítima de violência ocupacional e caracterização profissional como fator potencialmente explicativo. | 125 |
| Quadro 08 | Apêndice E. Distribuição das equipes médica e de enfermagem segundo a opinião dos profissionais quanto ao sentimento de segurança no ambiente de trabalho, relacionado a violência, numa escala tipo Likert de 0 a 10. | 158 |

LISTA DE APÊNDICES

| | | |
|-------------------|--|------------|
| Apêndice A | Ofício à Direção Geral do HMWG. | 147 |
| Apêndice B | Autorização da Direção do HMWG para coleta de dados. | 148 |
| Apêndice C | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. | 149 |
| Apêndice D | Instrumento de Coleta de Dados. | 151 |
| Apêndice E | Quadro 08 – Distribuição das equipes médica e de enfermagem segundo a opinião dos profissionais quanto ao sentimento de segurança no ambiente de trabalho, relacionado a violência, numa escala tipo Likert de 0 a 10. | 158 |

LISTA DE ANEXOS

| | | |
|----------------|---|------------|
| Anexo A | Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa. | 159 |
|----------------|---|------------|

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 18 |
| 2 | OBJETIVOS | 30 |
| 3 | REVISÃO DE LITERATURA | 31 |
| 3.1 | A VIOLÊNCIA OCUPACIONAL NO SETOR DA SAÚDE | 31 |
| 3.1.1 | Um olhar sobre a violência | 31 |
| 3.1.2 | O que é violência ocupacional no setor da saúde ?..... | 37 |
| 3.1.3 | A relação dos serviços de saúde com a violência na sociedade | 40 |
| 3.2 | CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA OCUPACIONAL NO SETOR DA SAÚDE | 42 |
| 3.2.1 | Fatores que contribuem para a violência ocupacional no setor saúde | 42 |
| 3.2.2 | Conseqüências da violência ocupacional no setor saúde | 48 |
| 3.3 | COMO MINIMIZAR O PROBLEMA DA VIOLÊNCIA OCUPACIONAL NA SAÚDE? | 53 |
| 4 | METODOLOGIA | 59 |
| 4.1 | TIPO DE ESTUDO | 59 |
| 4.2 | LOCAL DE ESTUDO | 59 |
| 4.3 | POPULAÇÃO E AMOSTRA | 60 |
| 4.4 | VARIÁVEIS DO ESTUDO | 62 |
| 4.4.1 | Variáveis de caracterização sociodemográficas e profissionais | 63 |
| 4.4.2 | Variáveis de caracterização da violência ocupacional | 63 |
| 4.5 | INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS | 66 |
| 4.6 | PROCEDIMENTO DA COLETA DE DADOS | 67 |
| 4.7 | ROCESSAMENTO DE DADOS | 68 |
| 4.8 | TRATAMENTO ESTATÍSTICO | 68 |
| 5 | RESULTADOS E DISCUSSÕES | 70 |
| 5.1 | CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA EQUIPE MÉDICA E DE ENFERMAGEM. | 70 |
| 5.2 | CARACTERIZAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL. | 76 |
| 5.3 | DADOS REFERENTES A ASPECTOS RELACIONADOS À VIOLÊNCIA OCUPACIONAL. | 82 |
| 5.4 | DADOS REFERENTES A VIOLÊNCIA OCUPACIONAL SOFRIDA PELOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE MÉDICA E DE ENFERMAGEM..... | 95 |

| | | |
|-----|--|------------|
| 5.5 | 5.5 ANÁLISE DA SIGNIFICÂNCIA ESTATÍSTICA E VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL. | 121 |
| 6 | CONCLUSÃO | 128 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 133 |
| | REFERÊNCIAS | 135 |
| | GOSSÁRIO. | 144 |
| | APÊNDICES. | 147 |
| | ANÉXOS. | 158 |

1 INTRODUÇÃO

A violência é um problema de saúde pública, crescente em todo o mundo, presente ao longo da história da humanidade em todas as sociedades, atingindo as mais variadas classes sociais e faixas etárias. Por essa razão, há muito tempo existe uma preocupação do ser humano em entender a essência desse fenômeno, sua natureza, origem, e os meios adequados para atenuá-lo (MINAYO, 1994; OMS, 2002; DI MARTINO, 2002; BRASIL, 2002; BRASIL, 2005; ALKIMIM, 2007).

Todavia, apesar da violência ter estado sempre presente, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), não podemos aceitá-la como um problema inevitável da condição humana (OMS, 2002).

É importante ressaltar que, além da violência acometer diversos grupos de pessoas, ela se manifesta de diferentes formas, razão pela qual se torna difícil sua apreensão e definição (COSTA; MARZIALE, 2006). No entanto, a OMS a define como:

O uso intencional da força ou do poder físico, de ações ou como ameaça, contra a própria pessoa, contra outra pessoa ou um grupo ou comunidade, que cause ou tenha muita probabilidade de causar lesões, morte, dano psicológico, alterações no desenvolvimento ou privação. (OMS, 2002, p. 5)

Esse mesmo órgão internacional é uma agência especializada da Organização das Nações Unidas (ONU) destinada às questões relativas à saúde, classifica a violência de acordo com as características de quem a pratica em três categorias: auto-infligida, interpessoal e coletiva. A auto-infligida se refere aos suicídios e as auto-mutilações. A segunda engloba a violência contra crianças, mulheres e idosos e inclui também aquelas ocorridas em estabelecimentos como escolas, prisões e locais de trabalho. Por último, a violência coletiva que acontece quando grupos de pessoas utilizam atos violentos por objetivos políticos, econômicos ou sociais. Ainda de acordo com a natureza dos atos, a violência pode ser classificada em quatro tipos: física, sexual, psíquica e privações ou maus tratos (OMS, 2002).

Para o Ministério da Saúde (MS), a violência é vista como resultante de uma complexa interação de diversos fatores, que podem ser individuais, sociais, econômicos e culturais. Desse modo, a sua abordagem deve ser interdisciplinar, apoiada no avanço dos conhecimentos científicos e na superação das desigualdades, implicando na articulação da segurança, da saúde e do desenvolvimento social, devendo ser enfrentada pelos diversos setores da sociedade e do Estado (BRASIL, 2005).

Entre as preocupações teóricas dos autores brasileiros, duas têm sido recorrentes; a primeira é a de não reduzir a questão da violência exclusivamente ao problema da criminalidade, e a segunda é a de buscar desconstruir as associações causais deterministas entre pobreza e criminalidade (DESLANDES, 2000).

É importante ressaltar que, durante um longo período, esse fenômeno foi visto apenas como um problema referente à segurança pública ou à ordem social, situando-se como algo fora da agenda da saúde. No entanto, nestas últimas décadas, diante do grande número de mortes violentas, é impossível negá-lo como uma das grandes questões sociais da humanidade e um “novo” problema de saúde, visto que vêm provocando forte impacto na morbimortalidade das populações e nos serviços de saúde (MINAYO; SOUZA, 1999; DESLANDES, 2000; JACKSON; CLARE; MANNIX, 2002; BRASIL, 2005; WAISELFISZ, 2007).

Este problema pode ser observado, dentre muitos outros aspectos, através da transição epidemiológica nacional, analisada do ponto de vista da mortalidade, a qual vem apontando a substituição das antigas epidemias e das doenças infecciosas e parasitárias para um perfil onde as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as causas externas, que inclui a violência juntamente com os acidentes, ocupam as três primeiras posições no *ranking* da mortalidade, respectivamente (MINAYO; SOUZA, 1999; BRASIL, 2008).

Neste mesmo raciocínio, é visto que a cada ano, em todo o mundo, 1,6 milhões de pessoas morrem ou sofrem lesões como resultado da violência, a si mesmas, interpessoal, ou coletiva, deixando não apenas os danos físicos e imediatos, mas também os emocionais. Assim, torna-se difícil calcular precisamente os custos com a violência (OMS, 2002; DESLANDES, 2000).

No Brasil, somente nos anos entre 1990 a 2000, mais de um milhão de pessoas morreram por violências e acidentes e, dessas, cerca de 400 mil tiveram como causa o homicídio (MINAYO, 2006).

Nesse sentido, o MS destaca que, nos últimos 20 anos, os homicídios no Brasil tiveram crescimento proporcional de mais de 200%, pois passaram de 13.601, no ano de 1980, para 45.343, em 2000. Nesse último ano, esses números representaram um percentual de 38,3% do total das mortes por causas externas e cerca de 70% deles foram cometidos com armas de fogo, cujo uso aumentou intensamente nesse período (BRASIL, 2005).

Ainda analisando os homicídios, o Brasil, a nível internacional, em 2004, entre 84 países, com uma taxa total de 27 homicídios em 100.000 habitantes, ocupa a 4ª posição no *ranking*, com dados menores apenas quando comparados aos números da Colômbia, e com

taxas bem semelhantes às da Rússia e da Venezuela. Essa taxa de homicídio é ainda 30 ou 40 vezes superiores às de países como Inglaterra, França, Alemanha, Áustria, Japão ou Egito (WAISELFISZ, 2007).

No que diz respeito à classificação dos Estados brasileiros, segundo a taxa de homicídio, para cada 100.000 habitantes, em 2004, Pernambuco, Espírito Santo e Rio de Janeiro foram os Estados que apresentaram os maiores valores de 50,7; 49,4; e 49,2, respectivamente. O Rio Grande do Norte fica entre os Estados de menores taxas, pois das 27 unidades da federação, neste mesmo ano, ele ocupou o 26º lugar, com uma taxa de 11,7, igual a do Maranhão e maior apenas que o Estado de Santa Catarina, com uma taxa de 11,1 (WAISELFISZ, 2007).

Quanto aos municípios, é visto que um total de 556, o que representa apenas 10% dos 5.560 municípios brasileiros, apresentaram as maiores taxas de homicídio na população total, e concentraram 71,8% do total dos eventos ocorridos no país em 2004 (WAISELFISZ, 2007).

Vemos, deste modo, que a distribuição da violência não é equânime em todo o território brasileiro e, portanto, alguns municípios apresentam um maior índice de violência, aqui representado pelos homicídios.

Se as taxas de homicídios totais do Brasil já são muito elevadas no contexto internacional, no terreno dos homicídios de jovens essas diferenças tornam-se dramáticas. Esses índices são, proporcionalmente, acima de 100 vezes superiores aos de países como Áustria, Japão, Egito ou Luxemburgo. Em 2004, enquanto a taxa de homicídios em pessoas adultos foi de 20,8, essa mesma taxa para pessoas jovens foi de 51,7 para cada 100.000 habitantes (WAISELFISZ, 2007).

Desse modo, especificamente no Brasil, a violência atingiu índices inaceitáveis e a grande dificuldade em se pôr um fim a esse mal é a multiplicidade e grandeza de suas causas. Em relação aos gastos, apenas com orçamento anual do Fundo Nacional de Segurança Pública, temos um custo estimado de trezentos milhões de reais por dia (SILVA FILHO, 2004)

Torna-se importante lembrar que parte das consequências da violência manifesta suas repercussões nos hospitais, em especial nos serviços de pronto atendimento, objeto do nosso estudo. Nesse sentido, no ano 2000, chegaram aos serviços públicos de saúde 693.961 pessoas buscando tratamento hospitalar por lesões e traumas provenientes de acidentes e violências. Deste modo, esses agravos ocuparam o 7º lugar no conjunto das internações (BRASIL, 2005).

Em 1996, a 49ª Assembleia Mundial de Saúde ressaltou a gravidade das consequências da violência tanto a curto como a longo prazo para o indivíduo, a família, a

comunidade e o país, além dos seus efeitos prejudiciais nos serviços de atenção à saúde (OMS, 2002).

Para Minayo e Souza (1999), o tema violência não entrou no setor saúde de forma natural, pois, por algumas razões, houve resistência para entender o impacto e relação da violência com esse setor.

Nesse contexto, essas autoras ressaltam que, a partir das décadas de 1960 e 1970, houve um grande esforço teórico-metodológico e político para compreender a saúde como uma questão complexa, com determinantes sociais e condicionantes culturais. Desse modo, a violência provocou um debate na pauta da saúde, a qual é, frequentemente, voltada para os termos biomédicos que dizem respeito à saúde física e à história natural das doenças (MINAYO; SOUZA, 1999).

É percebido, ainda, que uma das razões da resistência se dá pelo modo como, historicamente, o fenômeno tem sido tratado, na visão do direito criminal e da segurança pública. Outro motivo vem do campo específico da saúde, setor de quase monopólio do modelo médico e biomédico, cujo pensamento tende a incorporar o social apenas como variável "ambiental" da produção das enfermidades. Ponto de vista que se confirma pela forma como vêm se apresentando também no paradigma da modernidade, em que, frequentemente, as relações entre o conhecimento científico e a intervenção social apresentam-se fragmentadas e desarticuladas (MINAYO; SOUZA, 1999; DESLANDES, 2000)

No entanto, segundo Minayo (1994), há um consenso de que a violência não tem raízes biológicas, e, portanto, não faz parte da natureza humana. Deste modo, é vista como um complexo fenômeno biopsicossocial, sendo a vida social o seu espaço de criação e desenvolvimento. Esse evento não é também um problema específico da área de saúde, no entanto, afeta a saúde das pessoas. O setor da saúde é o local para onde confluem as consequências da violência, em especial os serviços de urgências, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social.

Por essa razão, Minayo e Souza (1999) chamam a nossa atenção que, há bem pouco tempo, porém, o setor saúde olhava para o fenômeno da violência como um espectador, um reparador dos estragos. No entanto, essa visão começou a mudar na década de 60, numa das especialidades mais sensíveis da medicina. A pediatria americana passou a estudar, diagnosticar e medicar a chamada "síndrome do bebê espancado", colocando-a como um sério problema para o crescimento e o desenvolvimento infantil. Uma década depois, vários países

também reconheceram, formalmente, os “maus-tratos” como grave problema de saúde pública.

O crescimento do interesse do setor para discutir esse fenômeno pode ser de fato sintetizado, por um lado, na própria ampliação contemporânea da consciência do valor da vida e dos direitos de cidadania; de outro, nas observações sobre as mudanças no perfil de morbimortalidade no mundo e no país. Em toda a sociedade ocidental, e mais particularmente no Brasil, foi na década de 80 que o tema da violência entrou com maior vigor na agenda de debates da saúde, tendendo a se consolidar no final dos anos 90 (MINAYO; SOUZA, 1999).

Nesse sentido, tem merecido destaque a violência ocupacional, que vem afetando, em especial, os trabalhadores da saúde. No Brasil, a partir de uma nova perspectiva, a área de saúde do trabalhador passa a ser estruturada, abrindo um campo de rediscussão de seu conceito e abrangência, especialmente no tocante à investigação dos determinantes dos agravos à saúde, comumente mensurados através da frequência dos acidentes e doenças ocupacionais (VASCONCELLOS; RIBEIRO, 1997).

Segundo o MS, no âmbito de toda essa violência que está presente na sociedade, vários tipos de violência interpessoal ocorrem no ambiente do trabalho ou no próprio processo de trabalho: entre patrões e trabalhadores, trabalhadores e usuários, entre os próprios trabalhadores (BRASIL, 2008).

Reforçando a afirmação do MS, Alkimim (2007) diz que a violência como fenômeno inerente ao convívio social, às relações grupais e interpessoais, também está projetada nas relações trabalhistas, campo fértil para a prática de todas as formas de violência.

Assim, diante da abrangência da violência, é observado que esta se encontra presente, não apenas nas ruas e casas, mas, até mesmo nos locais de trabalho da saúde, o que traz grandes consequências, em especial para o trabalhador. Considerando-se que as organizações de trabalho devem cumprir um papel protetor, principalmente as instituições de saúde das quais se espera a proteção dos danos que ameaçam a vida humana. Porém, isso não ocorre, pois, como os demais locais, os hospitais não estão livres da presença da violência. Desta forma, faz-se necessário entender o mecanismo que transforma um ambiente terapêutico em um cenário onde acontecem atos de violência (PARAVIC; VALENZUELA; BURGOS, 2004; COSTA; MARZIALE, 2006).

No que diz respeito à violência ocupacional, o Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), que é uma federação de associações de conselhos nacionais, representando a Enfermagem de mais de 128 países, concluiu, num informe, já no ano de 1999, que esse tipo

de evento tem um caráter mundial, e atravessa a fronteira do contexto do trabalho e de grupos profissionais (CIE, 1999; CIE, 2007).

Contrera-Moreno e Contrera-Moreno (2004) apresentam que a violência ocupacional se divide em três tipos, de acordo com a Classificação do Departamento de Saúde Ocupacional e Administração em Saúde, da Califórnia (CAL/OSHA):

- A violência externa que é provocada por alguém que não pertence à organização, ou seja, este tipo de violência é reflexo da violência que se tem nas ruas e é provocado por alguém desconhecido. Neste caso, os trabalhadores de saúde têm um risco maior de serem afetados, dependendo da localização geográfica da instituição de trabalho, como periferias e locais com elevado consumo de drogas;
- A violência provocada pelo cliente, no qual os trabalhadores de saúde são uns dos mais afetados por lidar com uma clientela muito diversificada composta muitas vezes por pacientes psiquiátricos, dementes, delinquentes, drogados, embriagados e até mesmo de ter que lidar com os familiares destes pacientes que se tornam agressivos com estes trabalhadores, principalmente em caso de morte;
- A violência interna que é aquela que ocorre entre trabalhadores de uma mesma instituição, podendo vir tanto da hierarquia como de outros colegas de trabalho, sendo um exemplo deste tipo de violência o assédio moral.

Nesse sentido, para Farrell, Bobrowski e Bobrowski (2006), existe uma preocupação internacional sobre a percepção da violência ocupacional como um importante problema de saúde pública, com custos financeiros associados.

Diante deste fato, percebe-se que a violência ocupacional é um fenômeno cada vez mais presente no dia-a-dia dos profissionais da saúde. Assim, há um consenso de que este impacto da violência na sociedade afeta o setor da saúde e, conseqüentemente, esses profissionais, os quais atendem a uma grande quantidade das vítimas e dos autores dos atos violentos. Ao assistirem essas vítimas, os profissionais se envolvem diretamente com esse problema, embora esse não seja o único determinante para esse fenômeno. (JACKSON; CLARE; MANNIX, 2002; SANTOS JÚNIOR; DIAS, 2005; JACKSON; ASHLEY, 2005; COSTA, 2005; FARRELL; BOBROWSKI; BOBROWSKI, 2006; OLIVEIRA; D'OLIVEIRA, 2008).

Além dos pacientes ou acompanhantes, é sabido, também, que existem outras fontes de violência nesse ambiente, tais como: colegas da mesma profissão ou de outras áreas da saúde. Pesquisas demonstram que esse é um fator importante no contexto da violência no local de trabalho desses profissionais, sendo os pacientes ou acompanhantes, seguido pelos colegas da profissão ou de outra área da saúde, os principais causadores de violência, tanto física, como psicológica (JACKSON; CLARE; MANNIX, 2002; SANTOS JÚNIOR; DIAS,

2005; JACKSON; ASHLEY, 2005; COSTA, 2005; FARRELL; BOBROWSKI; BOBROWSKI, 2006; OLIVEIRA; D'OLIVEIRA, 2008).

É importante ressaltar que a violência, independente do local onde ocorre, ela se apresenta de várias formas. Desse modo, dentre outras manifestações, a violência no trabalho pode apresentar-se como: física, por meio das agressões físicas, e violência psicológica, por meio do assédio moral, assédio sexual, discriminação racial, intimidação, ameaças e hostilidades. (JACKSON; CLARE; MANNIX, 2002; CONTRERA-MORENO; CONTRERA-MORENO, 2004; JACKSON; ASHLEY, 2005; KLING et al., 2006; ALKIMIM, 2007; BRASIL, 2008).

Quanto à violência nos hospitais, como local de trabalho dos profissionais da saúde, pesquisas revelam que existem setores dessas instituições onde este fenômeno é mais observado. Na realidade, em poucas áreas do hospital, os profissionais estão livres de abuso verbal ou físico. Nesse sentido, dois dos principais setores onde há uma maior ocorrência desse evento são a urgência e a psiquiatria (JACKSON; CLARE; MANNIX, 2002; FARRELL; BOBROWSKI; BOBROWSKI, 2006; SANTOS JÚNIOR; DIAS 2005; CEZAR; MARZIALE, 2006; FARIAS et al., 2010).

No entanto, os profissionais de saúde que trabalham nos serviços de urgência que atendem muitas vezes essas vítimas também podem mudar de papel, passando de agredido a agressor. Neste sentido, para Cezar e Marziale (2006, p. 217), a violência no ambiente de trabalho, em saúde, é um problema observado especialmente nas situações de urgência onde os profissionais “[...] ora atores, ora vítimas de atos violentos, estão reproduzindo e perpetuando situações de agressividade que vem prejudicando a assistência prestada aos clientes e ocasionando o adoecimento pelo trabalho”.

É do conhecimento de quem trabalha nos serviços de urgência que, nesse setor, são atendidos pacientes em situações críticas, que propiciam a ocorrência de atos violentos, como paciente alcoolizados, vítimas de acidentes de trânsito, de ferimento por arma branca e de fogo, quedas, intoxicações, dentre outras causas, porém, todos num contexto de estresse e tensão (DESLANDES, 2000; OMS, 2006). Ainda podemos associar todo esse contexto às condições de trabalho e a qualidade das relações interpessoais, muitas vezes deficitárias (CONTRERA-MORENO; CONTRERA-MORENO, 2004).

Devido às características dos serviços de urgência, Deslandes (2000) ressalta que este, por si só, constitui uma organização privilegiada para a análise do significado e da dimensão da violência nesses serviços e na ação de seus agentes. A autora justifica, dentre outros motivos para esse acontecimento, o fato dos profissionais do setor de urgência lidarem de

forma rotineira e intensa com as vítimas de violências, o que delimita um campo bem demarcado de interações entre os sujeitos (profissionais, familiares e vítimas de violências). Acrescenta também que este ambiente representa um espaço intenso e dramático de conflito, muitas vezes de violência, entre profissionais de saúde e população usuária.

Para Costa (2005), a violência física e verbal nos prontos socorros, em geral, tem como origem a demora no atendimento, ou um atendimento apressado e de baixa qualidade. Algumas vezes tem como causa a postura do profissional assumida durante o atendimento. Uma resposta grosseira ou mal colocada pode dar origem a uma reação violenta por parte de alguns pacientes ou acompanhantes. Outras vezes a violência tem como gênese o próprio comportamento desses usuários. A autora acrescenta que pessoas violentas, por natureza, não deixam de sê-lo quando estão doentes, em algumas situações podem até se tornarem mais violentas.

Santos Júnior e Dias (2005) realizaram uma pesquisa, com uma amostra de 162 médicos que trabalhavam em Unidades de Pronto Atendimento (UPA), em Belo Horizonte (MG). Dentre esses, 135 (83,3%) relataram pelo menos um episódio de algum tipo de violência no trabalho, nos 12 meses anteriores à pesquisa, sendo que 03 responderam terem sido vítimas de agressões físicas; 01 teve que afastar-se do trabalho em decorrência da agressão física, e em 02 casos o agressor foi o acompanhante.

Cezar e Marziale (2006) realizaram uma pesquisa, no serviço de urgência de um hospital geral de 204 leitos em Londrina (PR), sobre violência ocupacional na equipe de saúde com 33 trabalhadores de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) e 14 médicos. Nesse estudo, as autoras encontraram que 100% dos enfermeiros, 88,9% dos técnicos, 88,2% dos auxiliares de enfermagem e 85,7% dos médicos referiram ter sido vítimas de atos de violência no trabalho, embora não registradas.

Nesse mesmo estudo, as formas de violência apontadas pelos médicos foram: agressões verbais 12 (100%), roubo 4 (33,3%), competição entre os colegas 3 (25%), assédio sexual 3 (25%), agressões físicas 2 (16,7%) e assédio moral 2 (16,7%). Em relação aos trabalhadores de enfermagem, foram: agressões verbais 28 (93,3%), assédio moral 9 (30%), competição entre colegas 7 (23%), agressões físicas 5 (16,7%), roubos 4 (13,3%), discriminação social 1 (3,3%) e maus tratos 1 (3,3%) (CEZAR; MARZIALE, 2006)

Fernandes (2007) fez uma análise quantitativa dos estudos sobre violência já realizados na Enfermagem, em quatro periódicos e bancos de dados de teses e dissertações, encontrando que a Enfermagem iniciou seus estudos sobre essa temática a partir da década de 1990, pesquisando sobre muitos enfoques da violência. Esse autor ressalta que, em sua

maioria, os estudos circunscrevem as violências contra a mulher, a criança, o adolescente e o idoso. Ressalta, ainda, que durante a análise dos dados da sua pesquisa, encontrou apenas dez estudos que tratavam especificamente da violência ocupacional na Enfermagem.

Em nível internacional, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), o Conselho Internacional dos Enfermeiros (CIE), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e os Serviços Públicos Internacionais (PSI) lançaram, em 2000, um programa comum, a fim de desenvolver políticas sólidas e abordagens práticas para a prevenção e eliminação da violência no setor da saúde. Nesse sentido, Di Martino (2002) apresentou um relatório, baseado em estudos realizados em sete países, dentre eles o Brasil.

No relatório de DI Martino (2002), foi constatada a dimensão da violência ocupacional dos trabalhadores da saúde a nível mundial. O autor ressalta que mais da metade dos profissionais da saúde informaram ter experimentado pelo menos um incidente de violência física ou psicológica, no ano anterior, sendo 75,8% na Bulgária (UE), 67,2% na Austrália (Oceania), 61% na África do Sul (África), 60% no complexo de Centros de Saúde em Portugal (UE), 54% na Tailândia (Ásia) e 47 % no Brasil (América Latina).

Para a Enfermagem, há um interesse especial na compreensão e combate de todas as formas de violência, visto que ela tem um contato direto com um número crescente das vítimas desse fenômeno, além de se constituir na categoria profissional que mais tem sofrido violência ocupacional. No entanto, lamentavelmente, é sabido que uma pequena representação numérica desses profissionais tem perpetuado atos de violência, abuso de pacientes ou colegas, infringindo o código de ética (CIE, 1999; JACKSON; ASHLEY, 2005; MERECZ et al., 2006; CAMERINO et al., 2008).

No entanto, é importante destacar também que, segundo a mesma fonte em nível mundial, por várias ocasiões a justiça tem negado indenização aos profissionais de enfermagem vítimas de violência, alegando que praticar a Enfermagem é aceitar o risco da violência pessoal. Nesse pensamento, com frequência, as próprias enfermeiras consideram que a violência faz parte do trabalho (CIE, 1999; JACKSON; CLARE; MANNIX, 2002; COSTA, 2005).

Desse modo, diante do exposto, vemos que os profissionais de saúde enfrentam tipos específicos de violência no trabalho, que podem ser mais acentuados conforme o local de sua atuação. Neste sentido, dentre os vários setores, os prontos socorros, ou atendimentos de urgência, têm apresentado um destaque na literatura (ERGÜN; KARADAKOVAN, 2005; FARRELL; BOBROWSKI; BOBROWSKI, 2006; RYAN; MAGUIRE, 2006; ZAPPAROLI; MARZIALE, 2006).

É importante ressaltarmos que os profissionais que trabalham em pronto socorro atendem, muitas vezes, as pessoas com danos decorrentes de armas de fogo e branca, assim como, sob o efeito de álcool ou drogas ilícitas, e que, em situações mais extremas, podem ser ameaçadas até mesmo com revólveres. Nesse contexto, além da violência física, outros tipos menos visíveis, no entanto de igual relevância, também fazem parte do processo de trabalho em saúde (COSTA, 2005; JACKSON; CLARE; MANNIX, 2002). Por isso, entendemos que a realização desse trabalho no setor de emergência e urgência tem grande importância.

Sabe-se, pois, que nas urgências clínicas e traumáticas o trabalho é exercido nas situações que envolvem a dor e o sofrimento, a vida e a morte, além dos constrangimentos diários impostos a esses trabalhadores. A abordagem das manifestações de violência no trabalho cotidiano da saúde traz também à discussão questões que envolvem a saúde desses profissionais (COSTA, 2005).

Ressaltamos também que, durante a nossa vivência como estudante e posteriormente como professor acompanhando alunos de enfermagem nos serviços de urgência e como enfermeiro atuando também na urgência, percebemos que os profissionais de saúde que trabalham, principalmente nesse setor, estão expostos a muitos tipos de violência, tanto dos pacientes e acompanhantes como de outros profissionais. Vimos, também, que esta violência se manifesta nas formas de agressão física e psicológica, sendo este fato resultante tanto das características peculiares do setor, como pela presença da violência em todos os locais da sociedade.

Em nossa realidade, os pronto atendimentos, em especial os serviços de urgência dos hospitais de grande porte, apresentam uma demanda muito grande, estando constantemente superlotados, o que ocasiona, muitas vezes, uma longa espera no atendimento, aumentando a tensão de quem está necessitando de um atendimento urgente. Nessas situações é comum observarmos alterações comportamentais de usuários, acompanhantes, e até mesmo dos profissionais de saúde.

Nesse percurso, como aluno de graduação, e agora como profissional e docente, pudemos observar alguns casos de agressão verbal, nos quais foi necessária a intervenção da segurança do hospital. Junto a esses, presenciemos também outros atos violentos, que, no entanto, pareciam não serem percebidos pelo profissional, pois não demonstrava nenhuma reação contrária. Além disso, ao fazer um levantamento sobre a temática em nossa realidade, ouvi relatos de casos de profissionais de saúde que trabalham no setor de urgência, assim como dos seguranças de alguns hospitais, os quais confirmaram esse fato.

Na literatura encontramos que há uma lacuna no que diz respeito a estudos sobre violência ocupacional no setor da saúde (DI MARTINO, 2002). Segundo Luck, Jackson e Usher (2008), a literatura sugere ainda que a violência para com enfermeiros em serviços de emergência ainda precisa ser mais estudada. Isso pode ser confirmado no que se refere ao Brasil, onde há poucos trabalhos que abordam esse tema (PALÁCIOS et al., 2002; CONTRERA-MORENO; CONTRERA-MORENO, 2004; ZAPPAROLI; MARZIALE, 2006; FARIAS et al., 2010). É importante ressaltar que não encontramos nenhuma pesquisa que abordasse esse tema em qualquer um dos estados do Nordeste brasileiro.

Frente a esse contexto, o nosso objeto de estudo é a violência ocupacional nos profissionais da saúde que trabalham no serviço de urgência e emergência clínica e traumática no pronto socorro em um hospital público de grande porte, na cidade de Natal (RN). Na expectativa de encontramos resposta para os nossos propósitos, questionamos: quais os tipos de violência ocupacional, sofrida pelos profissionais da equipe de enfermagem e médica, nos últimos 12 meses, em um serviço de urgência hospitalar, em Natal (RN)? Quais os setores da urgência onde ocorreram os episódios de violência ocupacional? Quem são os agressores de cada tipo de violência ocupacional? Quais os procedimentos adotados após cada ato violento? E quais as consequências da violência sofrida pelos profissionais da equipe de enfermagem e médica?

Considerando estas questões, e a importância dessa temática, nos propomos a realizar esta pesquisa objetivando: identificar os tipos de violência ocupacional, sofrida pelos profissionais da equipe de enfermagem e médica, nos últimos 12 meses, em um serviço de urgência hospitalar, em Natal (RN); identificar os setores da urgência onde ocorreram os episódios de violência ocupacional; caracterizar os agressores de cada tipo de violência ocupacional; conhecer os procedimentos adotados após cada ato violento sofrido pelos profissionais da equipe de enfermagem e médica, e conhecer as consequências da violência sofrida pelos profissionais da equipe de enfermagem e médica.

Diante do exposto e da escassez de estudos em nosso contexto, consideramos esse trabalho relevante por se propor a pesquisar esta temática em nossa realidade, contribuindo para a investigação e discussão desse problema vivenciado no dia-a-dia dos profissionais de saúde. Na literatura, nacional e internacional, a violência ocupacional no setor saúde mostra uma abrangência mundial, no entanto, por se tratarem de contextos diferentes, não podemos aplicar esses estudos de forma generalizada e em todos os seus aspectos à nossa realidade.

Neste sentido, é imprescindível conhecermos a violência no local de trabalho para que sejam tomadas medidas que possam combater, prevenir ou diminuir os seus efeitos. Nesse

pensamento, a OMS ressalta que da mesma forma que a saúde pública tem conseguido êxito na prevenção e diminuição das complicações dos acidentes de trabalho e doenças infecciosas, é possível mudar os fatores que contribuem para a perpetuação da violência em todos os lugares (OMS, 2002).

Desse modo, ao conhecer essa temática em nossa realidade, este estudo poderá contribuir como subsídios para a formulação de políticas de segurança no local de trabalho dos profissionais de saúde em nosso contexto.

Corroborando esse pensamento, o MS afirma que para que o tema “violência” seja, efetivamente, abordado como problema de saúde pública relevante e para que sejam identificadas as intervenções apropriadas ao seu controle no âmbito do setor saúde, constituirá medida essencial o desenvolvimento de estudos e pesquisas referentes aos vários aspectos relacionados à violência (BRASIL, 2000).

Sendo assim, esperamos que os resultados desse estudo possam contribuir para o entendimento da violência ocupacional no setor saúde, alertando os profissionais para o tema. Além do que, acreditamos que devemos entendê-la para podermos preveni-la, ou, no mínimo, atenuá-la, e, assim, termos um ambiente de trabalho mais seguro.

2 OBJETIVOS

Identificar os tipos de violência ocupacional sofrida pelos profissionais da equipe de enfermagem e médica, nos últimos 12 meses, em um serviço de urgência hospitalar, em Natal/RN.

Identificar os setores da urgência onde ocorreram os episódios de violência ocupacional.

Caracterizar os agressores de cada tipo de violência ocupacional.

Conhecer os procedimentos adotados após cada ato violento sofrido pelos profissionais da equipe de enfermagem e médica.

Conhecer as consequências da violência sofrida pelos profissionais da equipe de enfermagem e médica.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Para compreendermos melhor sobre a violência ocupacional sofrida pelos profissionais da Enfermagem e da Medicina, dividimos esta revisão da literatura em três tópicos. No primeiro, trazemos algumas considerações sobre a violência de um modo geral, e, especificamente, sobre a violência ocupacional no setor saúde, com uma discussão sobre o conceito de cada tipo de violência. Ainda nesse tópico, buscamos refletir sobre a relação dos serviços de saúde e a violência. No segundo tópico trazemos uma discussão sobre as causas e consequências da violência ocupacional nesse contexto. Por último, dissertamos sobre como minimizar o problema da violência ocupacional na saúde.

É importante ressaltar que não podemos discutir a violência ocupacional sem relacioná-la com outros tipos ou formas pela qual se manifesta, ou seja, a violência que ocorre em todos os ambientes da sociedade. Por isso, alguns dos aspectos discutidos aqui não se aplicam apenas a violência no trabalho, mas, também, a todos os tipos de manifestações violentas. Até mesmo porque certos aspectos, como as causas e consequências, apresentam alguns fatores que são comuns e outros que são específicos para cada uma das formas de manifestação da violência.

3.1 A VIOLÊNCIA OCUPACIONAL NO SETOR DA SAÚDE

3.1.1 Um olhar sobre a violência

A palavra violência tem raiz no latim, e deriva do vocábulo *vis*, o qual significa força e se refere às noções de constrangimento e de uso de superioridade física sobre o outro. No seu sentido material, o termo parece neutro, mas quem analisa os eventos violentos descobre que eles se referem a conflitos de autoridade, a lutas pelo poder e a vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens. Nesse contexto, existem várias formas de violência, e nas diversas culturas, alguns atos de violência são tolerados e outros condenados (BRASIL, 2005; MINAYO, 2006).

A violência é um problema de grande repercussão em todos os setores da sociedade. Não se restringe ao local de trabalho, mas esse é um dos ambientes onde esse fenômeno tem se manifestado, trazendo grandes prejuízos aos trabalhadores, às empresas e,

consequentemente, a toda sociedade. É importante ressaltar, também, que esse é um problema de abrangência mundial (DI MARTINO, 2002; CONTRERA-MORENO; CONTRERA-MORENO, 2004; FREIRE, 2008; FREIRE et al., 2010).

Os dados sobre a violência, de um modo geral, demonstram que esta tem crescido consideravelmente nos últimos 50 anos. Segundo Minayo e Souza (1999), até a década de 1960, as violências situavam-se no quarto lugar no perfil de mortalidade geral, passando ao segundo lugar nos anos de 1980 e 1990. Nesse contexto, de acordo com os dados apresentado pelo MS, de 1980 a 2003, a taxa de homicídio que era de 14,1 óbitos por cem mil habitantes dobrou, passando a 29 óbitos por cem mil habitantes (BRASIL, 2007).

Para o Ministério da Saúde (MS), violência é um fenômeno de conceituação complexa polissêmica e controversa, mas assume como “[...] evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes ou nações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e ou espirituais a si próprio ou a outros”. Nesse contexto, a violência é vista também como um fenômeno que resulta da ação ou omissão humana e de condicionantes técnicos sociais (BRASIL, 2002, p. 7).

Para Minayo e Souza (1999), existe uma grande dificuldade em se conceituar esse fenômeno, principalmente, por ser este uma forma própria de relação pessoal, política, social e cultural; por vezes, uma resultante das interações sociais; ou, ainda, um componente cultural naturalizado.

A maior parte das dificuldades para conceituar este evento vem do fato dele ser um fenômeno da ordem do vivido e cujas manifestações provocam ou são provocadas por uma forte carga emocional de quem a comete, de quem a sofre e de quem a presencia. A violência apresenta-se fundamentada em estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais, numa relação dinâmica entre os envolvidos. Pelas diversas formas como esta é expressada, o MS a classifica como: agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional (BRASIL, 2002; BRASIL, 2005).

A expressão abuso é um termo genérico e refere-se a um comportamento que humilha, degrada ou indica uma falta de respeito para a dignidade e valor de um indivíduo, pode referir-se a manifestações que afetam tanto física como psicologicamente uma pessoa. Desse modo, é entendido muitas vezes como sinônimo de violência (DI MARTINO, 2002; FERRINHO et al., 2002).

Nesse mesmo sentido, o termo agressão é compreendido como o ato ou efeito de agredir, ataque físico ou moral. Por sua vez, esse verbo refere-se à ação de assaltar, atacar

com palavras ou gestos, bater ou espancar. Sendo assim, também traz a idéia explícita de violência tanto física como psicológica e pode ser entendido como tal (XIMENES, 2002).

Dentre os vários tipos de violência, a física é a mais visível e de mais fácil identificação, refere-se ao uso da força física contra outra pessoa ou grupo, que resulta em danos físico, sexual ou psicológico, ou seja, refere-se a qualquer incidente em que uma pessoa experimenta agressões físicas. Inclui, entre outras, espancamento, chute, tapa, facadas, tiro, empurrões, beliscões, arranhões, mordidas e agressões sexuais (DI MARTINO, 2002; FARRELL; BOBROWSKI; BOBROWSKI, 2006; LIMA, 2007).

Nesse contexto, o abuso sexual é uma forma de agressão física, sendo entendida como qualquer contato físico forçado, incluindo agarro ou carícias não desejadas, além de atos de relações sexuais forçados (FARRELL; BOBROWSKI; BOBROWSKI, 2006).

Assim como a violência física, a psicológica manifesta-se de várias formas. Esta é expressa também como abuso emocional, ou violência não física, termos que, de um modo geral, denotam a utilização intencional de energia, incluindo a ameaça de força física, contra outra pessoa ou grupo, que pode resultar em danos físicos, mental, espiritual, moral ou social. Dentre outras formas de manifestação, a violência psicológica inclui abuso verbal, assédio moral, discriminação, e assédio sexual (DI MARTINO, 2002). Desse modo, faz-se necessário o entendimento não apenas quanto à violência psicológica de um modo geral, mas a conceituação de cada uma das formas pela qual se manifesta.

Nesse sentido, para Farrell, Bobrowski e Bobrowski (2006), o abuso verbal refere-se a qualquer forma de maus tratos, falada explicitamente ou subentendida, que deixa você sentir-se pessoalmente ou profissionalmente agredido, desvalorizado ou humilhado. Trata-se de comunicação através de palavras, tom de modo depreciativo, ar de superioridade, ameaça, acusações, ou seja, expressões desrespeitosas para com o outro. É visto, também, como um comportamento ameaçador que pode incluir a sugestão de violência física através da interação verbal, seja pessoalmente ou por telefone. No entanto, não há nenhum contato físico.

Nesse mesmo raciocínio, para Ferrinho et al. (2002), o abuso verbal está relacionado à promessa de uso de força física ou poder, isto é, força psicológica, que resulte em medo de dano físico, sexual ou psicológico, ou outra consequência negativa para indivíduos ou grupos.

Dentre as diversas formas de violência psicológica, o assédio moral tem recebido um grande destaque na literatura. Nesse contexto, muitos autores têm tentado conceituar essa face da violência. No entanto, vemos que esse tipo de violência é muito abrangente, e apresenta muitas características. Desse modo, parece que um único conceito não é capaz de descrever totalmente esse fenômeno (DI MARTINO, 2002; FERRINHO et al., 2002).

Nesse sentido, as definições sobre assédio moral apontam que este se dá mediante comportamento, gestos, atitudes ou escrito, intencional, os quais trazem certas características em comum: abuso ou censura excessiva, intimidação, ameaça, ridicularização do outro, especialmente na presença de espectadores, exigências impossíveis e excessivas, retenção de informações, bloqueio de oportunidade de promoção ou treinamento, negação de própria responsabilidade, e uso impropriamente de poder para incitar outros para marginalizar ou excluir aquele que se torna a vítima. Na literatura também há uma concepção de que o assédio moral envolve uma série de incidentes repetitivos e não apenas um ato isolado (JACKSON; CLARE; MANNIX, 2002; FERNADES, 2007; FREIRE, 2008)

Nesse mesmo pensamento, Di Martino (2002); Tomei et al. (2007) e Johnson (2009) também confirmam que dentre os aspectos que caracterizam as definições de assédio moral estão: atos repetidos e sistemáticos ao longo do tempo; realizados por um ou mais indivíduos, com intenções negativas direcionados a um ou mais indivíduos provocando efeitos negativos na vítima. Esta se encontra em uma posição que não consegue se defender por si mesma. Além disso, existe uma variabilidade, imprevisibilidade e sutileza que impedem os demais de detectar a conduta. Um aspecto chave, nesse contexto, é a diferença de poder percebida pela vítima, a qual apresenta relação com o real poder no interior da instituição.

No entanto, Freire (2008) destaca que o sujeito ativo, ou assediante, poderá ser o empregador, o superior hierárquico, colegas de serviços e o próprio subordinado. O sujeito passivo ou assediado, geralmente, é o empregado, mas também haverá casos em que poderá ser o superior hierárquico.

De modo sintetizado, essa forma de violência, segundo Di Martino (2002) e Ferrinho et al. (2002), pode ser entendida como comportamento ofensivo, proposital, repetido ao longo do tempo, através de ações maliciosas na tentativas de humilhar ou prejudicar uma pessoa ou grupos de trabalhadores.

Nesse raciocínio, Johnson (2009) enfatiza que o assédio moral no trabalho se caracteriza quando ocorrem pelo menos dois atos ou mais por seis meses ou mais em situações em que a vítima tem dificuldade para se defender.

Fernandes (2007) também destaca que a violência moral é um ato inconstitucional, o qual se refere à tortura física, moral e/ou psicológica. Portanto, baseado em um tratamento desumano e degradante, que viola a dignidade, intimidade e honra humana e, conseqüentemente, leva a dano material, moral ou da imagem da pessoa. Ressalta, também, que esse tipo de violência, apesar de não ser de fácil identificação, é um dos tipos de violência que mais afeta a Enfermagem.

Esse mesmo autor, analisando a Constituição Federal do Brasil de 1988, encontra que, indiretamente, o assédio moral é considerado um crime. Isto é comprovado quando analisamos os parágrafos I, II, III V e X do artigo 5º do título II, que se refere aos direitos e garantias fundamentais (FERNANDES, 2007).

A literatura tem indicado que nas últimas décadas houve crescente reconhecimento do assédio moral no trabalho como um aspecto prejudicial neste ambiente. Nesse sentido, Hutchinson et al. (2006) apresentam uma série de estudos de grande escala em uma gama de setores industriais para identificar os efeitos nocivos do assédio moral para os indivíduos e organizações. Esta evidência sugere que este evento é um fenômeno generalizado e nocivo no trabalho, que existe na maior parte, se não em todos os locais de trabalho.

Nesta perspectiva, o assédio moral entre os trabalhadores da Enfermagem é visto, também, como um sintoma da dinâmica da opressão sociopolítico, que se faz através da violência agindo entre os colegas de trabalho. Hutchinson et al. (2006), inspirados na teoria da opressão de Duffy 1995, têm afirmado que a Enfermagem é duplamente oprimida pelo sexo e pela dominância médica.

Na Enfermagem, o assédio moral tem merecido destaque, principalmente como uma violência praticada entre os próprios profissionais (FERNANDES, 2007). Nesse contexto, a intimidação na profissão de enfermagem tem sido amplamente entendida em termos de "violência horizontal" e "grupos oprimidos". Estes conceitos têm sido utilizados para explicar este evento entre os colegas que estão sobre o mesmo nível dentro da hierarquia da organização (HUTCHINSON et al., 2006).

Segundo Santos Júnior e Dias (2005) e Freire (2008), as ameaças têm sido crescentemente estudadas sob a denominação de hostilidade no trabalho, *psicoterror*, *bullying*, *mobbing* ou assédio moral (termo que tem sido mais frequentemente utilizado na Língua Portuguesa). Nesse sentido, o assédio moral é apenas uma faceta da violência no trabalho, muitas vezes oculta ou velada.

É importante frisar que na literatura internacional dois termos, principalmente, têm sido utilizados para se referir ao assédio, *mobbing e Bullying* (GARRIDO, 2004; TOMEI et al., 2007; FREIRE, 2008).

A palavra *mobbing* foi utilizada primeiro em estudos sobre ataques coletivos de animais contra predadores e, às vezes, contra membros da mesma espécie. Posteriormente, esse termo foi introduzido em estudos sobre agressividade humana, para descrever a exposição de um indivíduo a ataques repetidos, intencionais, da parte de um ou de vários sujeitos, por um período prolongado de tempo. Um termo que tem sentido relacionado é

Bullying, usado em estudo de comportamento de escolares, quando exercem hostilidade sistemática contra algum companheiro de curso. No contexto laboral, se aplica a situações em que uma pessoa é submetida a isolamento social ou exclusão, seu trabalho ou esforço é desvalorizado, ou sofre ameaças frequentes (GARRIDO, 2007; TOMEI et al., 2007).

Um outro tipo de violência não física é o assédio racial ou discriminação. Esse tipo de abuso psicológico refere-se a qualquer conduta com base na idade, incapacidade física, sexo, orientação sexual, raça, cor, língua, religião, política, crença, origem nacional ou social, associação com uma minoria, propriedade, nascimento ou qualquer outra situação que não é desejada ou correspondida e que afeta a dignidade dos homens e das mulheres no trabalho (DI MARTINO, 2002; FERRINHO et al., 2002).

Ainda entre os tipos de abuso psicológico, um que tem merecido destaque é o assédio sexual. Segundo Ferrinho et al. (2002) e Di Martino (2002), podemos entender este evento como qualquer comportamento de caráter sexual indesejado ou não recíproco não correspondido que é ofensivo para a pessoa envolvida e nos casos em que a pessoa se sentir ameaçada, humilhada ou envergonhada.

Para Garrido (2007), esse tipo de violência consiste na solicitude de um favor sexual em troca de um benefício ou por chantagem. Além disso, pode ser representado por um “ambiente hostil” e se refere às alusões de natureza sexual, repetidas, que não são desejadas. Outra manifestação do assédio sexual é o “assédio de gênero”, que se refere às atitudes pejorativas e ofensivas, alusivas a mulheres.

No entanto, é importante ressaltar que a compreensão ou o entendimento de violência não é o mesmo em todos os países e culturas, desse modo, o que para um contexto possa ser considerado violência, em outro pode ser tido como algo natural. Nesse sentido, no Líbano, a definição de assédio sexual é restrita a um ato físico real, o que muito provavelmente, nesse país, esconde a verdadeira magnitude do fenômeno (DI MARTINO, 2002). Esse mesmo autor salienta, ainda, que as diversas formas de violência física e psicológica não operam de forma isolada, mas estão intimamente interligadas.

Nesse sentido, Ferns e Meerabeau (2008) destacam que o abuso verbal normalmente não se manifesta sozinho, pois, frequentemente, está associado às outras formas de manifestações da violência psicológica. Desse modo, dificilmente teremos a manifestação de apenas uma das formas de violência isolada.

Nesse pensamento, Lanza, Zeiss e Rierdan (2006) estudando a relação entre a violência física e a psicológica, no setor da saúde, encontram que a violência não física se constitui um fator de risco para a violência física. Isto é evidenciado quando, nesse estudo, foi

encontrado que os trabalhadores que experimentaram violência psicológica apresentaram uma probabilidade sete vezes maior de apresentar, também, violência física, quando comparados aos trabalhadores que não tinham apresentado a violência psicológica.

Nessa complexidade das relações entre os vários tipos de violência, é evidenciada uma relação muito forte entre a violência física e psicológica. Nesse sentido, Tomei et al. (2007) fazem um estudo de medicina baseada em evidência, e encontram que 64% dos estudos analisados consideraram a presença da violência física como parte integrante do assédio moral, e que apenas 6% expressaram que esse tipo de violência é uma forma apenas de violência psicológica.

3.1.2 O que é violência ocupacional no setor da saúde ?

Para continuarmos a nossa discussão sobre violência, é imprescindível delimitarmos, nesse momento, o nosso objeto de estudo: a violência ocupacional, no setor da saúde. Nesse propósito, Merez et al. (2006, p.443) apresentam a definição de violência ocupacional, que foi desenvolvida por uma Comissão Européia, em Dublin, no ano de 1995, e abrange um vasto leque de situações em que tanto a dignidade como a integridade física do empregado é colocada em perigo. Nesse sentido, esse tipo de violência pode ser entendido como “[...] incidente em que pessoas são abusadas, ameaçadas ou agredidas, em circunstâncias relacionadas ao seu trabalho, envolvendo um desafio implícito ou explícito, para a sua segurança, bem estar ou saúde”. Desse modo, a violência ocupacional é um problema multifacetado, que pode assumir várias formas, por meio de manifestações físicas e/ou psicológicas, já apresentadas anteriormente (DI MARTINO, 2002; CAMERINO et al., 2008).

Pelas suas características, o mundo do trabalho sofre influxos das mudanças e de todos os problemas que ocorrem na sociedade e também gera transformações e desagregações, como é o caso da violência, a que acontece na dinâmica das relações sociais e que se exerce nas relações de produção (BRASIL, 2005). Nesse contexto, a violência ocupacional, no setor da saúde, apresenta-se como um fenômeno “comum” e generalizado em todo o mundo (DI MARTINO, 2002; LEUNG et al., 2006)

É importante ressaltar, que não apenas os profissionais da saúde, mas também, várias outras profissões têm sido investigadas quanto a esse fenômeno, pois é sabido que algumas ocupações apresentam um maior risco de violência institucional. Nesse sentido, alguns estudos têm sido desenvolvidos, e vêm identificando esse problema em várias categorias

profissionais. Dentre algumas delas, temos: policiais, professores, aeromoças, bancários e trabalhadores de transporte coletivo (PAES-MACHADO; LEVENSTEIN, 2002; SOUZA; PORTINHO; BARREIROS, 2006; SOUZA; MINAYO, 2005; BUCASIO, 2005; GUNNARSDOTTIR et al., 2006).

Merecz et al. (2006), pesquisando sobre a violência no ambiente de trabalho da Enfermagem, apresentam alguns estudos identificando, também, que vários outros grupos profissionais estão expostos a grande risco da violência física, como: profissionais da saúde, serviço social, serviços postais, transporte, educação, policiais e seguranças. Ressalta-se, ainda, que os trabalhadores da saúde estão entre as profissões com maior índice de violência ocupacional, em muitas partes do mundo.

O estudo realizado por Gunnarsdottira et al. (2006) faz uma comparação entre três profissões, em relação a algumas características, dentre elas a violência. Nesse sentido, esses autores encontram que o assédio sexual no trabalho foi mais comum entre comissária de bordo que entre enfermeiras e professoras. Entretanto, a violência física e ameaças foram mais frequentes com enfermeiras do que em comissárias de bordo.

Especificamente, no que se refere ao setor da saúde, Kling et al. (2006) apresentam dados do fundo de compensação da Colúmbia britânica, do ano 2000, revelando que 40% das indenizações por atos violentos no trabalho dizem respeito aos trabalhadores da saúde, embora estes representassem menos de 5% da força de trabalho dessa província inglesa. Esses autores referem também que em um estudo nessa mesma localidade encontrou que estes profissionais apresentaram risco de violência ocupacional quase tão elevado como o risco dos agentes policiais.

A violência no trabalho foi uma questão negligenciada durante muito tempo, especialmente no que se refere aos atos de cunho psicológico. No entanto, a partir da década de 1990, ganhou atenção e dinâmica para se tornar um tema central da modelação de política e de ações nos domínios da saúde e da segurança, gestão de recursos humanos e desenvolvimento organizacional (DI MARTINO, 2002).

Nesse contexto, em 1994, o Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) apresenta um posicionamento por meio de uma declaração identificando a presença generalizada da violência no trabalho dos serviços de saúde e os dramáticos efeitos negativos desta violência com a equipe de saúde e na qualidade dos cuidados prestados. Em 1998, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) publicou o primeiro estudo internacional sobre a situação geral da violência no local de trabalho (DI MARTINO, 2002).

Em 2001, a questão da violência ocupacional se tornou uma prioridade também para a Cooperativa Norte-Americana de contratos trabalhistas (NEFTA), que reuniu peritos do Canadá, México e os Estados Unidos da América (EUA), em Montreal, para a primeira Conferência envolvendo tanto países industrializados como em desenvolvimento. No ano seguinte, a OMS lança o primeiro Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, que aborda esse problema no contexto mais vasto da violência no geral (DI MARTINO, 2002).

Como resultado de um interesse duradouro neste domínio, dentre essas organizações, a OIT/CIE/OMS, além do Serviço Público Internacional (PSI), a partir de um programa conjunto criado em 2000, apresentam, em 2002, um relatório que traz a análise de estudo de casos de sete países nos cinco continentes, mostrando, assim, a importância e abrangência mundial desse fenômeno (DI MARTINO, 2002).

No Brasil, segundo Palácios et al. (2002), a violência no trabalho tem sido abordada através dos estudos que discutem as repercussões do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores. Esse autor ressalta, ainda, a necessidade de investigações dessa temática no Brasil, tendo em vista a complexidade e a escassez de trabalhos nessa área.

Nesse contexto, no Brasil, e em muitas outras partes do mundo, a violência no ambiente de trabalho faz parte da dinâmica da violência social, constituindo, em suas mais diversas expressões, um problema que ultrapassa as fronteiras do setor. Desse modo, faz-se necessário analisarmos como tem se dado a relação entre o setor da saúde e a violência na sociedade, e como esta tem afetado os seus profissionais a partir do local de trabalho (BRASIL, 2005).

Sobre as múltiplas formas de violência no trabalho da Enfermagem, se constata que a violência, no contexto de trabalho dessa equipe profissional em emergência e urgência clínica, opera por duas vias distintas: estrutural/institucional e comportamental/relacional (BRASIL, 2005; COSTA, 2005).

Segundo Costa (2005, p. 196), essas duas vias se explicam em quatro tipos de violência, conforme a definição de Galtung, em 1981:

violência estrutural, manifesta na imposição de sobrecarga física e mental aos trabalhadores; [...] violência repressiva, evidenciada na negação do direito de exercer com segurança as atividades assistenciais e a um ambiente seguro; violência alienação, explicitada pela privação dos trabalhadores de usufruírem o prazer de uma realização profissional competente, eficaz e de ser valorizada socialmente junto ao usuário e a sociedade; e a violência clássica, reveladas nas agressões físicas e verbais de membros da equipe de saúde e de usuários.

Em consonância com esse pensamento, o Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) afirma que a carga de trabalho excessiva, as condições de trabalho inseguras, e a falta de apoio são consideradas formas de violência, sendo incompatível com o bom exercício da profissão (CIE, 2007).

3.1.3 A relação dos serviços de saúde com a violência na sociedade

A violência é exercida, sobretudo, enquanto processo social; portanto, não é objeto específico da área da saúde. Logo, ela não é objeto restrito e específico dessa área, mas está intrinsecamente ligado a ela, na medida em que este setor participa do conjunto das questões e relações da sociedade. Sua função tradicional tem sido cuidar dos agravos físicos e emocionais gerados pelos conflitos sociais, e hoje busca ultrapassar seu papel apenas curativo, definindo medidas preventivas destes agravos e de promoção à saúde, em seu conceito ampliado de bem-estar individual e coletivo (MINAYO; SOUZA, 1998).

Nesse contexto, a violência ocupacional é muitas vezes considerada como sendo apenas um reflexo do mais geral e crescente fenômeno da violência em muitos domínios da vida social que tem de ser tratada em nível de toda a sociedade. No entanto, a incidência de violência tem aumentado no local de trabalho, tradicionalmente visto como um ambiente livre deste evento. É sabido também que a violência contra profissionais da saúde existe e que é um problema generalizado de abrangência mundial (DI MARTINO, 2002; JOHNSON, 2009).

É importante ressaltar que a violência só entrou na agenda da saúde recentemente, principalmente nos últimos 30 anos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde (MS), quando aborda esse tema, considera-o de forma associada aos acidentes (BRASIL, 2002). Da mesma forma, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID), a violência é agrupada aos acidentes na rubrica das “causas externas” (MINAYO, 2006).

Para Souza e Minayo (1999), embora a violência não seja uma questão exclusiva da saúde, existem dois fortes motivos que tornam esse assunto preocupante para esse setor. O primeiro, porque, dentro do conceito ampliado de saúde, tudo o que significa agravo e ameaça à vida, às condições de trabalho, às relações interpessoais, e à qualidade da existência faz parte do universo da saúde pública. Em segundo lugar, a violência, num sentido mais restrito, afeta a saúde e frequentemente produz a morte.

Diante do fato da violência afetar diretamente o setor saúde pelo grande número de pacientes que para este ele são encaminhados, o MS atende a necessidade de elaborar a

política nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. Este plano se torna um instrumento norteador da atuação desse setor neste contexto (BRASIL, 2002).

Segundo essa Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência do MS, no que se refere à monitorização da ocorrência de acidentes e violência, inicialmente, é necessária a mobilização dos profissionais de saúde que atuam em todos os níveis de atendimento do SUS, inclusive nas unidades de urgência e emergência, com vistas a superar os problemas relacionados à investigação e à informação relativa a acidentes e violência (BRASIL, 2000).

Para Deslandes et al. (2007), com essa política o MS introduz, oficialmente, o tema na agenda do setor saúde, ampliando o foco de sua abordagem antes restrita aos foros policiais e judiciários. Dentre os temas abordados pelo MS na discussão da violência, encontra-se a violência ocupacional, demonstrando ser esse um problema visível. Nesse contexto, esse evento tem sido visualizado associado aos acidentes de trabalho, principalmente na construção civil e na agricultura (BRASIL, 2005).

Entretanto, a literatura tem apontado que os profissionais de saúde, os quais trabalham diretamente com muitas das vítimas da violência, estão entre os trabalhadores mais expostos à violência no ambiente de trabalho, tanto devido às características da profissão como pela violência, de forma geral, na sociedade. Desse modo, os profissionais não só lidam diretamente com uma das consequências diretas da violência, as vítimas, mas eles mesmos podem tornar-se as próprias vítimas. Por mais esse motivo, esse se torna um tema imprescindível no setor da saúde (FLANNERY; HANSON; PENK, 1995; DI MARTINO, 2002; MERECZ et al., 2006).

Com o aumento da violência na sociedade, os riscos enfrentados pelos enfermeiros também crescem. Nesse sentido, é notável o reconhecimento da violência dentro do hospital, com isso tem havido o aumento do número de publicações sobre este tema na produção da área da saúde (RIPPON, 2000; ERGÜN; KARADAKOVAN, 2005).

A literatura tem demonstrado, ainda, que pelas características das atividades prestadas pelo setor da saúde, este apresenta uma relação direta com as características da população local, ou seja, se a unidade de saúde está situada em uma localidade onde os índices de violência são elevados, os profissionais desse serviço estão expostos a um maior risco de violência (DI MARTINO, 2002).

Nesse sentido, em uma pesquisa realizada por Santos Júnior e Dias (2005) é encontrada uma relação entre violência urbana e violência no trabalho dos profissionais de saúde. Para esses autores, o fato de algumas unidades de pronto atendimento apresentarem um

maior índice de violência contra os médicos, pode ser explicada, em parte, pela localização da unidade, nas proximidades de uma favela, onde se observa o comércio de drogas e assaltos à luz do dia.

Segundo Ryan e Maguire (2006), o alto nível de agressão verbal vivenciada pelos profissionais da saúde, no ambiente de trabalho, indica que essa é uma característica comum desse setor, e que igualmente esse é um reflexo da aceitação e dos elevados níveis desse tipo de agressão na sociedade.

Sendo assim, a literatura tem evidenciado que a violência está presente até mesmo no local de trabalho dos profissionais da saúde. Desse modo, esse fato se constitui em mais uma razão para esse tema ser investigado sob o olhar da saúde, visto que se faz necessário conhecermos melhor o que é a violência ocupacional, como ela se manifesta, quais os agressores, quais as consequências, qual a prevalência, as soluções já apontadas, enfim, o que já é conhecido e o que podemos contribuir na discussão desse problema.

3.2 CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA OCUPACIONAL NO SETOR DA SAÚDE

3.2.1 Fatores que contribuem para a violência ocupacional no setor saúde

Ao estudarmos a violência, torna-se imprescindível a abordagem das suas causas e consequências. Desse modo, encontramos vários fatores que interferem na manifestação ou perpetuação desse fenômeno. É importante ressaltar que, como existem vários tipos de violência, as causas, também, são diversas; além do mais, no que se refere à violência ocupacional no setor da saúde, muitas de suas causas não se restringe à violência nesse setor apenas, mas estão relacionadas à violência de um modo geral, mostrando uma inter-relação bastante complexa.

Nesse sentido, Minayo e Souza (1998) ressaltam que muitos pesquisadores e teóricos têm tentado buscar explicações para a violência. De um lado, estão os que sustentam ser esse fenômeno resultado de necessidades biológicas, psicológicas ou sociais, fundamentando-se na sociobiologia ou na etologia, teorias que subordinam a questão social às determinações da natureza. De outro, estão os que explicam a violência como fenômeno de causalidade apenas social, provocada quer pela dissolução da ordem, quer pela 'vingança' dos oprimidos, quer ainda pela fraqueza do Estado.

Dentre os defensores das idéias do primeiro conjunto de teorias, temos um grupo, representado por Neilburg, em 1959, e Lawrence, em 1970. Para estes, a violência é entendida como fenômeno extraclassista e a-histórico, de caráter universal. Desse modo, essas teorias fundamentam-se na idéia de que a agressividade é uma qualidade inata da natureza humana e, portanto, os conflitos da vida social, seja qual for a etapa do desenvolvimento histórico, são de caráter "eterno e natural". Outras teorias, igualmente fundamentadas na premissa de que a violência é natural e inevitável, defendidas por Willian thorpe, em 1970, e Lorenz, em 1979, substituem a ideia de processo social e histórico pelo conceito de "agressão", que provém da biologia, etologia, genética e medicina (MINAYO; SOUZA, 1998).

Nesse sentido, em certas circunstâncias, o mecanismo instintivo da agressividade dispara automaticamente nos animais, e os leva a atacar outros da mesma espécie. Esses teóricos consideram essa "agressividade intraespecífica" necessária à preservação da espécie, tão natural e irresistível quanto, por exemplo, a fome e o instinto sexual (MINAYO; SOUZA, 1998).

Nessa mesma linha, situa-se a biologia social, que estuda a vitalidade humana e sua ligação com a sociedade. Caracteriza-se por transferir as regularidades do nível biológico ao social. Nesse pensamento, para Edward Wilson, em 1977, um dos defensores desse pensamento, o ser humano seria, então, por natureza, anti-social, e as questões de conflito e luta resultariam de sua tendência irrefreável e 'biológica' ao domínio dos outros. Por último, nesse mesmo grupo, estão os autores que tendem a reduzir os fenômenos e processos sociais à conduta individual produzida por fatores psicológicos. Segundo o sociólogo inglês Colin Wilson, em 1964, a miséria e a desigualdade foram responsáveis pela violência social, mas, hoje, o baixo nível de consciência, de liberdade e responsabilidade acarreta um sentimento de insatisfação permanente, que se expressa em confrontação e alienação, em condutas pervertidas e violentas (MINAYO; SOUZA, 1998).

O segundo conjunto é formado por teorias não homogêneas, mas que se refere às origens sociais da violência. Uma delas explica o fenômeno como resultante dos efeitos dos acelerados processos de mudanças sociais, provocadas, sobretudo, pela industrialização e urbanização. Embasando-se em análises de transições sociais, sustentam, basicamente, a ideia de que os movimentos de industrialização provocam fortes correntes migratórias com destino às periferias dos grandes centros urbanos, onde as populações passam a viver em extrema pobreza, desorganização social, expostas a novos comportamentos e sem condições econômicas de realizarem suas aspirações. Desse modo, as grandes cidades não seriam, então, o foco gerador da violência, como crê o senso comum, e sim o *locus* privilegiado da

dissociação entre aspirações culturalmente criadas e 'possíveis sociais', daí se originando a delinquência e o crime (MINAYO; SOUZA, 1998).

Um outro grupo, representado por Sorel, em 1970, Engels, em 1974, Pires, em 1986, Oliven, em 1983, e Cerqueira, em 1987, tende a compreender os processos e as condutas violentas como estratégias de sobrevivência das camadas populares vitimadas pelas contradições gritantes do capitalismo no país. As desigualdades sociais, o contraste brutal entre opulência e indigência, as poucas oportunidades de emprego, de ascensão social e remuneração condigna levariam os pobres a se rebelar e a tentar recuperar o excedente de que foram desapropriados. Esse grupo retém uma visão exterior da violência, como força instrumental de reposição da justiça, e deixa de lado outros aspectos da violência social e cultural que têm raízes estruturais profundas e internalizadas nos sujeitos, e que atingem a todos nós, independentemente de classe, cor, raça, sexo ou idade (MINAYO; SOUZA, 1998).

Um outro grupo desse conjunto de teorias é representado por Campos Coelho, 1987, que explica a violência e o crescimento dos índices de criminalidade no país, pela falta de autoridade do Estado, entendendo esta como poder repressivo e dissuasivo dos aparatos jurídicos e policiais. Tal concepção tende a omitir o papel da violência como importante instrumento de domínio econômico e político das classes dominantes. Veicula a crença num Estado neutro, árbitro dos conflitos e mantenedor da ordem em benefício de todos, à margem da questão das classes, dos interesses econômicos e políticos, Estado meramente funcional em relação ao bem-estar social (MINAYO; SOUZA, 1998).

Alkimim (2007) ressalta que, muito embora o processo de industrialização e o crescimento urbano desordenado sejam apontados como causas preponderantes para a violência nas organizações de trabalho, deve-se ponderar que também os fatores sociais, econômicos e culturais interferem no comportamento das pessoas, e, conseqüentemente, refletem no desencadeamento da violência.

No que se refere especificamente à violência ocupacional no setor saúde, Di Martino (2002) e Camerino et al. (2008) apontam que as causas ou razões para esse tipo de violência devem ser analisadas em três aspectos: os individuais, os psicossociais e os organizacionais/estruturais, mostrando inter-relações complexas.

Nesse sentido, investigando os profissionais do setor de urgência e emergência, Cezar e Marziale (2006) se detêm a um dos aspectos relacionados com os fatores organizacionais: o tempo. Essas autoras defendem que o tempo, nos serviços de urgência, participa na gênese da violência. Nesse setor, o ritmo de trabalho é ditado pela quantidade de usuários, pelos riscos de vida e pelas condições de trabalho disponibilizadas para o atendimento. Sendo assim, o

trabalhador ao realizar atividades apressadamente pode cometer imperícia e negligência e com isso desencadear reações violentas nos usuários.

Di Martino (2002) e Cezar e Marziale (2006) ressaltam que muitas vezes, devido à concepção de seu estado de saúde, até mesmo com eminência de morte, os usuários exigem que o seu atendimento seja feito logo após a sua entrada no serviço de urgência. Aliado a isso, observa-se também uma estrutura física inadequada para o trabalho, número de profissionais insuficiente para a demanda, precarização na organização do trabalho e pouco tempo para execução das atividades de enfermagem. Tudo isso gera tensão e conflito, impulsionando a manifestação de diferentes formas de violência nesse ambiente.

Nesse contexto, ressalta-se que essa quantidade insuficiente do número de funcionários ocasiona uma deficiência no atendimento e, conseqüentemente, uma longa fila de espera levando a insatisfação dos usuários, colaborando, de modo importante, para esse problema (DI MARTINO, 2002).

Outro aspecto que está relacionado aos fatores organizacionais/estruturais são as próprias características do serviço ou das especialidades oferecidas. Nesse sentido, é evidenciado que algumas áreas apresentaram um maior risco de violência, dentre elas destacam-se a emergência, a psiquiatria, a geriatria e a *home care* (CAMERINO et al., 2008).

Ainda quanto a essa questão estrutural, o relatório da OIT/CIE/OMS/SPI traz uma pesquisa, realizada no Rio de Janeiro, que, além das razões apresentadas nos parágrafos anteriores, acrescenta a invasão de bandos armados no espaço físico do hospital. Outro fator importante associado à ocorrência de atos de violência no setor saúde, nesse relatório, está relacionado à falta de segurança, nas unidades públicas (DI MARTINO, 2002).

Esse mesmo relatório acrescenta que tem ocorrido uma ampla reestruturação no setor da saúde, através da privatização e racionalização de custos o que tem afetado profundamente as condições de trabalho e o emprego. Este processo pode ser acompanhado, embora com diferentes graus de intensidade de país para país em diferentes situações. Nesse sentido, Di Martino (2002) destaca a precarização do emprego incluindo ritmo mais rápido e carga de trabalho mais pesada, o que obriga o empregado a fazer aquilo que ele não tem capacidade, exigência de mais horas efetivas de trabalho e um aumento dos contratos provisórios e de baixos salários. Estes são todos fatores estressores potenciais que alimentam incerteza, incômodo e aumento da vulnerabilidade, o que podem, eventualmente, levar à criação de um clima de violência.

Contribuindo com essa ideia da violência causada pela precarização do trabalho, Veras (2003) diz que a exposição a longas jornadas de trabalho, a deficiência das relações nesse

ambiente, a desvalorização salarial e as condições desfavoráveis para o desenvolvimento das atividades causam danos físicos e emocionais nos trabalhadores.

Cezar (2006), referindo-se ao processo de trabalho nos serviços de urgência, diz que as condições para o desenvolvimento das atividades, nesse setor, impõem doses consideráveis de sofrimento aos trabalhadores e, conseqüentemente, a atos de violência. Acrescenta, ainda, que a luta contra a morte e a incapacitação dos clientes, o volume de demandas que requerem cuidados imediatos, o número inadequado de trabalhadores diante da quantidade de clientes, a sobrecarga de trabalho e as emoções decorrentes de óbitos e tratamentos penosos são fatores desencadeantes.

Quanto aos fatores psicossociais, foi identificado a pouca interação e organização da equipe, a falta de apoio da supervisão, sentimento de insegurança e a falta de formação em matéria de prevenção de violência. Um aspecto que se destaca nesse contexto é a comunicação e/ou discussão na equipe. Desse modo, as organizações onde as dificuldades no seio do trabalho não são discutidas abertamente, em equipes multiprofissionais, são mais propensas à violência, principalmente no que se refere ao assédio pelos superiores e colegas e, curiosamente, também, com comportamento violento por parte dos pacientes e seus familiares. (CAMERINO et al., 2008).

Um achado interessante neste estudo é que os profissionais de enfermagem que realizam mais tarefas físicas estão expostos à maior frequência de atos violentos de doentes, uma vez que a maior parte do tempo isso implica maior contato com outras pessoas. Pelo contrário, uma maior carga física parece ser a proteção contra o assédio dos colegas: uma possível explicação para isto é que fazer a atividade física pode ser interpretado pelos colegas de trabalho como um caminho a ser colaborativa (CAMERINO et al., 2008).

É visto também que as características sociais como a pobreza, desemprego, e uma alta taxa de criminalidade interferem no índice da violência nos hospitais, dependendo da sua localização. No entanto, Di Martino (2002) afirma que os fatores individuais interferem mais diretamente nesse processo que os sociais. Nesse sentido, as características pessoais dos pacientes, tais como: estado emocional, perturbações mentais influenciam tanto na violência física como psicológica (DI MARTINO, 2002; MERECZ et al., 2006).

Como fatores individuais, Camerino et al. (2008) apresentam que os profissionais mais jovens, com menos experiência, os que têm traços de personalidade com a efetividade negativa, ou os usuários de álcool e drogas podem apresentar um maior risco para agressão ou assédio no local de trabalho.

A atitude e personalidade dos trabalhadores também são relevantes ao considerar os riscos de vitimização, pois dependendo da forma como esse profissional vivencia essa situação, ele poderá estar contribuindo para a diminuição ou para a perpetuação da violência (DI MARTINO, 2002).

Nesse sentido, Lewis (2006), estudando sobre o assédio moral na Enfermagem, acrescenta que este tipo de violência pode estar relacionado a “defeitos” de personalidade, no entanto não podemos esquecer da contribuição do contexto para esse evento.

No estudo apresentado por Ergün e Karadakovan (2005), quase metade dos profissionais de enfermagem acreditava que as possíveis explicações para os incidentes violentos se davam pelo fato deles serem menos competentes e menos experientes na profissão do que os colegas mais antigos e de nível de estudo mais elevado.

É importante ressaltar que Ergün e Karadakovan (2005) avaliam e relatam, na pesquisa realizada por eles, que nenhum dos participantes receberam formação, no que se refere à educação continuada sobre como lidar com a violência no trabalho. Desse modo, a falta de formação para lidar com esse problema também pode estar contribuindo para a sua perpetuação.

Di Martino (2002) apresenta um resumo, a partir do relatório de sete países, sobre as causas da violência ocupacional nos serviços de saúde, segundo contribuição de fatores de característica geral, quanto ao processo de trabalho e a violência perpetuada por pacientes e familiares, e no que se refere àquela que é causada por gerentes e outros funcionários.

Nesse sentido, as contribuições de fatores gerais relacionam-se às questões estruturais que favorecem a violência em todos os setores da sociedade. São elas: a falta de educação para a população, o desemprego e a falta de segurança pública (DI MARTINO, 2002).

Quanto aos fatores relacionados ao processo de trabalho e a agressão por pacientes e familiares, são apresentadas as questões que se relacionam diretamente à assistência, as quais já estão contempladas ao longo desse tópico como, a sobrecarga de pacientes e atendimento de má qualidade, dentre outras (DI MARTINO, 2002).

Dentre os fatores relacionados com agressões perpetradas por funcionários e gerentes, Di Martino (2002) apresenta: a impunidade, a ausência de direitos laborais e acordos coletivos, falta de consenso na equipe de saúde, a falta de espaços para lidar com discussão e conflitos na equipe, falta de formação em liderança, e a não reposição de perdas de pessoal, dentre outros.

No Brasil, em um estudo realizado no Rio de Janeiro, por Palácios et al. (2002), também são apresentados os principais fatores contribuintes para a violência física,

mencionados pelos participantes da pesquisa. Dentre esses destacamos: a falta de segurança (alarme; identificação; guardas ou policiais; iluminação); educação deficitária (qualificação profissional); e falta de informação.

Analisando a violência entre médicos e enfermeiros de centro cirúrgico, Coe e Gould (2008) ressaltam que, neste caso, esta pode estar relacionada a uma questão de gênero, visto que a maior parte da equipe de enfermagem é do sexo feminino, enquanto que os cirurgiões e anestesistas é um grupo predominantemente masculino.

Especificamente no setor de emergência, Cezar (2005) encontra que algumas situações que podem aumentar o risco de violência, tais com: o atendimento a pacientes alcoolizados, drogados, presidiários ou com distúrbios mentais. Além destes, aqueles que estão insatisfeitos por mau atendimento, devido a experiências negativas de outros atendimentos, por mau relacionamento com outros profissionais. Esse problema também pode surgir quando agressores e vítimas são atendidos na mesma unidade, ao mesmo tempo (KEELY, 2002).

Além disso, as situações estressantes da vida, como os problemas familiares, somado ao estresse no local do trabalho, podem levar o profissional a atos de violência, pois algumas pessoas recorrem à violência para aliviar o estresse, resolver os conflitos, e tratar de questões nas suas relações pessoais (KEELY, 2002).

Desse modo, ao estudarmos sobre as causas da violência no setor da saúde, encontramos que esta tem vários fatores que interferem em níveis variados e de modo complexo. Dessa forma, a partir do conhecimento das causas, é possível serem tomadas algumas medidas para amenizar esse problema em cada unidade de trabalho. No entanto, devido à abrangência do problema, tais ações não se restringem apenas ao setor de trabalho, nem aos gerentes dos hospitais. Quanto às soluções apontadas, serão apresentadas em um tópico mais adiante. Antes, traremos uma discussão sobre as consequências dessa violência.

3.2.2 Consequências da violência ocupacional no setor saúde

O reconhecimento da violência no trabalho como um importante gerador de estresse e perturbações pós-traumática é um achado incontroverso de pesquisas em vários países. Neste sentido, existe uma preocupação com o direito à saúde, e a um ambiente de trabalho digno e isento de violência, sabendo que esta traz sérios prejuízos (DI MARTINO, 2002).

Nesse contexto, no que se refere às consequências da violência, em um relatório que engloba estudo de vários países, é encontrado que de 40% a 70% das vítimas revelaram níveis

significativos de sintomas do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), tais como: "super-alerta" e vigilância, tentando não pensar ou falar sobre o que aconteceu, sensação de cansaço crônico ou sentir-se incomodado por repetidas memórias do incidente (DI MARTINO, 2002).

Santos Júnior e Dias (2005) ressaltam que as possíveis consequências da violência no trabalho não se apresentam uniformemente em todos os casos, pois dependem da intensidade ou gravidade com que é percebida, da frequência e da vulnerabilidade individual da vítima.

A ocorrência de violência no trabalho pode causar danos, tanto para o indivíduo como para as instituições. Individualmente, o profissional pode incorrer a graves consequências psicológicas, tais como TEPT, ansiedade, distúrbios do sono, e perda da autoestima, enquanto que as organizações podem enfrentar um aumento do absentismo, licença por doença, danos materiais, diminuição do desempenho e produtividade, custos de segurança, assim como questões judiciais (GARRIDO, 2004; CONTRERA-MORENO; CONTRERA-MORENO, 2004; CAMERINO et al., 2008)

Nessa perspectiva, a violência com profissionais de saúde no ambiente de trabalho pode ocorrer de diferentes formas e apresentar várias consequências. Manifesta na forma psicológica ou física, a violência pode resultar em trauma físico, em morte, perdas úteis, restrição de atividade ou trabalho, perda de propriedade, rescisão do contrato de trabalho, transferência para outro emprego e tratamentos médicos (ADIB et al., 2002; ERGÜN; KARADAKOVAN, 2005).

O déficit de profissionais em certas localidades, ou a dificuldade de contratá-los, também é um efeito atribuído à violência ocupacional no setor saúde. Nesse sentido, Santos Júnior e Dias (2005) fizeram um estudo com 162 médicos de várias unidades de pronto atendimento, em Belo Horizonte (MG). Nessa pesquisa, quando o sujeito era indagado se já havia pensado em abandonar o emprego ou solicitar transferência em virtude de episódios de violência no trabalho em que o mesmo esteve envolvido, testemunhou ou tomou conhecimento, 50,9%, mais da metade dos sujeitos, responderam "sim".

Na Tasmânia (Austrália), essa realidade também se confirma, pois um estudo revelou que 11% dos sujeitos indicaram que havia deixado o setor de trabalho alguma vez na sua carreira por causa de agressão, e 2% relataram terem abandonado a profissão de enfermagem. Além disso, muitos respondentes indicaram que o abuso no trabalho contribuiu para ocorrência de erros, ou afetou a sua produtividade (FARRELL; BOBROWSKI; BOBROWSKI, 2006).

Flannery, Hanson e Penk (1995), estudando o abuso verbal, enfatizam que este, em situação individual, pode produzir o mesmo grau de distúrbios psicológicos que nas vítimas de abuso físico. Um outro estudo, realizado por Needham et al. (2005a), identificou 28 efeitos como sendo consequências não-somáticas de agressão de paciente em enfermeiros. Os mais frequentes foram: a raiva, ansiedade, medo e a culpabilidade (auto-culpa, vergonha). Nesse sentido, é importante ressaltar que estes efeitos psicológicos podem persistir por meses ou anos após o acontecimento do evento (RIPPON, 2000; FERNS; MEERABEAU, 2008).

Falando especificamente da equipe de enfermagem, Needham et al. (2005a) dividem os efeitos não-somáticos da violência sofrida em quatro grupos: efeitos biofisiológicos, cognitivos, emocionais e sociais, e em outros efeitos. No primeiro, são referidos, principalmente, a ansiedade e o medo, além da manifestação do TEPT. Quanto aos cognitivos, alguns incidentes podem levar a uma transformação radical da concepção do mundo, pois algumas vítimas afirmam que nada será como antes, o que constitui a violência um evento perturbador. Desse modo, é expresso um sentimento de humilhação.

No que se refere aos efeitos emocionais, os autores continuam afirmando que os mais referidos na literatura foram a raiva que associada à vergonha podem levar a prejuízos da autoconfiança, o choro, a exaustão, depressão, angústia e pensamento de suicídio. Quanto aos efeitos sociais, foi encontrado que a violência de pacientes contra a equipe de enfermagem interfere na relação enfermeiro-paciente, levando muitas vezes o profissional a evitá-lo, a gastar menos tempo com ele, ou adotar um papel passivo, ou tornar-se insensível. Além disso, pode levar o enfermeiro a mudar até mesmo o setor de trabalho devido ao sentimento de insegurança, ou mesmo a alteração no relacionamento com colegas de trabalho ou familiares (NEEDHAM et al., 2005a).

Quanto à violência entre os profissionais, Coe e Gould (2008) ressaltam que, como efeito do conflito ou desentendimento entre os profissionais, tem a perturbação do trabalho, afetando, assim, todo o desempenho.

Hutchinson et al. (2006) citam como consequências do assédio moral, as quais compreendem traumas como: baixa na autoestima, depressão, ansiedade, e TEPT. Além desses danos psicológicos que podem levar a doenças físicas, esse tipo de violência afeta a instituição pela incapacidade para o trabalho, na organização e nas relações com os colegas, reduzindo a produtividade, a fidelidade, trazendo, desse modo, até perdas financeiras. Por último, no entanto, não menos importante, afeta até mesmo os membros da família desse profissional.

Palácios et al. (2002) acrescentam, ainda, quanto ao assédio moral, os efeitos que esse evento causa por estar constantemente presente na mente das vítimas, pois um dos achados que esses autores identificaram foi que as vítimas desse tipo de violência mostraram-se bastante ou extremamente incomodadas com as repetidas lembranças do incidente violento.

Ainda quanto ao assédio moral, é importante ressaltar que, muitas vezes, apresenta-se de uma forma sutil, o que torna difícil a sua percepção, ou relacioná-lo aos seus efeitos, pois devido à manifestação de atos isolados parece imperceptível; no entanto, pelo seu caráter repetitivo, apresenta uma ação cumulativa o que pode tornar em uma forma muito grave de violência com sérias consequências (DI MARTINO, 2002; HUTCHINSON et al., 2006).

Desse modo, mesmo os pequenos atos de agressão podem deixar os enfermeiros emocionalmente traumatizados, e exercer um efeito negativo sobre o recrutamento e retenção destes no trabalho (FARRELL; BOBROWSKI; BOBROWSKI, 2006).

Ainda no âmbito da violência psicológica, Gunnarsdottir et al. (2006) analisam os efeitos do assédio sexual, intimidação e ameaças com aeromoças, enfermeiras e professoras, do sexo feminino, e encontram que a exposição a esse tipo de violência traz como efeito a diminuição do bem-estar tanto físico como psicológico.

Em um estudo com enfermeiros da psiquiatria, ao analisar os efeitos da violência, Merecz et al. (2006) encontraram que havia uma correlação moderada entre a pontuação total de agressão e despersonalização. Acrescentam os autores que, quanto maior o nível de agressividade relatada pelo enfermeiro, maior era o grau de esgotamento emocional e menor o de satisfação no trabalho. No entanto, nessa análise não houve correlação entre comportamento agressivo vivido por enfermeiros e a sua saúde mental e bem-estar. Além disso, nessa pesquisa, também não foi encontrada correlação significativa entre o nível de agressividade e de absentismo no trabalho.

Esse mesmo estudo acrescenta que as consequências de um ato violento dependem da fonte que o gerou, ou seja, o mesmo ato produzido por pessoas ou grupos distintos pode produzir efeitos diferentes. Desse modo, na psiquiatria, as agressões por parte dos doentes não é “surpresa”, pois perturbação da saúde mental pode produzir reações violentas. No entanto, quando a violência parte de um colega de trabalho, as consequências são muito mais nocivas, pois os significados de ambos os casos são diferentes (MERECH et al., 2006).

No que se refere à violência física, os danos parecem ser maiores quando esta ocorre em homens. Nesse sentido, no estudo realizado por Palácios et al. (2002), observamos que embora a frequência de violência física tenha sido, proporcionalmente, maior em mulheres, os danos foram maiores no sexo masculino. Quanto ao tempo de trabalho perdido após o

episódio de violência física, das 101 pessoas agredidas fisicamente, 12 informaram ter perdido algum tempo de trabalho devido ao incidente. Uma delas ficou mais de 6 meses afastada, duas ficaram afastadas um ou mais meses.

Apesar de encontramos na literatura que a maioria das agressões sofridas por profissionais de saúde não tem maior gravidade, há relatos de mortes de profissionais de saúde e de médicos que sofreram violência no trabalho (SANTOS JUNIOR; DIAS, 2005). Nesse sentido, Goodman et al. (1994) relataram que 106 médicos foram vítimas de assassinatos relacionados com o trabalho e 88 se suicidaram, na década de 80, do século passado, nos EUA.

Um outro aspecto da violência ocupacional está relacionado aos custos financeiros. Nesse sentido, Lewis (2006) analisando especificamente o assédio moral na Enfermagem, diz que este tipo de violência traz impacto com prejuízo significativo para a profissão e instituição quanto aos custos e ao tempo para o serviço.

Desse modo, nessa correlação entre violência e as instituições, é da maior importância não só avaliar o impacto global sobre o indivíduo, mas também no seu impacto global na determinação em termos de custo e eficiência para as organizações. Nesse sentido, os custos têm surgido como um elemento importante de discussões em especial entre os gestores. Em síntese, a violência no local de trabalho afeta negativamente o desempenho e a eficiência das organizações, elevando diretamente os custos principalmente através do aumento das licenças por doença, absentismo, menor produtividade ou motivação, bem como insatisfação profissional, levando à diminuição da qualidade de cuidados e repercussões negativas sobre a imagem da instituição (DI MARTINO, 2002).

Nesse sentido, a OMS (2002) ressalta que pelas características da violência que causa não apenas os danos físicos e imediatos, mas também os emocionais, torna-se difícil calcular precisamente os custos com esse evento, não revelando, assim, os valores reais.

Desse modo, são identificadas significativas perdas econômicas para as organizações, bem como custos pessoais para os profissionais, resultantes de todos os tipos de violência ocupacional. Os custos diretos incluem os gastos com acidentes, doenças, invalidez, morte, absentismo. Além desses, podemos apresentar os custos indiretos de violência ocupacional: diminuição da satisfação profissional, moral, empenho, eficiência e bem-estar, e o aumento da exaustão no trabalho (MEREZ et al., 2006).

Na prática, a observação dos efeitos da violência física no trabalho leva geralmente a ações pontuais que buscam minimizar, ou mesmo solucionar as suas causas. Já a violência psíquica, mesmo quando direta e expressa por agressões verbais, assédios, ameaças à

integridade do trabalhador, nem sempre é evidente, uma vez que ocorre na relação intersubjetiva, dificultando sua constatação, sendo até mesmo negligenciada nas avaliações de diversos contextos de trabalho (LANCMAN et al., 2009)

Nesse pensamento, Love e Morrison (2003) destacam que, atualmente, não existem métodos fiáveis que possam mensurar todos os efeitos da violência. Por isso, captar a dimensão real dos efeitos e dos custos desse fenômeno no setor da saúde é atualmente impossível.

Em todo esse contexto, é importante ressaltar o aspecto positivo do trabalho, quando ausente de fatores estressantes e de violência. Nesse sentido, Garrido (2004), estudando sobre a promoção e proteção da saúde mental no trabalho, também identifica que a violência apresenta-se como um fator de risco para o trabalhador, e associado a outros fatores estressantes, afetam a saúde mental desses trabalhadores. Entretanto, esse autor ressalta que, quando o trabalho apresenta boas condições, ele possui um caráter promotor e protetor da saúde mental, que se evidencia muito claramente nas pessoas expostas ao desemprego ou a instabilidade profissional. Isto não depende somente dos benefícios econômicos, mas também, por que ajuda no fortalecimento da personalidade, favorece o relacionamento social, cria laços que servem de suporte em situações de crises, e apresenta valorização social.

3.3 COMO MINIMIZAR O PROBLEMA DA VIOLÊNCIA OCUPACIONAL NO SETOR DA SAÚDE?

Analisando as origens e os fatores de risco da violência no local de trabalho, encontramos que esta apresenta condição prévia, o que possibilita o desenvolvimento de políticas e de ações de uma forma adequada, a fim de identificar áreas de prioridades e, conseqüentemente, a melhor alocação de ações e recursos normalmente limitados.

Nesse propósito, algumas estratégias têm sido sugeridas para combater a violência, a partir da análise dos três conjuntos de fatores: organizacionais, estruturais e individuais. Nesse contexto, as recomendações do relatório elaborado por Di Martino (2002) apontam que a forma de resolver eficazmente a violência no setor de trabalho da saúde, reflete uma compreensão comum de uma abordagem que integra intervenções desses três fatores, com uma clara priorização das ações preventivas.

Nesse sentido, Di Martino (2002) faz uma síntese das recomendações a partir de estudo de casos de sete países. As recomendações de intervenções para o enfrentamento da

violência ocupacional no setor saúde são divididas em: conhecimento e conscientização, legislação, política, planos e reformas, planejamento do local de trabalho, intervenções organizacionais e ambientais; intervenções centradas nos indivíduos; intervenções após eventos, além de acompanhamento e avaliação.

Desse modo, dentre as ações recomendadas, temos: sensibilização dos profissionais de saúde e da opinião pública sobre a violência através da participação ativa dos sindicatos e organizações profissionais, além da mídia; mais estudos e informações a fim de obter uma ideia clara do fenômeno, a sua extensão, suas causas e consequências; desenvolvimento de um programa centrado em medidas para eliminar/conter a violência no local de trabalho com a participação de sindicatos, entidades patronais e as suas organizações, as corporações e organizações profissionais de médicos, odontólogos, farmacêuticos, e enfermeiros, o Ministério da Saúde, e de outras partes interessadas; avaliação do risco de violência no trabalho; medidas para melhorar a organização do trabalho; incentivo e apoio à instituição de programas de prevenção em cada estabelecimento de saúde; e contratação de mais funcionários, onde o quadro de funcionários for insuficiente (DI MARTINO, 2002).

Além dessas medidas, esse autor acrescenta: reservar um lugar especial e do tempo regular do trabalho para ser utilizado para debate entre os profissionais sobre temas relacionados com o trabalho e sua organização; disponibilizar uma estrutura física adequada com ventilação, iluminação, banheiros para funcionários e usuários; elevar o controle da prestação de medidas de segurança e dispositivos técnicos e administrativos; garantir a presença de posto policial em áreas de alto risco; rastrear pacientes potencialmente perigosos e alertar os trabalhadores o fato de que o paciente tenha um registro de violência; garantir formação do pessoal para fazer situações de violência, incluindo a forma de identificar comportamento potencialmente violento e como agir; introduzir, na formação dos profissionais, relacionamento, comunicação interpessoal, trabalho em equipe e a discussão sobre a violência ocupacional; criar comissões responsáveis pela investigação dos casos de violência ocupacional, cujas funções também incluem, vigilância e de acompanhamento de casos, documentação, indenização e assistência às vítimas e que visam apoio, aconselhamento, tratamento, e reabilitação às vítimas de violência (DI MARTINO, 2002).

Nesse contexto, o acompanhamento e avaliação dessas medidas são apresentados em relação ao nível de intervenção quanto a ser macro, meso ou micro. No nível macro, as intervenções incidem sobre as condições gerais da sociedade (aspectos culturais, educação, nível de informação). Nessa conjuntura, os resultados do impacto sobre a violência são esperados com dez anos ou mais. Quanto ao nível mesoeconômico, as ações devem estar

direcionadas para as intervenções normativas voltadas para gestores, profissionais da assistência, e pacientes. Nessa situação, o impacto é esperado em um período de três a dez anos. Em nível micro, o objetivo é tentar alterar aquilo que pode ser modificado por um curto prazo, isto é, de um a dois anos. As intervenções a este nível se concentrarão em questões tais como sistemas de segurança, os mecanismos de formação em comunicação e gestão de conflitos. Não podemos deixar de ressaltar que, em todos os níveis de intervenção, o foco principal é a prevenção (DI MARTINO, 2002; TOMEI et al., 2007).

O estudo de Di Martino (2002) revelou, também, que na maior parte dos países as estratégias têm um longo caminho a percorrer, começando por levantar sensibilização e de construção autêntica compreensão na equipe de saúde e de outras partes interessadas em todos os níveis. Uma ação eficaz exige o envolvimento de todas as partes interessadas no desenvolvimento e implementação de políticas e estratégias, legislação e medidas locais.

Para Lancman et al. (2009), a visibilidade das várias formas de violência no trabalho, a partir da participação dos trabalhadores, pode contribuir para a construção de estratégias individuais, grupais e organizacionais que tornem o trabalho mais saudável, permitindo ao trabalhador realizá-lo, apesar das ameaças e do medo que vivenciam.

Love e Morrison (2003), referindo-se à saúde dos profissionais da área biomédica, destacam que há uma maior preocupação com os riscos ocupacionais como: contaminação com materiais biológicos e riscos ergonômicos, quando comparados à violência. Desse modo, há uma injusta repartição dos recursos, e uma maior deficiência de ações, dentre elas as de cunho preventivo.

Segundo Palácios et al. (2002), a área da saúde considera-se responsável pela elaboração de estratégias de prevenção. Nesse sentido, para Minayo e Souza, (1999), na aplicação do conceito de prevenção, é importante ter ideia de quais são as questões em pauta em determinada sociedade, quais são os grupos ou os indivíduos considerados prioritários para atuação, e quais seriam as melhores estratégias de ação.

Concordando com a ideia acima, nesse contexto, Garrido (2004) acrescenta que, a prevenção só é iniciada quando se reconhece que o problema existe, que é frequente, previsível e que em geral não se denuncia, tem um alto custo para a saúde dos trabalhadores, e que possui custos incalculáveis para as instituições.

Para Minayo e Souza (1999), pensar qualquer programa de prevenção e mudanças quanto à violência, no Brasil, significa combinar a atuação no campo macro-estrutural, nas questões conjunturais que expressam problemas estruturais, nos problemas de ordem cultural e nas relações interpessoais, no âmbito privado e público.

Corroborando esse pensamento, Palácios et al. (2002) recomendam dois pontos importantes nas ações de enfrentamento à violência ocupacional no setor saúde. A primeira se refere ao estreitamento de relações com a comunidade circunvizinha do hospital, e a ampliação dos espaços de discussão. Além disso, alertam que, não se prevê tempo de reunião no planejamento dos serviços em geral.

Outros estudos também têm apontado algumas ações para se trabalhar esse problema. Kling et al. (2006) ressaltam que alguns hospitais têm desenvolvido programas de educação preventivos que orientam como os profissionais de saúde devem se comunicar com pacientes agressivos, a partir de métodos de interação física e verbal, como também, a implementação de sistema de segurança em um serviço de urgência.

Nesse sentido, Keely (2002) diz que para lidar com o crescente índice de violência no trabalho é necessário dois passos fundamentais. O primeiro é reconhecer situações e pessoas violentas, e o outro é implementar políticas de proteção ao profissional no trabalho.

Por várias razões já citadas, Keely (2002) diz que uma das especialidades que mais expõe os profissionais é o atendimento às emergências. Nesse contexto, a autora aponta a necessidade de fazermos uma avaliação do nível de agressividade do paciente, principalmente nos primeiros momentos, pois, normalmente, não sabemos muito sobre ele, sua família, personalidade, comportamento ou tolerância a frustrações. Deste modo, todos eles são potencialmente violentos, porém, pelo histórico do uso de certos medicamentos pode se ter a ideia de algum transtorno mental. Por isso, avaliar o paciente na admissão para uma história de violência pode ajudar a identificar aqueles potencialmente perigosos. Essa investigação, quando possível, poderá ser feita junto a familiares ou amigos do paciente. Além desse histórico, é importante observar sinais de agitação e declarações de ameaças. Uma outra questão importante é o controle sobre todas as pessoas que acessam a instituição de saúde. Se o hospital não tiver uma forma de controlar rigorosamente a entrada de visitantes, ele estará deixando seus profissionais vulneráveis à violência.

Desse modo, para prevenir a violência no trabalho, no hospital, algumas medidas são fundamentais. Cada funcionário deve ser capaz de identificar a violência e saber a quem recorrer e, para tanto, é necessário capacitá-lo com frequência e discutir sobre este tema. Alguns hospitais têm várias portas de acesso, deste modo faz-se necessário um número de seguranças adequado, assim como o uso obrigatório de crachás de identificação com foto. Outras ferramentas para aumentar a segurança incluem câmara e seguranças com detectores de metal (KEELY, 2002).

Nesse sentido, Cezar (2005) ressalta que os trabalhadores da área da saúde, de nível técnico ou graduação, não estão sendo preparados durante a formação profissional para lidar com a situação de atos violentos. O estudante está sendo preparado para cuidar do paciente e proporcionar-lhe conforto, no entanto, não há tanta preocupação quanto a que se tenha cuidado de quem cuida.

Para Ferns e Meerabeau (2008), os cursos de enfermagem devem preparar os estudantes para gerenciar conflitos verbais durante a formação, além disso, políticas de redes de apoio relacionadas com a gestão de abuso verbal deverão estar, também, à disposição dos estudantes de enfermagem.

Camerino et al. (2008) sugerem a necessidade de intervenções tanto sobre condições de trabalho, as quais se relacionam à violência, assim como sobre os comportamentos violentos em si. Assim sendo, as intervenções devem centrar-se em fatores psicossociais e no meio ambiente, lembrando que devem ser feitas tanto ações primárias destinadas a reduzir ou eliminar antecipadamente fatores psicossociais adversos, como também secundária, destinada a intervir na ocorrência de episódios de trabalhos violentos.

Nesse mesmo raciocínio, Santos Júnior e Dias (2005) ressaltam que deve-se considerar o profissional de saúde, o processo de trabalho e a comunidade como um todo. Além desses aspectos de ação, esses autores acrescentam que iniciativas, como o acolhimento efetivo e resolutivo dos pacientes, uma triagem com classificação de risco e a humanização do atendimento podem ter grande impacto na diminuição dos episódios de violência no trabalho.

Para Palácios et al. (2002), nesse processo de enfrentamento à violência ocupacional, o primeiro passo é garantir o registro do ato violento; o segundo é estimular todos os serviços e estabelecimentos de saúde a criar um espaço de reflexão sobre violência para todo tipo de pessoa envolvida diretamente ou indiretamente na atenção à saúde. Em nível local, a equipe de saúde poderá estabelecer procedimentos para lidar com a violência, tanto aquela advinda dos próprios profissionais de saúde, como a que é produzida pelos pacientes ou acompanhantes.

No que se refere especificamente ao assédio moral, uma das grandes preocupações da Enfermagem, Tomei et al. (2007) apresentam alguns fatores quanto à organização que devem ser considerados no âmbito de uma avaliação de risco, como: as características de liderança, em especial presença de organização baseada no autoritarismo excessivo em uma estrutura "vertical"; o modo através das quais é gerida e organizada a programação tempo/trabalho (horários, previsão de remanejamento, e organização do trabalho em cada turno); a forma através das quais é gerenciado o fluxo de informações, em particular com ou sem sistemas

capazes de garantir um fluxo adequado de informações entre superiores e subalternos e de igualdade entre os colegas de mesmo nível (acesso as informações); a presença ou ausência de um grau de autonomia em gestão do trabalho; repetidas transferências injustificadas; atribuição de tarefas prolongadas, exorbitantes ou excessivas; e repetidas exclusões de trabalhadores que diz respeito às iniciativas de formação profissional e cursos de reciclagem.

Desse modo, as organizações profissionais de saúde devem estabelecer políticas formais e atitudes administrativas propiciadoras de um ambiente de trabalho seguro e implementar estratégias para inibir qualquer forma de violência no local de trabalho (COSTA; MARZIALE, 2006).

Nessa discussão, Contrera-Moreno e Contrera-Moreno (2004) alertam que não existem estratégias universais para a prevenção da violência, pois os fatores de risco variam de hospital para hospital e de unidade para unidade.

Nesse sentido, esses dados já podem direcionar algumas diretrizes que possibilitem o desenvolvimento de políticas e de ações de uma forma adequada, pela identificação de áreas de prioridades e, conseqüentemente, a melhor alocação de ações e recursos. No entanto, ainda se faz necessário o conhecimento de nossa realidade por meio dessa pesquisa, e posterior divulgação dos resultados, para que, com esse conhecimento e o envolvimento dos profissionais e gestores de todas as instâncias, esse problema possa ser enfrentado de modo eficaz.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo foi do tipo exploratório descritivo com abordagem quantitativa. Segundo Gil (1994), pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral acerca de determinado fato. É realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil formular hipóteses precisas e operacionalizáveis. Desse modo, tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias com vistas na formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores.

Estudo descritivo é aquele que observa, registra, analisa e correlaciona fatos e fenômenos (variáveis) sem manipulá-los, procurando, assim, descobrir, com precisão, a frequência com que um fenômeno acontece, sua relação e conexão com outro(s), sua natureza e característica (CERVO; BERVIAN, 1996).

A abordagem quantitativa permite a coleta sistemática de informação numérica, mediante condições de muito controle, analisando essas informações através de estatísticas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Pronto Socorro Clóvis Sarinho (PSCS) do Complexo Hospitalar Monsenhor Walfredo Gurgel (HMWG). Este hospital está localizado na cidade de Natal e é referência no atendimento de urgência e emergência pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Rio Grande do Norte (RN), sendo o maior hospital público da região metropolitana de Natal e de todo o Estado que conta com serviço de urgência.

O Pronto Socorro Clóvis Sarinho (PSCS) recebe, em média, 19 mil pacientes por mês, e possui 62 leitos. Esse serviço de urgência está dividido nos seguintes setores: triagem, atendimento clínico, politrauma, reanimação, ortopedia, urgência pediátrica, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) geral, UTI pediátrica, semi-intensiva, centro cirúrgico, centro de recuperação de operados, central de material, salas de exames radiológicos e de endoscopia.

Funciona com recepção informatizada para admissão de pacientes, e conta com um posto de Polícia Militar, funcionando com quatro profissionais de plantão durante 24 horas diárias. Esses policiais prestam serviços de acompanhamento dos presos que precisam de

atendimento médico ou ainda quando há algum problema de segurança em que a presença dos mesmos é solicitada. Além disso, possui quatro profissionais de segurança de uma empresa terceirizada por turno; não existe, porém, nenhuma câmera de segurança.

Este estudo foi realizado nos seguintes setores do Pronto Socorro Clóvis Sarinho (PSCS): Triagem (acolhimento), Atendimento Clínico, Observação, Politrauma, Reanimação, Ortopedia e urgência pediátrica.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população-alvo estudada foi composta pela equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) e médica, que atuam no Pronto socorro, nos seguintes setores: Triagem (acolhimento), Atendimento Clínico, Observação, Politrauma, Reanimação, Ortopedia e Urgência Pediátrica. Escolhemos estas duas categorias profissionais por serem aquelas que, no ambiente hospitalar, lidam mais diretamente com os pacientes e familiares. Além disso, a literatura tem apontado esses profissionais como sendo as principais vítimas da violência ocupacional no setor da saúde. Todos trabalham em regime de escala de plantão, distribuídos nos turnos matutino, vespertino e noturno.

A equipe de enfermagem é composta por 28 enfermeiros e 124 técnicos/ auxiliares de enfermagem e a equipe médica por 180 profissionais, totalizando 332 trabalhadores.

A amostra foi do tipo aleatória simples que, segundo Lakatos e Marconi (1995), se baseia na escolha aleatória dos pesquisados, significando que cada membro da população tem a mesma probabilidade de ser escolhido.

Para esse estudo, tomando como base um erro amostral de 5% e a população de profissionais em cada categoria, contamos com o seguinte número de participantes: 26 enfermeiros, 95 auxiliares/técnicos de enfermagem e 124 médicos, totalizando 245 profissionais, conforme os cálculos abaixo.

Fórmula para o cálculo do tamanho da amostra (BARBETTA, 2007):

n = tamanho da amostra

N = Tamanho da população

n_0 = primeira aproximação do tamanho da amostra

E_0 = erro amostral tolerável

$$n_0 = \frac{1}{(E_0)^2}$$

$$n = \frac{N \cdot n_0}{N + n_0}$$

Cálculo da primeira aproximação do tamanho da amostra

$$n_0 = ?$$

$$E_0 = (0,05)$$

$$n_0 = \frac{1}{(E_0)^2}$$

$$n_0 = \frac{1}{(0,05)^2}$$

$$n_0 = \frac{1}{0,0025}$$

$$n_0 = 400$$

Cálculo do tamanho da amostra de enfermeiros:

$$n = ?$$

$$N = 28$$

$$n_0 = 400$$

$$n = \frac{N \cdot n_0}{N + n_0}$$

$$n = \frac{28 \cdot 400}{28 + 400}$$

$$n = \frac{11200}{428}$$

$$n = 26,16$$

A amostra de enfermeiro foi composta por 26 profissionais.

Cálculo do tamanho da amostra de auxiliares/técnicos de enfermagem:

$$n = ?$$

$$N = 124$$

$$n_0 = 400$$

$$n = \frac{N \cdot n_0}{N + n_0}$$

$$n = \frac{124 \cdot 400}{124 + 400}$$

$$n = \frac{49.600}{524}$$

$$n = 94,65$$

A amostra de técnicos/auxiliares de enfermagem foi composta por 95 profissionais.

Cálculo do tamanho da amostra da equipe médica:

$$n = ?$$

$$N = 180$$

$$n_0 = 400$$

$$n = \frac{N \cdot n_0}{N + n_0}$$

$$n = \frac{180 \cdot 400}{180 + 400}$$

$$n = \frac{72000}{580}$$

$$n = 124,13$$

A amostra de médicos foi composta por 124 profissionais.

A participação se deu por meio de sorteio, de acordo com uma lista de profissionais de cada categoria. Para isso, fizemos uma seleção aleatória, utilizando o software Microsoft-Excel XP. Quando um sorteado por qualquer razão não podia participar da pesquisa, automaticamente era feito um novo sorteio para a substituição.

Para que os profissionais da equipe médica e de enfermagem participassem desse estudo, utilizamos os seguintes critérios de inclusão: profissionais de ambos os sexos com idade superior a 18 anos, terem mais de um ano de tempo de serviço no pronto socorro e aceitarem participar do estudo e concordarem em assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). O tempo de um ano de trabalho nessa unidade se deve ao fato de que a investigação buscou identificar se o sujeito da pesquisa sofreu algum ato de violência nos últimos doze (12) meses de trabalho.

4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Variável é definida, por Marconi e Lakatos (2003), como uma classificação ou medida, uma quantidade que pode ser alterada, um conceito operacional que contém ou apresenta valores, aspecto, propriedade ou fator, discernível em um objeto de estudo e passível de mensuração.

Para Polit, Beck e Hungler (2004), variável é toda qualidade de uma pessoa, grupo ou situação que varia ou assume um valor diferente.

Neste estudo trabalhamos as seguintes variáveis descritas a seguir.

4.4.1 Variáveis de caracterização sociodemográficas e profissionais

| Variáveis | Escalas / Critérios |
|--|---|
| Caracterização sociodemográfica | |
| 1. Sexo | Masculino / Feminino |
| 2. Idade | Idades em anos |
| 3. Grau de Instrução | Ensino fundamental completo / Ensino médio Completo / Ensino superior Completo / Ensino Superior Incompleto / Pós-Graduação |
| 4. Estado Civil | Solteiro (a) / Casado (a) / Viúvo (a) / Separado(a) / Divorciado(a) / Vivendo com o (a) companheiro(a) |
| Caracterização Profissional | |
| 1. Categoria profissional | Médico / Enfermeiro / Técnico de enfermagem / Auxiliar de enfermagem |
| 2. Tempo de experiência na profissão | Em anos |
| 3. Tempo de serviço na urgência | Em anos |
| 4. Carga horária semanal | Em horas |
| 5. Setor da urgência onde trabalha | Politrauma / Reanimação / Triagem / Ortopedia / Observação / Atendimento Clínico / Outro |
| 6. Turno de trabalho | Matutino / Vespertino / Noturno / Diurno / / Diurno e Noturno |

Quadro 01 – Variáveis de caracterização sociodemográficas e profissionais

4.4.2 Variáveis de caracterização da violência ocupacional

Neste estudo, foram investigados os seguintes tipos de violência ocupacional: violência física, agressão verbal, assédio moral e assédio sexual.

- **Violência Ocupacional**

Teórica - Violência ocupacional refere-se a incidente em que pessoas são abusadas, ameaçadas ou agredidas, em circunstâncias relacionadas ao seu trabalho, envolvendo um

desafio implícito ou explícito, para a sua segurança, bem-estar ou saúde. Dentre estas, temos: a agressão física, agressão verbal, assédio sexual e moral (DI MARTINO, 2002).

Operacional - buscamos identificar se o profissional foi vítima, ou não, de algumas das formas de violência ocupacional no trabalho, nos últimos doze meses de serviço.

- **Agressão física**

Teórica - Violência física refere-se ao uso de força física contra outra pessoa ou grupo, que resulta em dano físico, sexual ou psicológico. Pode incluir soco, chute, tapa, esfaqueamento, tiro, empurrão, mordida e/ou beliscão, dentre outros (PALÁCIOS et al., 2002).

Operacional - buscamos identificar se o profissional foi vítima, ou não, de violência física no trabalho, nos últimos doze (12) meses de serviço.

- **Agressão verbal**

Teórica - Agressão verbal refere-se a qualquer forma de maus tratos, falada explicitamente ou subentendida, que deixa você sentir-se pessoalmente ou profissionalmente agredido, desvalorizado ou humilhado. Trata-se de comunicação através de palavras, tom de modo depreciativo, ar de superioridade, ameaças, acusações, ou seja, expressões desrespeitosas para com o outro (FARRELL; BOBROWSKI; BOBROWSKI, 2006).

Operacional - buscamos identificar se o profissional foi vítima, ou não, de agressão verbal no trabalho, nos últimos doze (12) meses de serviço.

- **Assédio moral**

Teórica - Assédio moral refere-se a comportamento ofensivo, proposital, repetido ao longo do tempo, através de ações maliciosas na tentativa de humilhar ou prejudicar uma pessoa ou grupos de trabalhadores (DI MARTINO, 2002).

Operacional - buscamos identificar se o profissional foi vítima, ou não, de assédio moral no trabalho, nos últimos doze (12) meses de serviço.

- **Assédio sexual**

Teórica - Assédio sexual refere-se a qualquer comportamento de natureza sexual, indesejável, unilateral ou não recíproco que é ofensivo para a pessoa envolvida e repercute em ameaça, humilhação ou incômodo/constrangimento a esta pessoa (PALÁCIOS et al., 2002).

Operacional - buscamos identificar se o profissional foi vítima, ou não, de assédio sexual no trabalho, nos últimos doze (12) meses de serviço.

São também consideradas variáveis de caracterização da violência ocupacional neste estudo as descritas no Quadro 02, representado a seguir:

| Variáveis | Escalas / Critérios |
|---|--|
| Características da violência ocupacional | |
| 1. Como o profissional considera a violência ocupacional nessa instituição | Muito importante / Importante / Moderadamente importante / Sem importância |
| 2. A violência ocupacional é considerada como parte do seu trabalho | Sim / Não |
| 3. Sentimento próprio quanto à segurança no ambiente de trabalho | Escala tipo Likert de 0 a 10 |
| 4. O fator de risco mais importante para violência ocupacional nesse serviço de urgência hospitalar | Pacientes / Acompanhantes / Médicos / Equipe de enfermagem / Chefia violentos / Estrutura física inadequada / Falta de seguranças ou policiais / Falta de treinamento para lidar com a situação de violência / Longas filas de esperas / Erro ou falha no atendimento / Escassez de trabalhadores / Outro, especificar |
| 5. Participação em treinamento sobre como agir diante de um episódio de violência ocupacional | Sim, durante formação profissional / Sim, Nesse hospital / Sim, em outro hospital / Sim, em outro lugar. Especificar / Não |
| 6. A que tipo de violência ocupacional esse treinamento se referia | Violência física / agressão verbal / assédio moral / assédio sexual / Outro, especificar |
| 7. Existência de procedimentos para o relato de violência ocupacional nessa instituição | Sim / Não / Não sabe |
| 8. Número de episódios de violência nos últimos doze meses | Uma vez / Duas vezes / Três vezes / Quatro Vezes ou mais, especificar |
| 9. Quem foi o agressor | Paciente - cliente /acompanhante - familiares / Colega de trabalho da mesma profissão / Colegas de trabalho de outra profissão / Chefia / Outro, especificar |
| 10. Hora de ocorrência do episódio violento | 7H e 13hs / 13H e 19hs/19e 24hs/Entre 24e 07hs |
| 11. Setor do hospital onde ocorreu o ato de violência | Politrauma / Reanimação / Triagem / Ortopedia / Observação / Atendimento Clínico / Outro, especificar |

| Variáveis | Escalas / Critérios |
|---|---|
| Características da violência ocupacional | |
| 12. Reação ao incidente | Notificou de modo formal na instituição / Não teve reação / Pediu a pessoa para parar / Tentou fingir que nada aconteceu / Comunicou o ato de violência a seus superiores / Contou para seus familiares - amigos/ Contou para colegas / Pediu transferência / Pediu ajuda do sindicato/associação/conselho / Abriu processo judicial / Outro, especificar |
| 13. Providência tomada para investigar as causas do incidente | Sim/Não/Não sabe |
| 14. Por quem foi tomada a providência | Administrador - empregador/ Sindicato - associação – Conselho/Polícia /Outro, especificar |
| 15. Se não relatou ou falou sobre o incidente com outras pessoas, porque não o fez | Não foi importante / Sentiu-se envergonhado(a) / Sentiu-se culpado(a) /Não sabia a quem recorrer/Ficou com medo das conseqüências negativas /Considerou que não seriam tomadas providências/Outro, especificar |
| 16. Sentimentos ou conseqüências para a sua vida pessoal e profissional após ter sofrido o ato de violência | Medo do agressor ou de voltar a ser vítima /Ansiedade/Tristeza/Prejuízo financeiro/ Incapacidade/Sentimento de culpa/ Vergonha/Estresse/Sentimento de baixa na autoestima/Outro, especificar |
| 17. Afastamento do trabalho após agressão | Sim/Não |
| 18. O tempo de afastamento | Afastamento em dias |

Quadro 02 – Variáveis de caracterização da violência ocupacional

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados fizemos uso de um instrumento contendo questões fechadas, relacionadas à caracterização sociodemográfica, profissional e dos vários tipos de violência no local do trabalho (APÊNDICE D).

Esse instrumento contém duas partes, a primeira parte está dividida em três itens. No primeiro item (Dados de caracterização sociodemográfica), pesquisamos variáveis referentes à identificação pessoal como: sexo, idade, grau de instrução e estado civil. No segundo

(Dados de identificação profissional), investigamos aspectos referentes à categoria profissional, tempo de experiência na profissão, tempo de serviço na urgência, carga horária de trabalho semanal, setor e turno de trabalho.

O terceiro item contém informações acerca da violência ocupacional sob todos seus aspectos, sem distinção quanto ao tipo de violência e inclui: como o profissional considera a importância da violência ocupacional; se considera que a violência ocupacional faz parte do seu trabalho, qual o seu sentimento de segurança no trabalho em uma escala tipo Likert de 0 a 10; qual o fator de risco mais importante para a violência ocupacional nesse serviço; se ele já participou de algum treinamento sobre como agir diante de um episódio de violência ocupacional e se existem procedimentos para o relato de violência ocupacional nessa instituição.

A segunda parte do instrumento contém questões sobre a experiência pessoal como vítima de agressão física, agressão verbal, assédio moral e de assédio sexual, assim descritas: se o profissional teve experiência de violência ocupacional nos últimos doze meses, quantas vezes sofreu esse tipo de violência; quem foi o agressor, hora em que ocorreu o ato de violência, setor do hospital onde ocorreu, como reagiu ao incidente; se foi tomada alguma providência para investigar as causas; por quem foi tomada a providência em relação ao ato violento; se não relatou ou falou sobre o incidente com outras pessoas; porque não o fez; sentimentos ou consequências para a sua vida pessoal e profissional após ter sofrido o ato de violência; se teve que afastar-se do trabalho após a agressão; e por quanto tempo.

4.6 PROCEDIMENTO DA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no Pronto Socorro Clóvis Sarinho (PSCS), nos meses de abril e maio de 2009, nos três turnos, matutino vespertino e noturno, todos os dias da semana.

Para que a coleta de dados fosse realizada, primeiramente, foram necessários alguns procedimentos. Inicialmente enviamos um ofício à Diretoria Geral do Hospital, local da pesquisa, informando sobre o estudo e solicitando autorização para sua realização, assim como: utilização formal do nome da instituição no relatório final da investigação (APÊNDICE A e B). Após esta autorização, o projeto foi enviado para ser analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Após a aprovação deste Comitê, sob o parecer nº 052/2009 (ANEXO A), iniciamos

a primeira etapa da coleta de dados, que se constituiu do pré-teste do instrumento em outra Unidade de Urgência com 10% da população, com a finalidade de avaliar a sua aplicabilidade e necessidade de alterações.

Em seguida, iniciamos a coleta dos dados propriamente dita e nesta etapa, no início do expediente de cada turno, nos dirigíamos à equipe de plantão, de modo individual e abordávamos os participantes selecionados por sorteio e apresentávamos os objetivos da pesquisa. Para aqueles que se dispunham a participar, era fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), sendo solicitada a leitura e assinatura do mesmo. Neste momento, esclarecíamos que sua participação era voluntária e, caso desejasse, poderia desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, conforme a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2000).

Em seguida, entregávamos o questionário em um envelope lacrado, sendo identificado apenas por um número de acordo com a lista dos participantes, pois isso possibilitava o anonimato dos participantes. Nesse instante, ressaltávamos a importância do preenchimento completo e solicitávamos que a devolução se desse até o final do horário de trabalho. Em poucos casos o profissional não devolveu nesse período de tempo combinado, sendo firmado um outro momento para a entrega (APÊNDICE D).

Para a coleta dos dados contamos com a ajuda de (uma) 01 aluna de iniciação científica do curso de enfermagem e de 02 (duas) enfermeiras vinculadas à Base de Pesquisa Enfermagem Clínica. Os dados foram coletados durante os três turnos de trabalho, todos os dias da semana, durante os meses de abril e maio de 2009.

4.7 PROCESSAMENTO DE DADOS

Os dados foram categorizados e processados eletronicamente, através dos softwares Microsoft-Excel XP e Statistic 8.

4.8 TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Inicialmente, com o auxílio do aplicativo Microsoft Excel 2007, procedeu-se a análise descritiva das observações obtidas de forma a proporcionar uma visão organizada, sumarizada e inteligível dos dados.

No entanto, antes de escolher o procedimento estatístico mais adequado para verificação das questões levantadas no trabalho, fez-se necessário verificar o tipo de distribuição das observações analisadas, tendo em vista que a escolha da técnica de comparação entre grupos depende da aceitação ou não da premissa de normalidade da distribuição das variáveis. Desta forma, optou-se por testar as hipóteses levantadas na pesquisa, pela utilização das provas não paramétricas χ^2 e U de Mann-Whitney, que é alternativa útil à prova paramétrica t e permite saber se duas amostras independentes provêm da mesma população. Os Testes foram realizados pelo programa STATISTIC 8, para verificação de nível de significância estatística ($p < 0,05$) adotado na pesquisa.

Os dados foram analisados pela estatística descritiva e apresentados em forma de quadros, tabelas, e gráficos do tipo colunas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesse capítulo, abordaremos os resultados e discussões iniciando pela apresentação dos dados de caracterização sociodemográfica dos profissionais quanto a sexo, idade, grau de instrução e estado civil. Em seguida apresentaremos os dados da caracterização profissional, como tempo de experiência na profissão e na urgência, carga horária semanal de trabalho, setor e turno de trabalho.

Posteriormente traremos dados referentes à violência ocupacional, divididos em duas partes. A primeira aborda alguns aspectos da violência ocupacional, seja ela física, verbal, assédio moral e sexual. A segunda engloba dados referentes à experiência pessoal relacionados a cada tipo de violência ocupacional. Em seguida, faremos uma análise da significância estatística entre a variável ter sido vítima ou não de violência ocupacional e as variáveis de caracterização sociodemográficas e profissional.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA EQUIPE MÉDICA E DE ENFERMAGEM.

A amostra populacional estudada foi composta de 245 profissionais de saúde, sendo 124 (50,61) médicos, 26 (10,61%) enfermeiros e 95 (38,78%) técnicos/auxiliares de enfermagem. O Quadro 03, apresenta a caracterização sociodemográfica desses profissionais, no que se refere a sexo, idade, grau de instrução e estado civil.

| VARIÁVEIS | | CATEGORIA PROFISSIONAL | | | | | | | |
|--------------|-----------|------------------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|
| | | Médico | | Enfermeiro | | Aux./Téc*. | | Total | |
| | | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Sexo | Masculino | 93 | 75,00 | 06 | 23,08 | 22 | 23,16 | 121 | 49,39 |
| | Feminino | 31 | 25,00 | 20 | 76,92 | 73 | 76,84 | 124 | 50,61 |
| Total | | 124 | 100,00 | 26 | 100,00 | 95 | 100,00 | 245 | 100,00 |
| Idade | 21 25 | 00 | 0,00 | 00 | 0,00 | 06 | 6,31 | 06 | 2,45 |
| | 26 30 | 11 | 8,87 | 03 | 11,54 | 08 | 8,42 | 22 | 8,98 |
| | 31 35 | 12 | 9,68 | 03 | 11,54 | 11 | 11,58 | 26 | 10,61 |
| | 36 40 | 19 | 15,32 | 03 | 11,54 | 10 | 10,53 | 32 | 13,06 |
| | 41 45 | 23 | 18,55 | 05 | 19,23 | 27 | 28,42 | 55 | 22,45 |
| | 45 50 | 14 | 11,29 | 08 | 30,77 | 17 | 17,90 | 39 | 15,92 |
| | 51 55 | 15 | 12,10 | 03 | 11,54 | 09 | 9,48 | 27 | 11,02 |
| | 56 60 | 19 | 15,32 | 00 | 0,00 | 05 | 5,26 | 24 | 9,80 |
| 61 65 | 11 | 8,87 | 01 | 3,84 | 02 | 2,10 | 14 | 5,71 | |
| Total | | 124 | 100,00 | 26 | 100,00 | 95 | 100,00 | 245 | 100,00 |

Quadro 03 – Distribuição dos profissionais da equipe médica e de enfermagem segundo sexo, idade, grau de instrução e estado civil.

Fonte: HMWG – NATAL/RN, 2009. * auxiliar/técnico de enfermagem.

(Cont.)

| VARIÁVEIS | | CATEGORIA PROFISSIONAL | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|------------------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|
| | | Médico | | Enfermeiro | | Aux./Téc*. | | Total | |
| | | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Total | | 124 | 100,00 | 26 | 100,00 | 95 | 100,00 | 245 | 100,00 |
| Grau de instrução | Médio incompleto | 00 | 0,00 | 00 | 0,00 | 01 | 1,05 | 01 | 0,41 |
| | Médio completo | 00 | 0,00 | 00 | 0,00 | 74 | 77,90 | 74 | 30,20 |
| | Superior incompleto | 00 | 0,00 | 00 | 0,00 | 15 | 15,79 | 15 | 6,12 |
| | Superior completo | 16 | 12,90 | 08 | 30,77 | 05 | 5,26 | 29 | 11,84 |
| | Pós-graduação | 108 | 87,10 | 18 | 69,23 | 00 | 0 | 126 | 51,43 |
| Total | | 124 | 100,00 | 26 | 100,00 | 95 | 100,00 | 245 | 100,00 |
| Estado civil | Solteiro | 17 | 13,71 | 08 | 30,77 | 36 | 37,89 | 61 | 24,90 |
| | Casado | 96 | 77,42 | 14 | 53,85 | 39 | 41,06 | 149 | 60,82 |
| | Viúvo | 00 | 0,00 | 01 | 3,84 | 04 | 4,21 | 05 | 2,04 |
| | Separado/ divorciado | 09 | 7,26 | 03 | 11,54 | 14 | 14,74 | 26 | 10,61 |
| | Vivendo como companheiro | 02 | 1,61 | 00 | 0,00 | 02 | 2,10 | 04 | 1,63 |
| Total | | 124 | 100,00 | 26 | 100,00 | 95 | 100,00 | 245 | 100,00 |

Quadro 03 - Distribuição dos profissionais da equipe médica e de enfermagem segundo sexo, idade, grau de instrução e estado civil.

Fonte: HMWG – NATAL/RN, 2009. * auxiliar/técnico de enfermagem.

Observamos no Quadro 03, que dos 245 profissionais de saúde, 121 (49,39%) são do sexo masculino e 124 (50,61%), do sexo feminino. No entanto, quando analisadas as equipes médica e de enfermagem separadamente, observamos uma proporção inversa entre ambas, pois 75% da equipe médica é do sexo masculino, enquanto que 76,92% dos enfermeiros e 76,84% dos auxiliares/técnicos de enfermagem pertencem ao sexo feminino.

Semelhante aos nossos achados, no estudo realizado em Londrina, por Cezar e Marziale (2006), com 47 profissionais da equipe médica e de enfermagem, 26 (55,3%) eram do sexo masculino e 21 (44,7%) do sexo feminino.

Entretanto, em um estudo realizado, no Rio de Janeiro (RJ), com 1.550 profissionais de várias categorias, 31,5% eram do sexo masculino e 68,5%, feminino (PALÁCIOS et al., 2002). Em Boa Vista (RR), em uma pesquisa com 235 profissionais de saúde de um hospital, foi identificado que 179 (76,2%) pertenciam ao sexo feminino (LIMA; FARIAS, 2008). Em Kingston (Jamaica), os pesquisadores Jackson e Ashley (2005) fizeram um estudo com todos os profissionais de saúde, e também encontraram uma população composta predominantemente, por profissionais do sexo feminino 76,3%. Desse modo, nestes estudos, diferentemente do nosso, encontramos uma predominância bem mais acentuada do sexo feminino na equipe de saúde.

Quando analisamos apenas a equipe médica, detectamos que os nossos dados são coerentes com os dados do Conselho Federal de Medicina (CFM), quanto à predominância do sexo masculino na profissão. Nesse sentido, segundo dados desse conselho, no Estado Rio Grande do Norte, existem 3.882 médicos com inscrição ativa, sendo 2.290 (58,99%) do sexo masculino e 1.592 (41,01%) do sexo feminino (CFM, 2009).

Essa predominância também é confirmada em Boa Vista (RR), numa pesquisa que investigou o conhecimento da equipe de saúde sobre a violência infantil, onde foi identificado que 52,63% dos médicos eram do sexo feminino (LIMA, 2007).

Entretanto, divergente desses achados, nos estudos realizado por Santos Júnior e Dias (2005) foi observada uma leve predominância do sexo feminino na equipe médica. Nessa pesquisa realizada com médicos de quatro serviços de serviços de urgência, em Belo Horizonte (MG), foi observado que 51,2% dos profissionais eram do sexo feminino.

Quanto à equipe de enfermagem, várias pesquisas evidenciam a predominância do sexo feminino em detrimento do sexo masculino, como podemos observar nos parágrafos seguintes.

Em Boa Vista (RR), em um estudo que investigou o conhecimento da equipe de saúde sobre a violência infantil foi identificado que 80% dos enfermeiros e 81,33% para os auxiliares e técnicos eram do sexo feminino (LIMA, 2007).

Na cidade de Londrina (PR), em uma pesquisa desenvolvida sobre qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, com 200 profissionais atuantes em unidades de Bloco Cirúrgico, foi identificado que 82,9% eram do sexo feminino (SCHMIDT, 2004). Na pesquisa realizado por Camerino et al. (2008), em oito países da União Européia, foi identificado que 89,3% da equipe de enfermagem eram composta por mulheres.

Gerberich et al. (2004) fizeram um estudo sobre violência com a equipe de Enfermagem, em Minesota, (EUA), e encontraram um percentual de mulheres ainda mais elevado, correspondendo a 96% da população. Numa pesquisa realizada em Izmir (Turquia), toda a população estudada eram do sexo feminino. Isso se justifica uma vez que neste país a enfermagem é exercida, tradicionalmente por mulheres (ERGUN; KARADAKOVAN, 2005).

Essa predominância do sexo feminino na Enfermagem também é confirmada em nossa realidade, quando observamos os números de um banco de dados referentes aos profissionais de enfermagem cadastrados no Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Norte (COREN-RN).

Segundo esse banco de dados, no Rio Grande do Norte estão cadastrados 17.734 profissionais de enfermagem, sendo 15.539 (87,62%) do sexo feminino e 2.195 (12,38%) do sexo masculino.

No que se refere à idade dos profissionais de saúde (Quadro 03), observamos que a faixa etária que apresentou maior número de sujeitos foi a de 41 a 45 anos com 55 (22,45%) profissionais, seguida da faixa de 45 a 50 com 39 (15,92%). Destacamos também, que a maioria, 152 (62,04%) profissionais, tinham idade entre 31 e 50 anos. Observamos ainda que mais de três terços 191 (77,96%) apresentaram idade superior a 36 anos, sendo 14 (5,71%) com idade entre 61 a 65 anos.

Quando analisamos separadamente as equipes por categoria profissional, (Quadro 03), observamos que a maior frequência de idade dos profissionais da equipe médica se situa entre 41 e 45 anos com 23 (18,55%) sujeitos, seguida pela faixa etária entre 36 a 40 anos e 56 e 60 anos com 19 (15,32%) médicos para cada faixa. Os enfermeiros apresentaram a maior frequência de profissionais, na faixa etária entre 45 a 50 anos com 08 (30,77%) indivíduos, seguida da faixa etária entre 41 e 45 anos com 05 (19,23%). Similar a equipe médica, os auxiliares/técnicos de enfermagem apresentaram uma maior frequência de idade na faixa etária entre 41 e 45 anos com 27 (28,42%) sujeitos. No entanto, a outra faixa etária que situou o maior número de técnicos/auxiliares de enfermagem, foi aquela localizada entre 45 e 50 anos com 17 (17,9%) profissionais.

É importante apresentar também, ainda em relação à idade dos profissionais de saúde estudados, que esta se situava na faixa etária entre 23 e 65 anos, com média de 44,02 anos (Desvio Padrão 10,06).

Quanto à média de idade dos profissionais de saúde por categoria profissional, identificamos que a equipe médica apresentou uma média de idade de 45,93 anos (Desvio Padrão 10,50), os enfermeiros apresentaram uma média de 42,85 anos (Desvio padrão 8,36) e a equipe de auxiliares/técnicos de enfermagem uma média de 41,85 anos (Desvio padrão 9,47).

Oliveira e D'Oliveira (2008), realizaram uma pesquisa cujos resultados foram semelhantes aos nossos. Essas pesquisadoras desenvolveram um estudo sobre violência de gênero contra trabalhadoras da Enfermagem, em um hospital geral do Município de São Paulo (SP) como uma população de 50 enfermeiras e 129 auxiliares/técnicos de enfermagem e encontraram uma média de idade de 37,6 anos (DP 9,9).

Em geral, percebemos que apesar das variações, de acordo com o local onde foi realizado o estudo, a grande maioria dos profissionais encontra-se na faixa etária entre 30 e 50

anos de idade, correspondendo a faixa etária em que a população está na faixa produtiva. Neste sentido, no estudo realizado por Moreno (2004) com profissionais da enfermagem, em Campinas (SP), foi identificado que 72,5% dos participantes tinham entre 30 e 49 anos. A idade média da população foi de 38,5 anos (DP 8,7).

Esses achados também são confirmados por Palácios et al. (2002) e Camerino et al. (2008). Os primeiros pesquisadores realizaram um estudo no Rio de Janeiro (RJ), com várias categorias de profissionais da saúde, e identificaram que 57,8% dos indivíduos tinham idade entre 30 e 49 anos (PALÁCIOS et al., 2002). Em relação a segunda pesquisa, cuja população foi a equipe de enfermagem de oito países da União Européia, foi identificado que 52,9% desses profissionais tinham entre 30 e 44 anos de idade (CAMERINO et al., 2008).

Quanto à idade mínima e máxima observada nos participantes do nosso estudo, ressaltamos que dados semelhantes foram encontrados em dois estudos, realizados com profissionais da Enfermagem, que tinham a idade situada entre 20 e 60 anos (SCHMIDT, 2004; MORENO, 2004).

Dando continuidade a análise do Quadro 03 quanto ao grau de instrução, observamos que 126 (51,43%) profissionais, tinham pós-graduação.

Ao analisarmos, ainda essa mesma variável por categoria profissional, destacamos que 108 (87,10%) médicos e 18 (69,23%) enfermeiros tinham pós-graduação. Portanto, 16 (12,90%) médicos e 08 (30,77%) enfermeiros sua formação eram apenas em nível de graduação. Entre os auxiliares/técnicos 74 (79,70%) tinham apenas o ensino médio completo. No entanto, dos auxiliares/técnicos, 5 (5,26%) profissionais também tinham o nível superior completo e 15 (15,90%) estavam cursando.

Resultados coerentes com os nossos, no que se refere ao grau de instrução, foram encontrados em um estudo sobre violência e capacidade para o trabalho, realizado com 269 profissionais da equipe de enfermagem de um hospital e de várias unidades de saúde em Campinas (SP). A equipe de enfermagem era composta por 236 auxiliares/técnicos de enfermagem e 33 enfermeiros. Desses 33 enfermeiros 10 (30,30%) tinham Pós-graduação. Foi identificado ainda nesse mesmo estudo que 61 (25,84%) auxiliares/técnicos de enfermagem tinham o ensino superior completo/incompleto e que apenas 17 (6,3%) possuíam o ensino fundamental completo (MORENO, 2004).

Outro trabalho que teve resultados coerentes com os nossos foi um estudo realizado com 50 enfermeiras e 129 auxiliares/técnicas de enfermagem sobre violência de gênero contra trabalhadoras de enfermagem em um hospital geral do município de São Paulo (SP). Apenas

quatro profissionais tinham ensino fundamental completo ou médio incompleto (OLIVEIRA; D'OLIVEIRA, 2008).

No que se refere ao estado civil, (Quadro 03) vemos que, a maioria dos profissionais de saúde, 149 (60,82%) são casados e 61 (24,90%) solteiros. Essa predominância de casados e solteiros mantém-se em todas as categorias profissionais, pois 96 (77,42%), 14 (53,85%) e 39 (41,06%) médicos, enfermeiros e técnicos/auxiliares, respectivamente, são casados e 17 (13,71%) 8 (30,77%) 36 (37,89%), solteiros, respectivamente.

Várias pesquisas encontram resultados coerentes com os nossos no que se refere ao estado civil dos profissionais. Nesse sentido no estudo realizado por Palácios et al. (2002), com profissionais de saúde do Rio de Janeiro (RJ), foi identificado que 40,7% eram casados, 34,9% eram solteiros, 11,4% estavam vivendo com o companheiro, 10,8% eram separados ou divorciados, e 2,2% eram viúvos. No estudo realizado por Jackson e Ashley (2005) com profissionais da saúde de Kingston (Jamaica), foi encontrado que 55% dos trabalhadores da saúde eram casados ou viviam com o companheiro.

Pesquisas com a equipe de enfermagem também confirmam essa realidade. Em estudo realizado com enfermeiros de um hospital e de várias unidades de saúde em Campinas (SP), foi encontrado que na equipe de enfermagem 51,1% eram casados/vive com o companheiro/separado/divorciado; 26,5% eram solteiros, e 3,4% eram viúvos (MORENO, 2004). Em estudo realizado em Londrina (PR), sobre qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, com 200 profissionais atuantes em unidades de Bloco Cirúrgico, 62,9% casados, 24,8% solteiros e 9,5 separados (SCHMIDT, 2004).

Ergun e Karadakovan (2005) também fazem um estudo com a equipe de enfermagem em Izmir, Turquia em um serviço de emergência e encontram que 62,2% dos enfermeiros eram casados, 33,3% solteiros e 4,5 separados ou divorciados.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

| VARIÁVEIS | | | CATEGORIA PROFISSIONAL | | | | | | | |
|---|----------|------|------------------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|
| | | | Médico | | Enfermeiro | | Aux./Téc.* | | Total | |
| | | | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Tempo de experiência na profissão | 01 - 05 | 11 | 8,87 | 2 | 7,69 | 5 | 5,26 | 18 | 7,35 | |
| | 06 - 10 | 12 | 9,68 | 3 | 11,54 | 14 | 14,74 | 29 | 11,83 | |
| | 11 - 15 | 17 | 13,7 | 4 | 15,38 | 29 | 30,52 | 50 | 20,41 | |
| | 16 - 20 | 28 | 22,58 | 5 | 19,23 | 19 | 20,00 | 52 | 21,22 | |
| | 21 - 25 | 12 | 9,68 | 11 | 42,31 | 12 | 12,63 | 35 | 14,29 | |
| | 26 - 30 | 23 | 18,55 | 0 | 0,00 | 6 | 6,32 | 29 | 11,83 | |
| | 31 - 35 | 14 | 11,29 | 0 | 0,00 | 6 | 6,32 | 20 | 8,17 | |
| 36 - 40 | 7 | 5,65 | 1 | 3,85 | 4 | 4,21 | 12 | 4,90 | | |
| Total | | | 124 | 100,00 | 26 | 100,00 | 95 | 100,00 | 245 | 100,00 |
| Tempo de experiência na urgência | 01 - 05 | 17 | 13,71 | 09 | 34,61 | 23 | 24,21 | 49 | 20,00 | |
| | 06 - 10 | 17 | 13,71 | 05 | 19,23 | 32 | 33,69 | 54 | 22,04 | |
| | 11 - 15 | 21 | 16,93 | 06 | 23,08 | 21 | 22,10 | 48 | 19,60 | |
| | 16 - 20 | 37 | 29,83 | 04 | 15,38 | 11 | 11,58 | 52 | 21,22 | |
| | 21 - 25 | 10 | 8,07 | 01 | 3,85 | 02 | 2,10 | 13 | 5,31 | |
| | 26 - 30 | 14 | 11,30 | 01 | 3,85 | 03 | 3,16 | 18 | 7,35 | |
| | 31 - 35 | 07 | 5,64 | 0 | 0,00 | 03 | 3,16 | 10 | 4,08 | |
| 36 - 40 | 01 | 0,81 | 00 | 0,00 | 00 | 0,00 | 01 | 0,40 | | |
| Total | | | 124 | 100,00 | 26 | 100,00 | 95 | 100,00 | 245 | 100,00 |
| Carga horária semanal de trabalho na urgência | 20 Horas | 23 | 18,55 | 00 | 0,00 | 00 | 0,00 | 23 | 9,39 | |
| | 30 Horas | 01 | 0,81 | 00 | 0,00 | 04 | 4,21 | 05 | 2,04 | |
| | 40 Horas | 95 | 76,61 | 25 | 96,15 | 91 | 95,79 | 211 | 86,12 | |
| | 60 Horas | 05 | 4,03 | 01 | 3,85 | 00 | 0,00 | 06 | 2,45 | |
| Total | | | 124 | 100,00 | 26 | 100,00 | 95 | 100,00 | 245 | 100,00 |

Quadro 04 – Distribuição dos profissionais da equipe médica e de enfermagem segundo tempo de experiência na profissão, tempo de experiência na urgência e carga horária semanal de trabalho na urgência.

Fonte: HMWG – NATAL/RN, 2009. * auxiliar/técnico de enfermagem.

Como podemos ver no Quadro 04, no que se refere ao tempo de experiência na profissão, quando observamos os dados referentes a todos os profissionais, 52 (21,22%) tinham entre 16 a 20 e 50 (20,41%) tinham entre 11 e 15 anos de formação profissional. No entanto, apenas 18 (7,35%) tinham entre 01 e 05 anos de experiência na profissão.

Quando destacamos os indivíduos com mais de dez anos de profissão, percebemos que esse agrupamento representa 198 (80,82%) profissionais. Desse modo, essa observação nos revela que a grande maioria já tem no mínimo 10 anos de profissão, caracterizando-se como uma equipe com uma considerável experiência profissional.

Quanto à média do tempo de experiência profissional da equipe como um todo, detectamos que esta correspondeu a 19,12 anos com um desvio padrão de 9,05.

Em relação a experiência profissional por categoria, vemos que a média da equipe médica correspondeu a 20,55 anos cujo desvio padrão foi de 9,66, seguida dos enfermeiros com 18 anos de média e desvio padrão de 7,57.

Valores similares aos nossos, no que diz respeito a média de anos de experiência profissional, foram encontrados por Merecz et al. (2006). Esses autores, fizeram um estudo com dois grupos de enfermagem, um que trabalhava na psiquiatria e o outro que não trabalhava nesse setor, e encontraram que as médias de anos de experiência de trabalho foram 15,7 e 18,4 anos respectivamente, para cada grupo.

No entanto, no estudo realizado por Ergun e Karadakovan (2005) com a equipe de enfermagem do serviço de emergência em Izmir (Turquia), foi identificada uma equipe com menos anos de experiência na profissão, quando comparado aos nossos achados. Esses pesquisadores identificaram que cerca de um terço dos participantes (34,8%) eram relativamente novos na profissão com zero a cinco anos, e 27,3% tinham de seis a 10 anos, com uma média de 8,36 anos. Outras pesquisas, apresentadas a seguir, também identificaram profissionais com menos experiência na profissão.

No estudo realizado por Santos Júnior e Dias (2005), em Belo Horizonte (MG), sobre violência ocupacional com a equipe médica de serviços de urgência, foi observado que os profissionais tinham em média 10 anos de formados.

Em uma pesquisa, realizado por Jackson e Ashley (2005) na Jamaica (África), com profissionais da saúde e em outra realizada na Irlanda (Europa), por Ryan e Maguire, (2007), com a equipe de enfermagem do serviço de emergência, foi identificado, em ambas, que 44% dos profissionais tinham entre um e 10 anos de trabalho na área da saúde.

Quanto ao tempo de experiência na urgência, (Quadro 04), quando analisamos os dados de todos os profissionais, encontramos que a faixa de seis a 10 e de 16 a 20 anos foram as que concentraram uma maior representação 54 (22,04%) e 52 (21,22%), respectivamente.

Reforçando esses achados, quando calculamos a média do tempo de experiência na urgência, da equipe como um todo, detectamos que esta correspondeu a 13,86 anos com um desvio padrão 8,84. Desse modo, podemos caracterizá-los como uma equipe com uma considerável experiência em urgência.

Calculando a média do tempo de experiência na urgência, por categoria profissional, detectamos que os médicos apresentaram uma média de 16,69 anos (Desvio Padrão 9,14), os enfermeiros uma média de 10,54 anos (Desvio Padrão 7,56) e os auxiliares/técnicos de enfermagem uma média de 11,08 anos (Desvio Padrão 7,53).

Uma equipe com bem menos anos de experiência na urgência foi identificada em um estudo feito com profissionais de enfermagem de um serviço de urgência em Izmir (Turquia). Ergun e karadakovan (2005) encontram que 71,2% das enfermeiras tinham entre zero e cinco anos de experiência no serviço de urgência e 16,7% entre seis e 10 anos, com uma média de 5,6 anos.

Nesse contexto, Deslandes et al. (2007) destacam que o setor de emergência sofre uma alta rotatividade de profissionais, especialmente as equipe que trabalham nos finais de semana, geralmente composta por estagiários jovens e com pouca experiência, podendo muitas vezes, afetar a qualidade da assistência.

No que se refere à carga horária semanal de trabalho (Quadro 04), observamos que a grande maioria 221 (86,12%) trabalham em regime de 40 horas semanais.

Sobre a carga horária semanal de trabalho, Palácios et al. (2002) destacam que há uma variedade no que se refere ao número de horas de trabalho prestadas por cada profissional. No Rio de Janeiro (RJ), em geral, o pessoal de enfermagem trabalha 30 horas, e os médicos trabalham 20 ou 40 horas semanais, no tempo parcial ou integral.

Nesse contexto, atualmente a Enfermagem de todo o Brasil vem lutando pela aprovação do Projeto de Lei 2398/2007, que prevê a redução da jornada semanal de trabalho da Enfermagem de 40 para 30 horas, sem redução salarial (COFEN, 2007).

A American Psychiatric Nurses Association (APNA) discutindo sobre o assédio moral, apresenta a quantidade de tempo gasto no trabalho como um fator de risco. Apesar de não termos questionado os profissionais sobre a existência de outro vínculo empregatício, é sabido, que a maioria tem mais de um trabalho, e portanto mais de uma escala de trabalho na mesma instituição.

Segundo o Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), uma carga de trabalho elevada, associada ao número reduzido de profissionais, e a dificuldade de relacionamento no ambiente de trabalho, afetam a saúde física e psicológica dos profissionais. (CIE, 2007)

Na Tabela 01, apresentamos a distribuição dos profissionais, segundo o setor da urgência onde os profissionais desenvolvem suas atividades.

Tabela 01 – Distribuição dos profissionais da equipe médica e de enfermagem segundo setor de trabalho.

| VARIÁVEIS | CATEGORIA PROFISSIONAL | | | | | | | |
|---------------------|------------------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|
| | Médico | | Enfermeiro | | Aux./Tec.* | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Politrauma | 52 | 41,93 | 03 | 11,54 | 17 | 17,89 | 72 | 29,39 |
| Reanimação | 04 | 3,22 | 04 | 15,38 | 23 | 24,21 | 31 | 12,65 |
| Triagem | 00 | 0,00 | 04 | 15,38 | 09 | 9,48 | 13 | 5,30 |
| Ortopedia | 11 | 8,87 | 00 | 0,00 | 09 | 9,48 | 20 | 8,17 |
| Observação | 00 | 0,00 | 08 | 30,77 | 14 | 14,74 | 22 | 8,98 |
| Atendimento Clínico | 20 | 16,13 | 07 | 26,93 | 10 | 10,52 | 37 | 15,10 |
| Urgência Pediátrica | 13 | 10,49 | 00 | 0,00 | 13 | 13,68 | 26 | 10,61 |
| Mais de um setor | 24 | 19,36 | 00 | 0,00 | 00 | 0,00 | 24 | 9,80 |
| Total | 124 | 100,00 | 26 | 100,00 | 95 | 100,00 | 245 | 100,00 |

Fonte: HMWG – NATAL/RN, 2009. * auxiliar/técnico de enfermagem.

Na Tabela 01, destacamos que o setor da urgência onde podemos observar mais profissionais é o politrauma, com 72 (29,33%). Quando feita essa análise por categoria profissional, observamos que um maior número de médicos 52 (41,93%) também se concentram nesse setor. No entanto, os enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem se concentraram principalmente na observação e na reanimação com 08 (30,77%) e 23 (24,21%) respectivamente.

Ressaltamos que o número de médicos que trabalham no setor do politrauma, pode ser justificado pelo grande demanda de pacientes que são atendidos nesse setor, necessitando maior tempo de atuação desse profissional, principalmente dos cirurgiões. Soma-se a isso, o fato de que grande parte desses profissionais trabalha na forma de sobreaviso. Porém, embora esse número pareça suficiente, na prática, há deficiência desses profissionais médicos na assistência.

Em relação ao maior representação de auxiliares/técnicos de enfermagem na reanimação, pode ser explicado pelo fato deste setor funcionar como uma Unidade de Tratamento Semi-intensivo, com pacientes graves, na maioria em uso de ventilação mecânica, o que requer um maior número de profissionais da Enfermagem, em especial dos técnicos de enfermagem que prestam uma assistência mais direta aos pacientes.

Quanto ao maior número de enfermeiros que trabalham na observação e no atendimento clínico, é justificado pelo fato desses setores serem extensos, pois os pacientes ficam dispostos em uma enfermaria e em vários corredores, além disso, há uma grande

rotatividade de pacientes, o que requer uma maior supervisão dos enfermeiros, ficando dois enfermeiros por turno. Somada a essa realidade, alguns setores, dentre eles a pediatria e a ortopedia, não têm enfermeiro fixo, e aqueles enfermeiros escalados na observação e no atendimento clínico, são quem supervisionam esses setores.

Por essa razão, a distribuição do número de profissionais por setor deve ser proporcional à demanda do setor, no entanto torna-se insuficiente em virtude da grande demanda de pacientes atendido neste serviço. Esse fato nos remete a necessidade de uma reestruturação dos serviços de saúde no sentido de descentralizar o atendimento, pelo direcionamento dos pacientes que necessitam de um atendimento menos complexo para outras unidades de pronto atendimento de Natal (RN).

Nessa discussão sobre o dimensionamento de quantitativo de pessoal, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da resolução COFEN-293/2004 e o Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) ressaltam que além da necessidade do número de profissionais adequado para o número de pacientes acrescido do índice de segurança, deve-se levar em consideração o ambiente e as condições de trabalho assim como a complexidade dos pacientes e do nível de capacidade dos profissionais (COFEN, 2004; CIE, 2007).

O Gráfico 01 apresenta a distribuição dos profissionais segundo turno de trabalho.

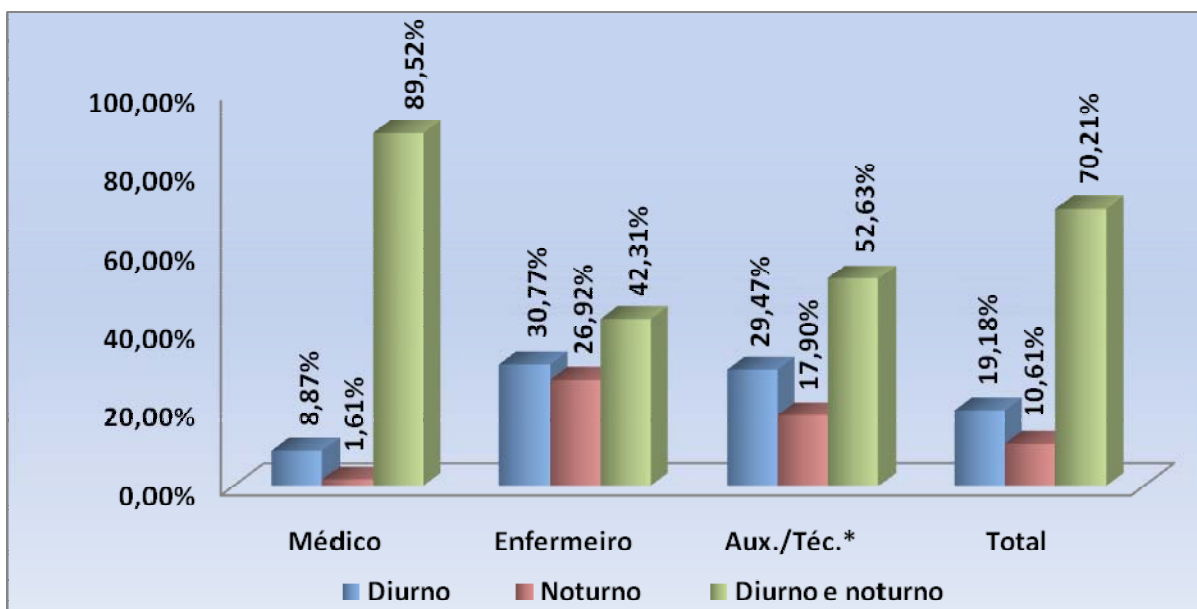


Gráfico 01 - Distribuição dos profissionais da equipe médica e de enfermagem segundo turno de trabalho.

Fonte: HMWG – NATAL/RN, 2009. * auxiliar/técnico de enfermagem.

Quanto ao turno de trabalho, o Gráfico 01 revela que a grande maioria dos profissionais 172 (70,21%) não tem um turno fixo de trabalho, ou seja, tem uma escala com plantões tanto noturno como diurno. Nesse contexto, o grupo de profissionais que trabalha apenas durante o período noturno, é o que tem menor representatividade, com apenas 26 (10,61%) profissionais.

Segundo Palácios et al. (2002), as equipes médica e de enfermagem trabalham normalmente em regime de plantão que pode ser diurno, noturno, ou mesmo de 24 horas. Nesse sentido, os profissionais podem trabalhar tanto no turno da noite como durante o dia, pois são plantões de 24 horas.

Nesse mesmo raciocínio, Jackson e Ashley (2005), fizeram um estudo com profissionais de saúde, em várias instituições públicas e privadas, na Jamaica e encontram que 41% dos participantes trabalhavam em turno rotativo, ou seja, trabalhavam tanto no turno noturno como no diurno.

Nesse contexto, destacamos a importância de termos um número e uma distribuição adequada de profissionais por turno, visto que este é um fator que pode contribuir para a ocorrência de violência ocupacional.

De acordo com Contrera-Moreno e Contrera-Moreno (2004) dentre as estratégias universais para a prevenção da violência, estão aquelas de caráter administrativo como a organização do serviço incluindo um número adequado de profissionais para evitar que estes trabalhem sozinhos, assim como, para evitar que os pacientes esperem o atendimento por um tempo prolongado.

A seguir faremos a apresentação da análise e discussão dos resultados referentes aos aspectos relacionados à violência ocupacional.

5.3 DADOS REFERENTES A ASPECTOS RELACIONADOS À VIOLÊNCIA OCUPACIONAL

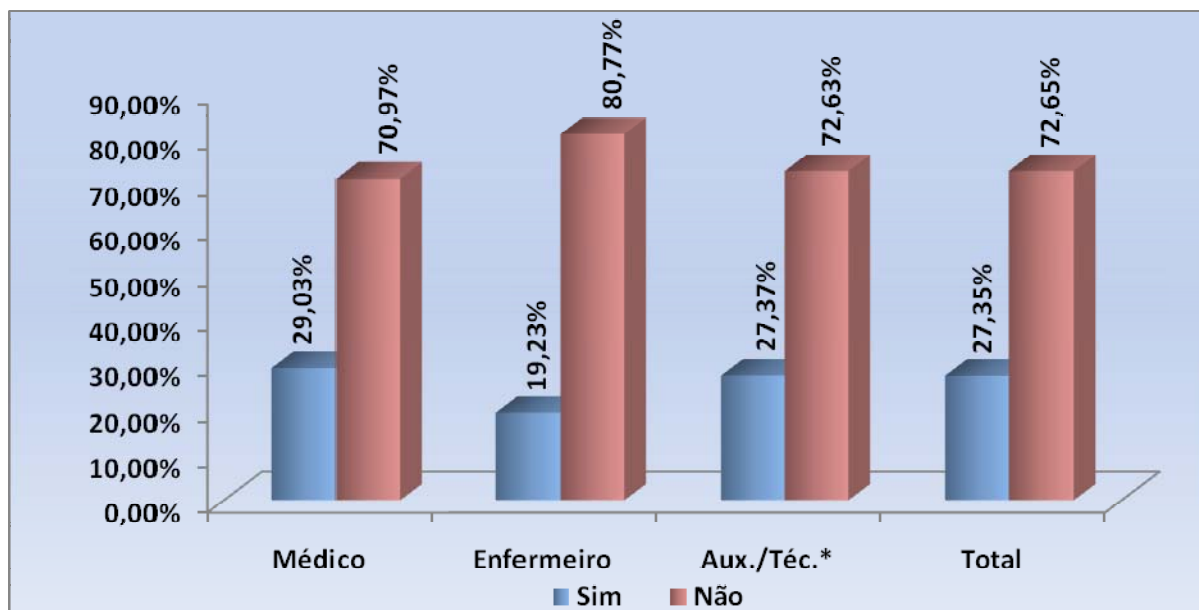


Gráfico 02 - Distribuição dos profissionais das equipes médica e de enfermagem segundo a opinião dos profissionais quanto à violência ocupacional se esta faz ou não parte da sua profissão como algo normal.

Fonte: HMWG – NATAL/RN, 2009. * auxiliar/técnico de enfermagem.

No Gráfico 02 podemos destacar quanto à opinião de todos os profissionais, que 178 (72,65%) não consideram a violência ocupacional como parte de sua profissão, ou seja, como algo normal, inerente a suas atividades.

Por categoria profissional, ressaltamos que 36 (29,03%) médicos consideraram a violência como algo inerente a profissão, sendo essa opinião compartilhada por 26 (27,37%) técnicos/auxiliares de enfermagem e por cinco (19,03%) enfermeiros.

Em uma pesquisa realizada em Minesota (EUA), sobre as consequência da violência ocupacional com a equipe de enfermagem, foram encontrados resultados coerentes aos nossos, pois 27% dos enfermeiros percebem a violência como um problema inerente ao seu ambiente de trabalho (GERBERICH et al., 2004).

Entretanto, um outro estudo, realizado por Jackson e Ashley (2005), na Jamaica (África), identificou um percentual bem maior de profissionais que consideraram a violência no ambiente de trabalho como parte do trabalho. Nesse sentido, 55% dos profissionais que tinham experimentado agressões físicas, 80% dos que experimentaram abuso verbal, e 77%

dos que sofreram assédio moral, consideraram que a violência se constituía parte inevitável da profissão.

Para Di Martino (2002), a violência é uma pandemia manifestando-se em diferentes formas que atravessa todas as áreas profissionais do setor saúde. E certamente se tornar uma "parte do trabalho" de muitos destes trabalhadores.

Segundo Luck, Jackson e Ursher (2008), esse pensamento é compartilhado em especial pelos enfermeiros que trabalham nos serviços de urgência, em virtude das características do atendimento prestado neste setor.

Nesse contexto em que a violência é entendida como parte do trabalho, a literatura destaca duas implicações diretas. A primeira é que a equipe de saúde se torna desmotivada para trabalhar nesse ambiente, o que afeta a qualidade da assistência, a outra é o fato da violência passar a ser tolerada pela maior parte dos profissionais, o que impede o enfrentamento desse problema (LEWIS, 2006; FARRELL; BOBROWISK; BOBROWISK, 2006). Essa última implicação também é uma das causas para subnotificação, ocasionando a falta de registro do evento a quem de direito, contribuindo desse modo, para uma menor visibilidade do mesmo (MORENO, 2004).

Sobre o sentimento de segurança dos profissionais, no que se refere à violência no ambiente de trabalho (APÊNDICE E), foi encontrada uma média de 4,03, numa escala tipo Likert de 0 a 10, onde 0 (zero) significava totalmente inseguro, 10 (dez) totalmente seguro, e cinco, nem seguro, nem inseguro. Nesse sentido, os profissionais da equipe médica e de enfermagem, com essa média apresentada, consideraram o ambiente de trabalho um pouco mais inseguro que seguro.

Cezar (2005) investigando a violência ocupacional com a equipe médica e de enfermagem de um serviço de urgência também avaliou a opinião dos profissionais de saúde de um pronto socorro, quanto a segurança no ambiente de trabalho, utilizando essa mesma escala com pontuação de 0 a 10, e encontrou uma resposta bem semelhante a nossa com uma média igual a 4,6.

Segundo Cezar e Marziale (2006), o local de trabalho é considerado pelos trabalhadores da saúde, como parcialmente seguro para o desenvolvimento de suas atividades. No entanto, essas autoras destacam que a maioria já sofreu algum tipo de violência no trabalho.

Contribuindo com essa questão, o Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) em uma publicação sobre "lugar de trabalho de qualidade e ambiente de prática favorável", ressalta, baseado no estudo de Wiegmann et al. (2002), que há pelo menos cinco elementos

gerais indicadores de um ambiente de trabalho seguro: o compromisso da organização; a participação da direção; a capacitação dos empregados; o sistema de remuneração; e o sistema de dependência hierárquica (CIE, 2007).

Neste sentido, a segurança na organização é tanto física como psicológica. Entre os aspectos físicos estão o fornecimento de equipamento adequado, a segurança das estruturas físicas, e um ambiente adequado para a prática profissional. O elemento psicológico de segurança inclui as recompensas para os empregados e exige que eles se sintam confortáveis a fazer perguntas, sem medo de represálias (CIE, 2007).

Quanto ao aspecto psicológico como algo que contribui para que o profissional sinta-se seguro, a literatura tem destacado a importância da existência na instituição de uma política de educação que incentive o desenvolvimento do profissional, assim como, a existência de um espaço para a discussão dos problemas da instituição, espaço este, que já deve estar incluso no planejamento das atividades (PALÁCIOS et al., 2002; CIE, 2007).

Nesse raciocínio, o Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) ressalta que cabe a direção do hospital a responsabilidade de propiciar um ambiente seguro, sendo capaz de identificar os riscos ocupacionais e, conseqüentemente, promover ações no sentido de eliminá-los. No entanto, todos os profissionais de saúde devem participar desse processo (CIE, 2007).

Sobre o sentimento de insegurança, identificado nos nossos resultados, acreditamos que possa estar relacionado à violência urbana presente nas proximidades da instituição, à vivência de violência pessoal e entre os colegas no ambiente de trabalho, e a identificação dos fatores de risco para a violência ocupacional na instituição.

Tabela 02 – Distribuição dos fatores de risco para a violência ocupacional segundo a opinião dos profissionais da equipe médica e de enfermagem.

| VARIÁVEIS | CATEGORIA PROFISSIONAL | | | | | | | |
|-------------------------|------------------------|-------|------------|--------|------------|-------|-------|-------|
| | Médico | | Enfermeiro | | Aux./Tec.* | | Total | |
| | N | %** | N | %** | N | %** | N | %** |
| Pacientes violentos | 82 | 66,13 | 17 | 65,38 | 54 | 56,84 | 153 | 62,45 |
| Acompanhantes violentos | 102 | 82,26 | 26 | 100,00 | 84 | 88,42 | 212 | 86,53 |
| Médicos violentos | 18 | 14,52 | 09 | 34,62 | 29 | 30,53 | 56 | 22,86 |

Fonte: HMWG – NATAL/RN, 2009. *Auxiliar/técnico de enfermagem; ** Resposta com mais de uma opção; O percentual de cada resposta foi calculado com base no número de profissionais de cada categoria.

(cont.)

Tabela 02 – Distribuição dos fatores de risco para a violência ocupacional segundo a opinião dos profissionais da equipe médica e de enfermagem.

| VARIÁVEIS | CATEGORIA PROFISSIONAL | | | | | | | |
|---|------------------------|-------|------------|-------|------------|-------|-------|-------|
| | Médico | | Enfermeiro | | Aux./Tec.* | | Total | |
| | N | %** | N | %** | N | %** | N | %** |
| Equipe de enfermagem violenta | 18 | 14,52 | 05 | 19,23 | 24 | 25,26 | 47 | 19,18 |
| Chefia violenta | 15 | 12,10 | 05 | 19,23 | 28 | 29,47 | 58 | 23,67 |
| Estrutura física inadequada | 96 | 77,42 | 19 | 73,08 | 64 | 67,37 | 179 | 73,06 |
| Falta de seguranças ou policiais | 80 | 64,52 | 13 | 50,00 | 68 | 71,58 | 161 | 65,71 |
| Falta de treinamento para lidar com a situação de violência | 71 | 57,26 | 15 | 57,69 | 62 | 65,26 | 148 | 60,41 |
| Longas filas de espera | 72 | 58,06 | 20 | 76,92 | 62 | 65,26 | 154 | 62,86 |
| Erro ou falha no atendimento prestado ao paciente | 42 | 33,87 | 12 | 46,15 | 50 | 52,63 | 104 | 42,45 |
| Equipe com escassez de trabalhadores | 82 | 66,13 | 17 | 65,38 | 61 | 64,21 | 160 | 65,31 |
| Outros | 13 | 10,48 | 00 | 65,38 | 05 | 5,26 | 18 | 7,35 |

Fonte: HMWG – NATAL/RN, 2009. *Auxiliar/técnico de enfermagem; ** Resposta com mais de uma opção; O percentual de cada resposta foi calculado com base no número de profissionais de cada categoria.

A Tabela 02 apresenta dados referentes à opinião dos profissionais de saúde sobre os principais fatores de risco para a violência ocupacional. Ressaltamos que os profissionais podiam assinalar todos os fatores que considerasse pertinente, sendo assim, o percentual foi calculado individualmente para cada fator.

Nesse sentido, os acompanhantes se destacam como principal fator de risco, sendo considerado por 212 profissionais (86,53%), seguido da estrutura física por 179 (73,06%), da falta de segurança ou Policiais por 161 (65,71%), da equipe com escassez de trabalhadores por 160 (65,31%), das longas filas de espera por 154 (62,85%), dos pacientes por 153 (62,45%) e da falta de treinamento sobre como lidar em situação violência 148 (60,41%). Todos estes, foram considerados fatores de risco para a violência ocupacional por mais de 50% dos profissionais.

Embora tenham sido considerados como um fator de risco para a violência ocupacional por um menor percentual de profissionais, a própria equipe de saúde também foi apresentado como um importante fator de risco. Nesse sentido, a chefia, os médicos e a equipe de enfermagem, foram considerados como fator de risco por 58 (23,67%), 56 (22,86%) e 47 (19,18%) dos profissionais, respectivamente. Esses achado são confirmados na literatura, como podemos observar nos estudos apresentados a seguir.

Alguns autores atribuem a violência produzida pelos pacientes e acompanhantes às características individual destes tais como, drogados, presidiários, alcoólatras e afetados por problemas psíquicos, além de um alto nível de ansiedade com desequilíbrio emocional e falta de paciência em aguardar atendimento (DI MARTINO, 2002; MORENO, 2004; CEZAR, 2005; XAVIER et al., 2008).

Somado as características já apresentadas, Santos Júnior e Dias (2005) ressaltam, que a maioria dos episódios de violência praticada, por parte dos pacientes e acompanhantes, ocorrem em virtude da insatisfação destes com o atendimento prestado pelos serviços de urgência, principalmente no que se refere ao acolhimento que os pacientes recebem quando procuram essas unidades.

Nesse sentido, no estudo realizado por Moreno (2004), 36% da equipe de enfermagem referiu ter sido agredido devido a frustrações dos pacientes e acompanhantes com o serviço, em virtude da longa espera no atendimento, falta de recursos humanos suficientes para atender a demanda, falta de medicamentos entre outros.

Segundo Paravic, Valenzuela e Burgos (2004), os pacientes podem tornar-se violentos quando notam má qualidade nos serviços ou falta de compromisso dos profissionais, ou ainda, quando percebem que os seus direitos estão sendo negados.

Kaiser e Bianchi (2008) acrescentam que o comportamento agressivo por parte dos pacientes e acompanhantes é gerado pelo ir e vir de um serviço a outro sem resolutividade, somado à pouca vontade no atendimento ou a própria falta de uma política institucional, que, culminando com a palavra “não”, torna-se a “gota d’água”.

Em relação à estrutura física como um fator de risco para a violência ocupacional, foram encontrados resultados semelhantes aos nossos, em um estudo realizado em Londrina (PR), com 47 profissionais da equipe médica e de enfermagem, sobre violência ocupacional em um serviço de urgência. Foi identificado que a maioria dos profissionais 32 (68,4%), também consideraram que o ambiente físico contribuía para a violência ocupacional (CEZAR, 2005).

Nesse mesmo estudo, a falta de pessoal treinado para lidar com situações de violência e a sobrecarga de demanda de pacientes atendidos foram considerados como fatores de risco, por 48,9% e 46,8% dos profissionais de saúde, respectivamente (CEZAR, 2005).

Deslandes et al. (2007) discorrendo sobre os fatores que contribuem para violência nos serviços de urgência, afirmam que esses serviços sofrem problemas crônicos de superlotação, invasão de demanda ambulatorial, e de municípios vizinhos menos aparelhados e com insuficiência de pessoal. Acrescenta ainda como fator da superlotação a falta de articulação intra-hospitalar. Da mesma forma observa-se que em alguns hospitais há falta de equipe completa, como anestesista, ortopedista ou outra especialidade, indispensáveis para o bom andamento desses serviços.

No contexto no qual realizamos o nosso estudo, a falta de profissionais ou o número reduzido de profissionais, somado a uma infraestrutura precária é um problema estrutural organizacional tem contribuído para a manutenção da violência ocupacional no setor da saúde.

Nesse sentido, o Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) em uma publicação sobre “lugar de trabalho de qualidade e ambiente de prática favorável”, ressalta que boas condições de trabalho, é um fato imprescindível para a retenção dos profissionais no serviço (CIE, 2007). Por esta razão, a falta de profissionais pode está relacionada às más condições de trabalho, o que inclui a violência ocupacional como um fator crucial (JACKSON; CLARE; MANNIX, 2002).

Discutindo a respeito da escassez de trabalhadores, Di Martino (2002) destaca que essa deficiência é sentida mais no horário noturno, quando o profissional às vezes é obrigado a atender o paciente sozinho, produzindo longas filas de espera o que irritando a ele e seus familiares. O autor ressalta ainda, que esse déficit no número de trabalhadores afeta tanto a estrutura do serviço, quanto a qualidade da assistência, o que parece levar ao aumento da violência no setor.

Ainda falando dos fatores organizacionais que podem contribuir com a violência no ambiente de trabalho, como a superlotação, a falta de pessoal, e excesso de trabalho dos profissionais, Cezar (2005) e Costa e Marziale (2006) afirmam que a falta de tempo para dedicar à assistência direta, tem sido considerada um fator de grande importância na gênese da violência ocupacional nos serviços de urgência.

Contribuindo com essa afirmação, em um estudo realizado por Farrell, Bobrowisk e Bobrowisk (2006), sobre violência na Enfermagem, quando questionados sobre os maiores fatores de risco para a violência ocupacional, 58,8% dos enfermeiros declararam a falta de tempo suficiente para completar tarefas ou apoio aos pacientes.

Nesse raciocínio Costa e Marziale (2006) afirmam que a falta de tempo para o desenvolvimento das atividades leva os profissionais a cometerem omissão, imperícia, negligência, negação de informações e orientações, constituindo uma violência contra o paciente, que pode se transformar também em violência contra o profissional.

Nesse sentido, Camerino et al. (2008), fizeram um estudo com oito países da União Européia, cujos resultados sugerem que as condições estruturais e organizacionais do trabalho facilitam a ocorrência de violência ocupacional. Quando analisada a fonte geradora de violência e comparada aos outros países, a Polônia se destacou. Os autores justificam que este país apresenta um menor número de profissionais com baixo nível de qualificação, sendo, portanto, identificado com tendo a maior proporção de violência ocupacional entre superiores e colegas.

Quanto a essa questão apresentada, o Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) se posiciona mostrando a necessidade de que os gerentes dos sistemas e serviços de saúde têm de assegurar recursos financeiros suficientes para suprir o número adequado de profissionais (CIE, 2007).

Concordando com os nossos achados, quanto aos profissionais da saúde serem um fator de risco, em pesquisa realizada na Tasmânia (Austrália), 24,5% dos enfermeiros citou a falta de apoio ou conflito com enfermeiros, médicos como importante fator de risco para a violência ocupacional (FARRELL; BOBROWISK; BOBROWISK, 2006).

Contrapondo os nossos resultados Cezar (2006), desenvolveu uma pesquisa em Londrina (PR) buscando os fatores de risco que podem contribuir para a violência ocupacional. Dos 47 profissionais investigados, 4,3% considerara os médicos e chefia em geral com fator de risco seguido pela enfermagem com 2,1%.

Nesse contexto, um dos achados mais fortes encontrados por Camerino et al. (2008) numa pesquisa realizada em oito países da União Européia, sobre fatores de risco para violência entre enfermeiros, foi que quanto maior a frequência de exposição ao assédio tanto de superiores como dos colegas, menor a qualidade do relacionamento interpessoal com estes. Sobre essa temática, Di Martino (2002) ressalta que ao analisar o risco de vitimização, é relevante considerar também a atitude e personalidade do trabalhador.

Ainda na Tabela 02 quando investigamos acerca de outros fatores que podem contribuir com a violência ocupacional, 18 profissionais (7,35%) atribuíram como fatores de riscos, aqueles relacionados às questões sociais, gestão dos serviços públicos e compromisso individual de cada profissional.

Contribuindo com essa discussão, Di Martino (2002) acrescenta que somado às condições estruturais e organizacionais existem também os fatores sociais, como falta de informações e a pouca disponibilidades de recursos financeiros na área da saúde.

Nesse mesmo pensamento Cezar e Marziale (2006) consideram que na opinião da maioria dos profissionais, essa violência é motivada pelas precárias condições de atendimento ao público devido às péssimas condições de trabalho e à desigualdade social vigente no país.

Toda essa discussão nos remete a confirmar a complexidade de fazer um estudo sobre os fatores de risco da violência ocupacional. Nesse pensamento, Pires D'Avila, Oliveira e Goldbum (2004) ressaltam que ainda não se chegou a um consenso sobre as verdadeiras raízes da violência. No entanto, embora não sejam conhecidas na sua plenitude, é possível identificar muitos fatores desencadeantes desse fenômeno.

Desse modo, não podemos pensar em medidas isoladas na tentativa de amenizar esse problema a partir da análise de suas causas. É necessário um conjunto de ações que englobem os profissionais de saúde, gestores públicos e dos serviços de saúde assim como a comunidade por meio dos seus diversos segmentos.

A Tabela 03 a seguir apresenta os dados referentes à participação em treinamentos sobre como agir diante de episódios de violência ocupacional.

Tabela 03 – Distribuição dos profissionais da equipe médica e de enfermagem, segundo participação em treinamentos sobre como agir diante de episódios de violência ocupacional.

| VARIÁVEIS | CATEGORIA PROFISSIONAL | | | | | | | |
|------------------------|------------------------|------|------------|------|------------|------|-------|------|
| | Médico | | Enfermeiro | | Aux./Tec.* | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Sim, durante formação | 03 | 2,42 | 01 | 3,85 | 03 | 3,16 | 07 | 2,86 |
| Sim, neste hospital | 00 | 0,00 | 00 | 0,00 | 05 | 5,26 | 05 | 2,04 |
| Sim, em outro hospital | 01 | 0,81 | 01 | 3,85 | 04 | 4,21 | 06 | 2,45 |

Fonte: HMWG – NATAL/RN, 2009. * auxiliar/técnico de enfermagem.

(cont.)

Tabela 03 – Distribuição dos profissionais da equipe médica e de enfermagem, segundo participação em treinamentos sobre como agir diante de episódios de violência ocupacional.

| VARIÁVEIS | CATEGORIA PROFISSIONAL | | | | | | | |
|---------------------|------------------------|---------------|------------|---------------|------------|------------|------------|---------------|
| | Médico | | Enfermeiro | | Aux./Tec.* | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Sim, em outro lugar | 02 | 1,61 | 01 | 3,85 | 02 | 2,11 | 05 | 2,04 |
| Nunca participou | 118 | 95,16 | 23 | 88,46 | 81 | 85,26 | 222 | 90,61 |
| Total | 124 | 100,00 | 26 | 100,00 | 95 | 100 | 245 | 100,00 |

Fonte: HMWG – NATAL/RN, 2009. * auxiliar/técnico de enfermagem.

Na Tabela 03, podemos observar que 222 (90,39%) profissionais nunca participaram de treinamento sobre como agir diante de situações de violência no ambiente de trabalho. Quanto ao local onde ocorreu esse treinamento, observamos que não houve grande diferença, no entanto, destacamos que 07 (2,86%) profissionais tiveram esse treinamento durante a formação e 06 (2,42%) em outro hospital.

Dados semelhantes aos encontrados em nossa pesquisa, foram identificados por Cezar (2005), em Londrina (PR). Pois, dos 47 profissionais das equipes médica e de enfermagem, 37 (78,7%) não receberam treinamento. A autora acrescenta que não existiu diferença significativa entre as variáveis, categoria profissional e treinamento, para situações de violência.

Ryan e Maguire (2006), em um estudo realizado na Irlanda (Europa), com 80 enfermeiros de um serviço de emergência, detectaram que 32% desses profissionais afirmaram ter formação sobre gestão da violência. Deste modo, esse resultado demonstra que a formação necessita ser permanente e alcançar um maior número de funcionários.

Entretanto, em um outro estudo realizado com a equipe de enfermagem do setor de urgência por Ergun e Karadakovan (2005), em Izmir (Turquia), foi identificado que nenhum dos participantes recebeu formação sobre essa temática, na instituição de trabalho.

Nesse contexto, as autoras citadas ressaltam que na educação da Enfermagem a segurança do paciente tem sido prioridade, deixando de lado a segurança do profissional. No entanto, com o aumento da violência na sociedade é inevitável que o risco ocupacional da Enfermagem ocorra. Sugerem que a administração hospitalar e da Enfermagem devem firmar esforços no sentido de proporcionar programas de educação e formação continuada levando

ao conhecimento de temas sobre segurança pessoal e de como agir diante de um ato violento, visando a prevenção desses eventos (ERGUN; KARADAKOVAN, 2005).

Lancman et al. (2009) acrescentam a essa discussão, que os profissionais aprendem, na própria experiência acumulada, a detectar situações de risco evitando aquelas que acreditam serem ameaçadoras.

Ferns e Meerabeau (2008) fizeram uma pesquisa sobre o abuso verbal contra estudantes de enfermagem, identificando que este é um problema vivenciado não apenas com os profissionais, mas que já se inicia durante a formação profissional. Diante deste fato, essas autoras dentre as principais recomendações, sugerem que já durante a formação, os alunos discutam sobre esse problema, preparando-os para lidar com os abusos verbais.

Concordando com essa realidade, Cezar (2005) afirma que os trabalhadores da saúde, de nível técnico ou graduação, não estão sendo preparados durante a formação profissional para lidar com a situação de atos violentos.

Nesse mesmo raciocínio, Palácios e Rego (2006) ressaltam a necessidade de que os cursos na área da saúde e demais espaços de ensino, associações docentes, sindicatos, diretórios acadêmicos, diretores de instituições, e outros profissionais dessas áreas, tenham uma posição clara sobre o enfrentamento da violência no espaço de trabalho.

Discutindo essa questão, a American Psychiatric Nurses Association (APNA) ressalta que até o ano de 2008, na realidade dos EUA, não existiam normas nacionais para a formação do pessoal no domínio da prevenção e gestão da violência ocupacional. Nesse contexto, dada a dimensão e significado de violência no ambiente hospitalar, é curioso e preocupante que os treinamentos variem muito em termos de conteúdo e processo, no entanto, falta uma base empírica (APNA, 2008).

Ainda conforme esse mesmo órgão, a educação para os profissionais de saúde sobre violência ocupacional deve incluir no mínimo, a definição de violência ocupacional com identificação dos tipos causas e consequências, sinais precoces e fatores de risco; sistema de segurança e alarmes; comunicação terapêutica e gestão de conflitos; formas de controlar os pacientes agressivos, conceitos jurídicos e éticos relacionados a violência no trabalho (APNA, 2008). Além dos autores já citados, muitos outros ressaltam a necessidade de capacitar os trabalhadores para o enfrentamento de situações críticas e prevenção dos atos violentos (PALÁCIOS; REGO, 2006; RYAN; MAGUIRE, 2006; CEZAR; MARZIALE, 2006; CAMERINO et al., 2008; FERNS; MEERABEAU, 2008; APNA, 2008; KAISER; BIANCHI, 2008; XAVIER et al., 2008).

Segundo Kaiser e Bianchi (2008), o trabalho em saúde requer uma necessidade constante de se rever e reaprender o sentido da atuação. Sendo assim, o desenvolvimento da consciência crítica e reflexiva sobre o modo como as pessoas se relacionam, é um fator que está à disposição do profissional, podendo intervir e atenuar situações de confronto com pacientes e pares no contexto da saúde.

A seguir apresentaremos o Gráfico 03, com dados sobre os tipos de violência sofrida pelos profissionais, participação da equipe médica e de enfermagem em treinamento.

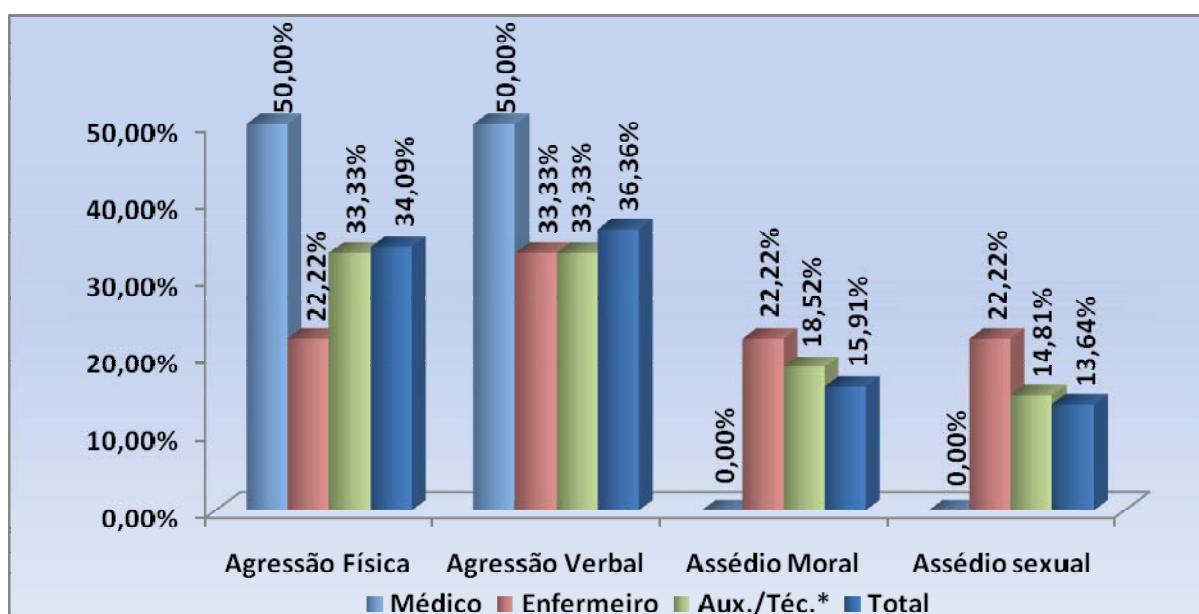


Gráfico 03 - Distribuição dos profissionais da equipe médica e de enfermagem, segundo tipo de violência, e participação em treinamento.

Fonte: HMWG - NATAL/RN, 2009. * auxiliar/técnico de enfermagem.

No Gráfico 03, podemos observar que os tipos de violência mais abordados nos treinamentos foram a agressão verbal e física, sendo consideradas por 16 (36,36%) e 15 (34,09%) profissionais, respectivamente. Destacamos também, que nenhum médico recebeu treinamento sobre assédio moral ou sexual.

Ressaltamos, que dentre as pesquisas analisadas, nenhum investigou o tipo de violência no que se referia o treinamento vivenciado pelos profissionais. Desse modo, identificamos que os pesquisadores têm investigado apenas se os profissionais têm ou não participado de alguma forma de educação sobre a temática, mas não questionam o tipo de violência aborda.

No entanto, após analisar nossos resultados, acreditamos que uma justificativa para essa abordagem sobre a violência física e verbal, esteja relacionada a uma melhor sensibilização, e, conseqüentemente, a uma maior atenção é voltada para estes eventos.

Quanto à violência física, essa atenção ocorre pelo fato desse tipo de violência apresentar conseqüências imediatas com marcas visíveis (LIMA, 2007; APNA, 2008). Corroborando este pensamento, Palácios et al. (2002) acrescentam que a violência física é muito mais visível porque tem uma expressão penal.

Porém em relação a verbal, acreditamos não haja muita discussão sobre esta temática, pelo fato deste tipo de violência não ser comumente vivenciada no ambiente de trabalho (JACKSON; ASHLEY, 2005; LEUNG et al., 2006). No entanto, é imprescindível afirmar a importância de se capacitar os profissionais quanto a todos os tipos de violências independente da frequência ou das suas conseqüências.

Essa importância se dá em virtude de que, segundo Lanza; Zeiss e Rierdan (2006) e Tomei et al. (2007), os vários tipos de violência apresentam relações muito complexas, de modo que um tipo de violência considerada “mais simples” poderá desencadear outras manifestações violentas, agravando o problema.

O Gráfico 04 apresentado a seguir, refere-se ao conhecimento dos profissionais das equipes de enfermagem e médica sobre a existência de um procedimento estabelecido pela instituição para o relato de violência ocupacional.

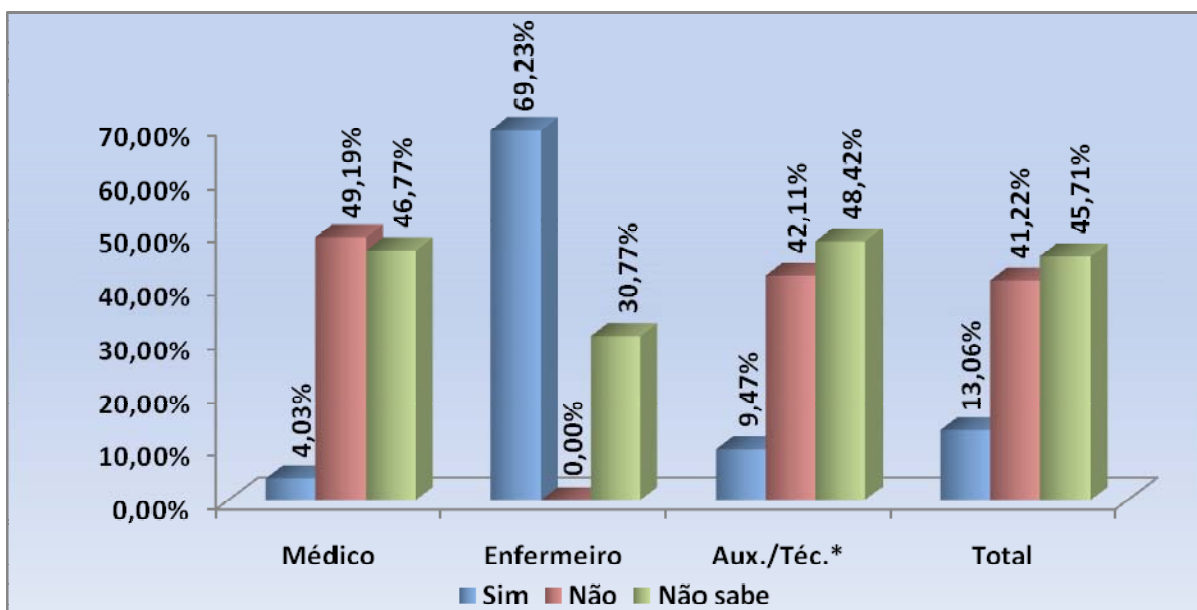


Gráfico 04 - Distribuição dos profissionais da equipe médica e de enfermagem, segundo o conhecimento da existência de procedimento para relato de violência ocupacional na instituição.

Fonte: HMWG – NATAL/RN, 2009. * auxiliar/técnico de enfermagem.

Observamos que dos 112 (45,71%) profissionais disseram não saber se existe um procedimento, ou seja, um protocolo instituído pelo hospital para o relato dos episódios de violência e 101 (41,22%) afirmaram não existir (Gráfico 04). Destacamos porém, que 32 (13,06%) profissionais confirmaram a existência de um procedimento instituído para o registro de violência. No entanto, é provável que esses profissionais que afirmaram a existência desse procedimento, referiram-se aos prontuários, livros de ocorrências ou Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), e não a um procedimento instituído, ou seja, um protocolo estabelecido pela instituição próprio para a notificação desse fenômeno.

Coerente com esses achados, Palácios et al. (2002) e Moreno (2004) afirmam que no Brasil, não existe um instrumento próprio para a notificação de todas as formas de violência no ambiente de trabalho na realidade na qual desenvolveu sua pesquisa. Esses eventos são registrados normalmente na Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), nos Boletins de Ocorrência Policial (BO) e nas anotações de enfermagem em prontuários de pacientes ou em livros de ocorrências.

Neste sentido, Moreno (2004) destaca que essas fontes de notificação, não mostram a magnitude do problema, uma vez que pelas CATs são registradas apenas as agressões físicas; e os Boletins de Ocorrência (BO) e anotações nem sempre são feitos. Isto ocorre muitas vezes pela desvalorização do problema, pois é considerado muitas vezes como algo natural e que faz parte do trabalho.

Cezar (2005) reforça essa realidade, quando diz que especificamente em Londrina (PR), a violência sofrida pelos profissionais, são registradas por meio de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). Ressalta, também, que no período de sete anos foram notificados apenas oito episódios, sendo todos de agressão física.

Ergun e Karadakovan (2005) fizeram um estudo em quatro hospitais em Izmir (Turquia), e evidenciaram que não havia nenhum sistema de registro para as ocorrências de violência. Os autores acrescentam que só recentemente, a questão da violência contra os profissionais de saúde recebeu uma maior atenção.

No entanto, como uma ação inovadora, na Bolívia em 2005, foi implantado no setor da saúde em nível nacional, um projeto piloto de um sistema específico para notificação de violência ocupacional, o “Notificación de Incidente Violento” (NIV). Esse sistema foi implantado em 38 distritos sanitários cuja notificação é feita via internet (ORTEGA; ESPINOSA; RIBAS, 2008).

No citado país (Bolívia), após a implantação desse sistema de notificação, durante o processo de avaliação entre 2005 e março de 2007, foram registrados 501 ocorrências. Para os pesquisadores, os resultados preliminares reafirmam a importância do problema investigado e ratificaram as tendências observadas por outros estudos locais e internacionais, além de assinalarem elementos chaves para intervenções e investigações nesse campo (ORTEGA; ESPINOSA; RIBAS, 2008).

Nesse contexto, é importante ressaltar, que segundo as recomendações da American Psychiatric Nurses Association (APNA) cada instituição de Saúde deve estabelecer e manter um programa abrangente para a prevenção, informação e gestão de todos os tipos de violência no trabalho (APNA, 2008).

5.4 DADOS REFERENTES À VIOLÊNCIA OCUPACIONAL SOFRIDA PELOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE MÉDICA E DE ENFERMAGEM

Nesse tópico, apresentaremos os dados das questões referentes à experiência pessoal, em relação ao profissional ter sido vítima de violência ocupacional e o tipo de violência sofrida, nos últimos 12 meses.

No Gráfico 05, são apresentados os profissionais por categoria, quanto a ter sido vítima ou não de violência ocupacional.

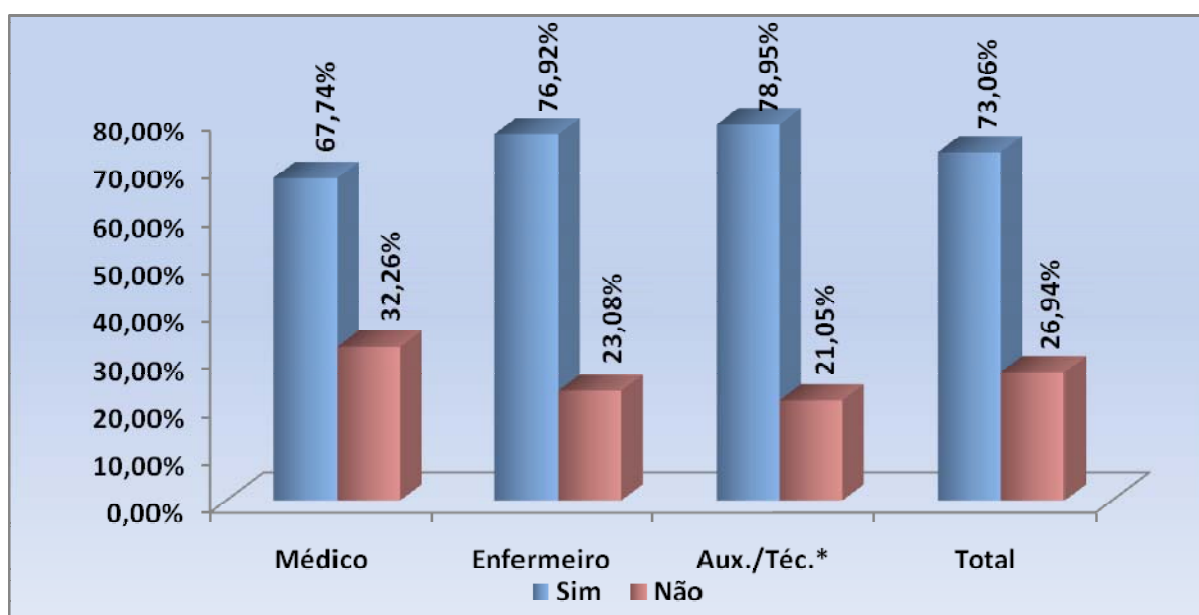


Gráfico 05 - Distribuição dos profissionais da equipe médica e de enfermagem, quanto a ter sofrido ou não violência ocupacional.

Fonte: HMWG – NATAL/RN, 2009. * auxiliar/técnico de enfermagem.

No Gráfico 05 podemos observar que dos 245 profissionais pesquisados, 179 (73,06%) sofreram violência ocupacional, nos últimos 12 meses de trabalho. Quando analisados por categoria, observamos que os auxiliares/técnicos de enfermagem, foi a categoria que mais sofreu violência 75 (78,95%), seguido dos enfermeiros com 20 (76,92%) e dos médicos com 84 (67,64%) profissionais.

Neste sentido, em Londrina (PR), Cezar (2005) realizou um estudo sobre a violência ocupacional em um serviço de urgência com uma população de 14 médicos e de 33 profissionais da equipe de enfermagem. Nessa pesquisa, 89,4% de todos esses profissionais foram vítimas de violência ocupacional no decorrer dos 12 meses que antecederam a pesquisa. Analisando por categoria, o pesquisador identificou que essa violência foi vivenciada por 100% dos enfermeiros, 88,9% dos técnicos de enfermagem, 88,2% dos auxiliares de enfermagem e 85,7% dos médicos.

Em Belo Horizonte (MG), de uma população de 162 médicos que trabalhavam em Unidades de Pronto Atendimento, 135 (83,3%) relataram em uma investigação, que sofreram pelo menos um episódio de violência no trabalho nos 12 meses anteriores a pesquisa (SANTOS JÚNIOR; DIAS, 2005).

No Rio de Janeiro (RJ), dos 1.569 profissionais de várias categorias profissionais além da equipe médica e de enfermagem analisados na pesquisa de Palácios et al. (2002), 47% informaram terem sido vítimas de algum tipo de violência ocupacional, nos últimos 12 meses de trabalho.

Na Tasmânia (Austrália), Farrell, Bobrowski e Bobrowski (2006), fizeram uma pesquisa entre 2.407 profissionais da Enfermagem, com o objetivo de identificar a ocorrência de agressão sofrida no trabalho. Desse total, 63,5% relataram que experimentaram violência ocupacional nas quatro últimas semanas de trabalhando, antes de participarem do estudo.

Em Hong Kong (China), a partir de um estudo com 420 profissionais da equipe de enfermagem do hospital universitário da faculdade de medicina, foi identificada que a prevalência de violência ocupacional durante o ano anterior ao estudo, foi de 76,2% (LEUNG et al., 2006).

No relatório feito por Di Martino (2002), envolvendo várias organizações internacionais como a OIT/CIE/OMS/PSI, foi apresentado a prevalência da violência ocupacional, baseado em estudos com profissionais de saúde de vários países. O autor ressalta que mais da metade da população, informou ter experimentado pelo menos um incidente de violência física ou psicológica, no ano anterior, sendo 75,8% na Bulgária (UE), 67,2% na

Austrália (Oceania), 61% na África do Sul (África), 60% no complexo de Centros de Saúde em Portugal (UE), 54% na Tailândia (Ásia) e 47 % no Brasil (América Latina).

Desse modo, essas pesquisas nos mostram, que a violência ocupacional é um problema de abrangência mundial e que afeta a maioria dos profissionais de saúde. Nesse contexto, nossos resultados não são diferente, o que nos remete a necessidade de intervenções voltadas para a resolução dessa questão também em nossa realidade.

Quanta a violência ocupacional por categoria profissional, a literatura mostra que dentre os entrevistados, os mais vulneráveis à violência física ou psicológica, são os da Enfermagem (JACKSON; ASHLEY, 2005; MERECZ et al., 2006; CAMERINO et al., 2008).

No Gráfico 06, apresentaremos a distribuição dos profissionais por cada tipo de violência sofrida. É importante ressaltar que, como em nosso instrumento pesquisamos cada tipo de violência separadamente, o mesmo profissional pode ter referido que foi vítima de mais de um tipo de violência.

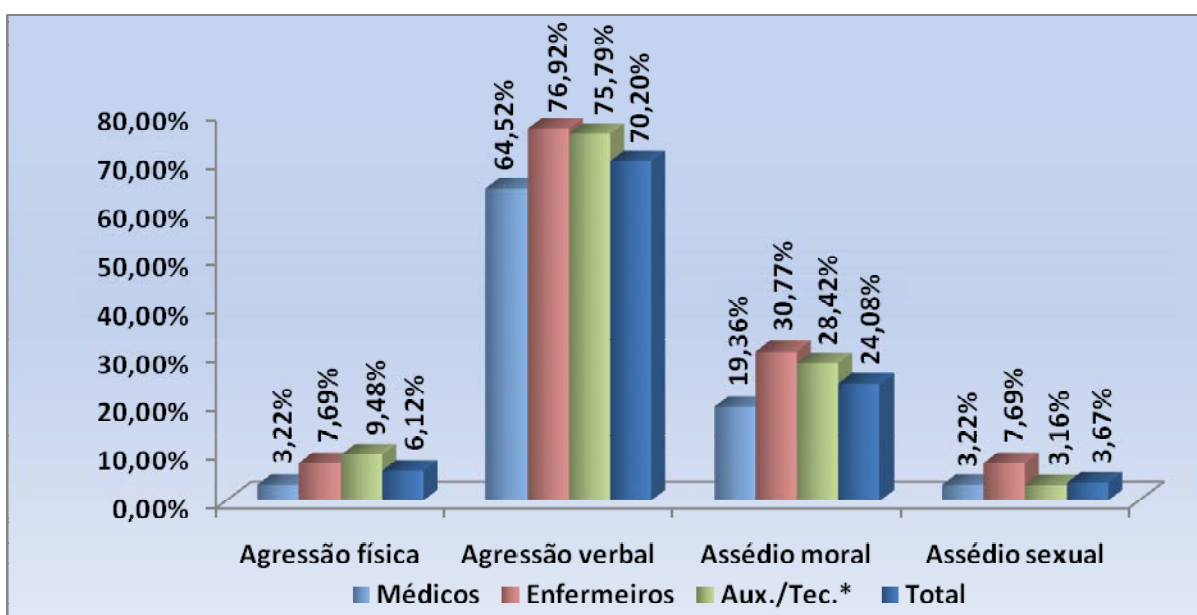


Gráfico 06 - Distribuição das equipes de enfermagem e médica, segundo o tipo de violência ocupacional sofrida nos últimos 12 meses de trabalho.

Fonte: HMWG – NATAL/RN, 2009. * auxiliar/técnico de enfermagem.

O percentual foi calculado com base no número de profissionais de cada categoria profissional; o mesmo profissional pode ter sido vítima de mais de um tipo de violência.

No Gráfico 06, ao analisarmos os dados referentes a todas as categorias estudadas, a agressão verbal foi a mais frequente, sendo vivenciada por 172 (70,20%) profissionais, seguida pelo assédio moral, com 59 (24,08%).

Confirmando esses achados, vários estudos, evidenciam que a agressão verbal, é o tipo de violência ocupacional mais frequente (PALÁCIOS et al., 2002; MORENO, 2004; CEZAR, 2005; JACKSON; ASHLEY, 2005; ERGÜN, KARADAKOVAN, 2005; FARRELL; BOBROWSKI; BOBROWSKI, 2006; RYAN; MAGUIRE, 2006; MERECZ et al., 2006; LEUNG et al., 2006).

Nos estudos realizados por Palácios et al. (2002); Jackson e Ashley (2005) e Leung et al. (2006), o assédio moral foi o segundo tipo de violência mais frequente, o que também assemelha-se aos nossos achados. Divergindo dos nossos resultados, no estudo realizado por Moreno (2004), a agressão física superou o número de assédio moral.

No entanto, é oportuno lembrar que atos de assédio moral podem ser muitas vezes encobertos e sutis, tornando-os difícil de serem reconhecidos como agressão (JOHNSON, 2009). Esse fato nos remete à possibilidade de que este tipo de violência possa ter uma prevalência bem maior que apresentada em nossos achados.

No que se refere ao tipo de violência por categoria profissional, observamos no Gráfico 06, que os técnicos/auxiliares de enfermagem foram as principais vítimas de agressão física, sendo este evento vivenciado por 9 (9,48%) profissionais. Os enfermeiros foram as principais vítimas tanto da agressão verbal como do assédio moral e sexual, sendo esses tipos de violência o mais presente entre estes profissionais 20 (76,92%), 8 (30,77%) e 2 (7,67%) enfermeiros, respectivamente para cada tipo de violência. Desse modo, podemos observar que a violência ocupacional varia dependendo da categoria profissional e do tipo de violência, sendo a equipe de enfermagem aparentemente mais vulnerável a esse fenômeno.

Em consonância com os nossos achados, Xavier et al. (2008) realizaram um estudo sobre a temática em discussão com profissionais de saúde do Rio de Janeiro (RJ), encontraram um maior percentual de assédio moral na categoria dos enfermeiros, quando comparados aos auxiliares/técnicos de enfermagem. Segundo esses autores, o número desse tipo de violência relatado pelos enfermeiros, pode ser atribuído a maior disputa de poder, levando a conflitos mais frequentes entre profissionais de nível superior.

Uma das razões que supomos contribuir para que os auxiliares/técnicos de enfermagem sejam as principais vítimas de agressão física, é o fato de que estes profissionais são os que mantêm um contato mais prolongado com os pacientes e acompanhantes, por conseguinte ficam mais vulneráveis a estes eventos. Nesse sentido, no estudo realizado sobre violência ocupacional com profissionais da saúde, no Rio de Janeiro (RJ), independente da categoria profissional, revelou o grupo que tem mais contato físico, apresentou maior índice de

violência quando comparados àqueles que não têm essa aproximação (PALÁCIOS et al., 2002).

Nesse raciocínio, Leung et al. (2006) afirmam que o fato da Enfermagem ser o grupo de profissional de maior risco de violência está relacionado ao maior contato desses profissionais com os pacientes e familiares.

Camerino et al. (2008), ao fazer uma análise comparativa nas culturas de várias nações, identificaram que a incidência da violência no ambiente de trabalho, varia de país para país, e depende das condições específicas de cada local de trabalho e da metodologia utilizada no estudo.

Em relação a esta temática específica, no Brasil tivemos acesso a quatro pesquisas que apresentam a incidência da violência ocupacional por tipo de violência, com profissionais da saúde. Dentre elas destacamos uma realizada no Rio de Janeiro (RJ), com 1.569 profissionais da saúde de várias categorias, sobre a violência ocupacional vivenciada nos últimos 12 meses de trabalho a violência mais comumente relatada foi a agressão verbal com uma percentual de 39,5% profissionais. O assédio moral foi o segundo tipo de violência mais vivenciado sendo relatada por 15,2% dos profissionais, seguido da agressão física por 6,4%, e do assédio sexual por 5,7% (PALÁCIOS et al., 2002).

Nesse mesmo estudo, realizado no Rio de Janeiro (RJ), é apresentado a prevalência das vítimas de cada tipo de violência por categoria profissional. Nesse sentido, as principais vítimas de agressão física foram os auxiliares/técnicos de enfermagem (12%), seguido pelos enfermeiros (9,9%) e pelos médicos (5,7%). Os enfermeiros apresentaram maiores frequências de abuso verbal (54,5%) e de assédio moral (20%). Os médicos foram os que mais sofreram assédio sexual (8,1%) (PALÁCIOS et al., 2002).

Em Campinas (SP), numa pesquisa sobre violência e capacidade para o trabalho, realizada com 269 profissionais da equipe de enfermagem de cinco Centros de Saúde e de um hospital de emergência, foi encontrado que 87,7% desses profissionais sofreram agressão verbal, 20,2% agressão física, 17,8% assédio moral e 11,8% assédio sexual, no decorrer dos últimos doze meses de trabalho (MORENO, 2004).

Em outro estudo, realizado em Londrina (PR), sobre a violência ocupacional com 14 profissionais da equipe médica e 33 da Enfermagem, em um serviço de urgência, detectou que a agressão verbal foi relatada por 28 (93,3%) profissionais da equipe de enfermagem e 12 (85,7%) médicos. O autor destaca que o assédio moral foi mais evidente na equipe de enfermagem (CEZAR, 2005).

Em Belo Horizonte (MG), em estudo realizado com 162 médicos que trabalham em Unidades de Pronto Atendimento, 3 (1,85%) foram vítimas de agressão física no trabalho nos 12 meses anteriores à realização do estudo (SANTOS JÚNIOR; DIAS, 2005).

Na Jamaica (África), em um estudo com 832 funcionários da saúde de instituições públicas e privadas, em todos os níveis de atenção, localizadas na zona urbana e rural, foi encontrado que nos últimos 12 meses, 38,6% dos profissionais sofreram abuso verbal, 12,4% assédio moral, e 7,7% violência física (JACKSON; ASHLEY, 2005).

Na Irlanda (Europa), foi feita uma investigação no setor de emergência com 37 enfermeiros, e os autores encontraram que durante o mês anterior à pesquisa, 33 (89,2%) profissionais haviam sofrido agressão verbal, 8 (22,9%), agressão física do tipo moderada e 1 (2,86%) agressão física grave. Destacam também que nessa população foram relatados 4 (11,8%) casos de assédio sexual (RYAN; MAGUIRE, 2006).

Em Lodz (Polônia) foi realizada uma pesquisa com 78 enfermeiros da psiquiatria e 335 enfermeiros que trabalhavam em outros setores. Foi observado que nos últimos doze meses, 100% dos enfermeiros da psiquiatria e 89,6% dos enfermeiros que exerciam suas atividades em outros setores sofreram agressão verbal manifestas por gritos. A agressão física foi vivenciada por 79,5% dos enfermeiros da psiquiatria e por 20,6% daqueles que trabalhavam em outros setores (MERECH et al., 2006).

Em Hong Kong (China), a partir de um estudo com 420 profissionais da equipe de enfermagem do hospital universitário da faculdade de medicina, prevaleceu a agressão verbal (73%), seguidos do assédio moral (44%), abuso físico (18%) e do assédio sexual (10%) (LEUNG et al., 2006).

Na Suíça (Europa) em pesquisa realizada com 165 enfermeiros que atuavam na psiquiatria, foi identificado que 144 (90,6%) tinham sofrido agressão física pelo menos uma vez na sua carreira profissional (NEEDHAM et al., 2005b).

Na Inglaterra (Europa) Ferns e Meerabeau (2008), realizaram uma pesquisa com 114 alunos de enfermagem de uma universidade cujo resultado demonstrou que 45,1% sofreram abuso verbal.

Em Izmir (Turquia), Ergün e Karadakovan (2005) fizeram um estudo com 66 enfermeiros do setor de urgência e emergência, sendo que um dos objetivos foi determinar a incidência de violência enfrentada por esses profissionais. Nesse sentido, esses autores encontraram que 98,5% dos enfermeiros haviam experimentado agressão verbal e 19,7% agressão física. As autoras ressaltam que essa prevalência relativamente elevada foi

provavelmente devido ao fato do instrumento incluir a experiência de toda carreira profissional.

Em Minnesota (EUA), foi realizada uma pesquisa com 4.918 profissionais de enfermagem, com o objetivo de identificar a magnitude e o potencial de fatores de risco para a violência dentro da Enfermagem. Neste estudo, foi encontrado que 38,8% sofreram violência psicológica e 13,2% física (GERBERICH et al., 2004).

Outro estudo realizado nos serviços de saúde da Nova Inglaterra e Midwestern (EUA), foi identificado que 72,8% dos profissionais foram vítimas de violência psicológica e 21,3% física. No entanto, os autores ressaltam que há uma variação da gravidade dentro de cada tipo de violência. A violência física variou entre menos de 1% com utilização de armas e 13% sofreram empurrões (LANZA; ZEISS; RIERDAN, 2006).

Nessa discussão, Contrera-Moreno (2004), ressaltam que mensurar a extensão da violência no ambiente de trabalho é algo muito complexo, uma vez que há uma série de impedimentos. Dentre os problemas mais comuns, destacam a falta de consistência sobre a definição do conceito de violência na literatura, e inclusive por parte das vítimas, o que dificulta o diagnóstico da realidade. Outros impedimentos são os métodos empregados para mensurar a prevalência desse evento no ambiente de trabalho, uma vez que estes não abrangem a totalidade dos casos de violência.

O Gráfico 07 apresenta o número de vezes que os profissionais da equipe médica e de enfermagem foram vítimas de acordo com o tipo de violência nos últimos doze meses.

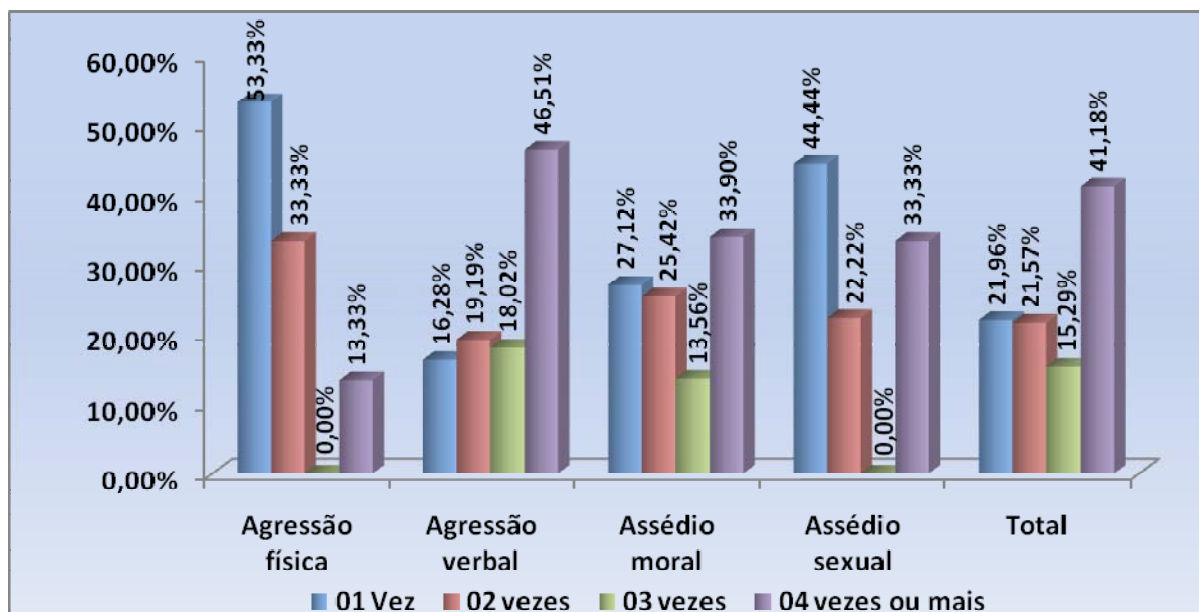


Gráfico 07 - Distribuição do número de vezes que os profissionais da equipe médica e de enfermagem foram vítimas de violência ocupacional por tipo de violência, nos últimos 12 meses de trabalho.

Fonte: HMWG – NATAL/RN, 2009.

No Gráfico 07, podemos observar que dos 15 (100%) profissionais que sofreram agressão física, 8 (53,33%) foram vítima desse tipo de violência uma única vez. No entanto, quando analisamos as vítimas de agressão verbal, vemos que 80 (46,51%) profissionais sofreram essa agressão por quatro ou mais vezes.

Quanto ao assédio moral, destacamos que das 59 vítimas, 20 (33,90%) afirmaram ter sido vítimas desse evento por quatro ou mais vezes. Entretanto, apesar do assédio moral se caracterizar pela repetição dos atos ao longo do tempo, 16 (27,12%) afirmaram ter sofrido apenas um episódio.

No que se refere ao assédio sexual, detectamos que dos 09 profissionais que sofreram esse tipo de violência, quatro (44,44) disseram terem sofrido assédio sexual, uma vez, nos 12 meses.

Para termos uma melhor visão da realidade no que se refere ao número da violência ocupacional vivenciada por esses 245 profissionais da saúde no decorrer de um ano, multiplicamos o número de profissionais que sofreram violência pelo número de vezes que esta se repetiu para com cada um. O resultado revelou que no decorrer desses doze meses, ocorreram 1.828 episódios de violência ocupacional, sendo: 28 agressões físicas, 1.463 agressões verbais, 305 episódios de assédio moral e 32 atos de assédio sexual. Se dividirmos o número dos atos de violência ocupacional por 365 dias, teremos, nesse contexto, cinco episódios de violência ocupacional por dia.

Em Campinas (SP) 26,4% dos enfermeiros que sofreram violência no último ano, informaram ter tido 10 vezes ou mais episódios. Nesse estudo a autora ressalta que as consequências da violência, são proporcionais ao número de vezes que o indivíduo é violentado. É importante destacar que, a análise de regressão logística, realizada por Moreno (2004), nesse estudo, revelou associação entre o número de vezes em que o profissional foi vítima e o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), demonstrando que sofrer violência várias vezes, aumenta a chance de ICT baixo/moderado em 3,7 vezes.

Em estudo realizado em Lodz (Polônia), por Merez et al. (2006) foi encontrado que 40% dos enfermeiros da psiquiatria experimentam gritos, ameaças e expressão de comportamento vulgar de pacientes na frente de outros pacientes e equipe de saúde numa frequência semanal.

Em Hong Kong (China), dos 420 profissionais da equipe de enfermagem do hospital universitário da faculdade de medicina estudados, 20% dos enfermeiros, informaram mais de 10 casos de vários tipos de violência ao longo dos últimos 12 meses (LEUNG et al., 2006).

Em Minnesota (EUA), pesquisa realizada com 4.918 profissionais de enfermagem, encontrou que 280 profissionais sofreram 01 episódio de violência ocupacional no decorrer do último ano de trabalho, 81 tiveram 02; 29 sofreram 03; e 32 sofreram 04 eventos (GERBERICH et al., 2004).

Na Irlanda (Europa), foi realizado um estudo, com 37 enfermeiros, em um setor de emergência, no qual os autores encontraram que 28 (84,8%) profissionais haviam sofrido agressão verbal, várias vezes no mês anterior a pesquisa (RYAN; MAGUIRE, 2006).

O Gráfico 08 a seguir, apresenta os agressores da violência ocupacional contra os profissionais da saúde, por tipo de violência.

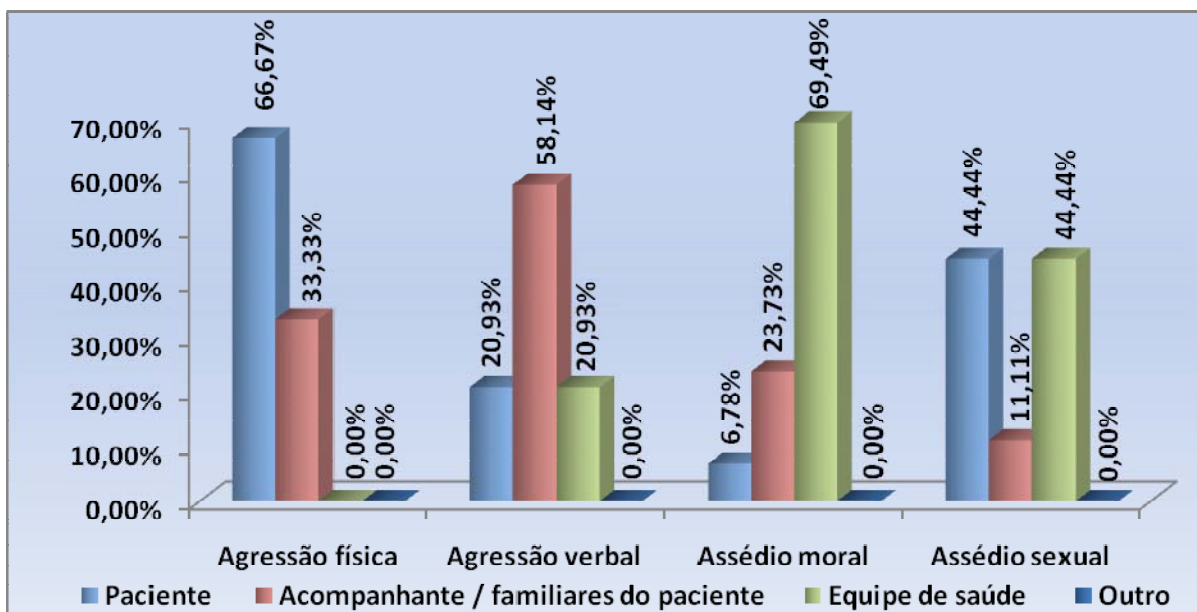


Gráfico 08 - Distribuição dos agressores da violência ocupacional contra os profissionais da equipe médica e de enfermagem, segundo tipo de violência.

Fonte: HMWG – NATAL/RN, 2009.

No Gráfico 08, podemos observar que os pacientes foram os agressores da violência física em 10 casos (66,67%) e os acompanhantes em 5 (33,33%), dos 15 (100,00%) episódios de agressão física. Portanto nenhum profissional da equipe de saúde, seja a chefia, o colega de mesma profissão ou de outra profissão, cometeu agressão física contra os profissionais pesquisados.

Quanto à agressão verbal, os acompanhantes foram citados como agressor em 10 (58,14%) episódios. Entretanto, a equipe de saúde, colegas de trabalho e chefia, foram os responsáveis por 41 (69,49%) episódio de assédio moral. Dos 09 episódios de assédio sexual, em igual número 4 (44,44%), os agressores foram os pacientes e a equipe de saúde (Gráfico 08).

Confirmando nossos achados, muitos estudos identificaram o grupo dos beneficiários, ou seja, pacientes e acompanhantes como os principais agressores, tanto da violência física como da verbal (Di MARTINO, 2002; PALÁCIOS et al., 2002; JACKSON, CLARE, MANNIX, 2002; MORENO, 2004; GERBERICH et al., 2004; PARAVIC; VALENZUELA; BURGOS, 2004; SANTOS JÚNIOR; DIAS, 2005; CEZAR 2005; JACKSON; ASHLEY, 2005; MERECZ et al., 2006; RYAN; MAGUIRE, 2006; FARRELL; BOBROWSKI; BOBROWSKI, 2006; LEUNG et al., 2006; FERNS; MEERABEAU, 2008; CAMERINO et al., 2008;)

Colaborando com nossos achados, dois estudos, um realizado em Lodz (Polônia) e outro em São Paulo (SP), também observaram que os colegas de trabalho e a chefia não foram relacionados a nenhum caso de violência física, apenas a violência psicológica (MEREZ et al., 2006; OLIVEIRA; D'OLIVEIRA, 2008)

Na discussão sobre agressão verbal por parte dos pacientes e acompanhantes, Ferns e Meerabeau (2008) alertam, que alguns agressores foram consideradas como tendo um história de abuso verbal. Neste estudo, 33 dos 45 profissionais, referiram ter sofrido abuso verbal do mesmo agressor mais de uma vez.

Nesse contexto, alguns pesquisadores têm trabalhado na construção de um instrumento capaz de sinalizar pacientes potencialmente violentos (KLING et al., 2006; APNA, 2008)

Discutindo sobre o agressor, o sexo masculino apresentou duas vezes mais probabilidade de serem os autores dos abusos físicos (GERBERICH et al., 2004; FARRELL; BOBROWSKI; BOBROWSKI, 2006). Nesse sentido, Leung et al. (2006) detectaram que a violência foi significativamente mais relatada por enfermeiros que trabalham em enfermarias masculinas.

Quanto ao assédio sexual, semelhante aos nossos achados, dados de um estudo realizado com 420 profissionais da equipe de enfermagem do hospital universitário da faculdade de medicina em Hong Kong (China), identificaram que os principais responsáveis por esses eventos foram a equipe de saúde, seguido dos pacientes (LEUNG et al., 2006).

Algumas pesquisas, em consonância com a nossa, têm mostrado a equipe de saúde como responsável principalmente pela violência psicológica (PALÁCIOS et al., 2002; LANZA; ZEISS; RIERDAN, 2006; CAMERINO et al., 2008), em especial ao assédio moral (JACKSON; CLARE; MANNIX, 2002; JACKSON; ASHLEY, 2005).

Nesse sentido, Freire (2008) diz que o assédio moral é um tipo de violência típica das relações de trabalho entre patrões e empregados. Nesse sentido, o agressor poderá ser o empregador, o superior hierárquico, colegas de serviço e o próprio subordinado.

Contribuindo com essa discussão, Cezar (2006), nos dá uma possível explicação para esse fato. O autor ressalta, que até certo tempo atrás, os trabalhadores ficavam expostos apenas às exigências e cobranças feitas pelos seus superiores hierárquicos. Hoje porém, ficam sujeitos às pressões de terceiros, como pacientes e acompanhantes, que cobram cada vez mais os seus direitos como usuários dos serviços de saúde, exigindo cordialidade, rapidez, e eficiência no atendimento.

Nesse raciocínio, Freire (2008, p. 369) diz, que esse fenômeno é entendido como “[...] gestos palavra comportamentos ou atitudes que atentem contra a dignidade ou integridade psíquica ou física de uma pessoa”, portanto, independe de quem o pratica.

A Tabela 04 apresenta os vários tipos de violência segundo o horário de ocorrência.

Tabela 04 - Distribuição dos tipos de violência contra os profissionais da equipe médica e de enfermagem segundo horário de ocorrência.

| VARIÁVEIS Horário que ocorreu o ato de violência | TIPO DE VIOLÊNCIA | | | | | | | | | |
|---|--------------------|---------------|--------------------|---------------|------------------|---------------|-------------------|---------------|------------|---------------|
| | Agressão física | | Agressão verbal | | Assédio moral | | Assédio sexual | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 07 13 | 06 | 40,00 | 67 | 38,95 | 30 | 50,85 | 04 | 44,44 | 107 | 41,96 |
| 13 19 | 04 | 26,67 | 39 | 22,67 | 17 | 28,81 | 02 | 22,22 | 62 | 24,31 |
| 19 24 | 03 | 20,00 | 58 | 33,72 | 11 | 18,64 | 02 | 22,22 | 74 | 29,02 |
| 24 07 | 02 | 13,33 | 08 | 4,65 | 01 | 1,69 | 01 | 11,11 | 12 | 4,71 |
| Total | 15 | 100,00 | 172 | 100,00 | 59 | 100,00 | 09 | 100,00 | 255 | 100,00 |

Fonte: HMWG – NATAL/RN, 2009.

Observamos na Tabela 04 que o horário da manhã, entre 07 às 13 horas foi o que concentrou o maior número de episódios de violência, 107 (41,96%) seguido do horário entre 19 às 24 horas com 74 episódios (29,02%). O horário entre 24 às 07 horas da manhã, apresentou o menor número de casos 12 (4,71%).

Destacamos ainda na Tabela 04, quanto ao horário de ocorrência por tipo de violência, que o período da manhã, entre 07 às 13 horas, concentrou 6 episódios (40,00%) das agressões físicas, 67 dos eventos (38,95%) das agressões verbais, 30 (50,85%) dos episódios de assédio moral e 4 (44,44%) assédio sexual.

Uma das razões que supomos contribuir para essa maior concentração da violência no turno da manhã e no primeiro turno da noite é o fato de que nesses horários há maior demanda de atendimentos. O turno entre 19 às 24 horas supera o horário entre 13 às 19 também pelo fato da grande demanda de atendimento, somado à diminuição do quadro de funcionário neste turno.

Nossos achados assemelham-se aos obtidos em estudo realizado com uma equipe de saúde da atenção primária, em uma comunidade da VIII região no Chile (América Latina), onde 73% dos episódios de violência se deu principalmente no horário da manhã entre 8 às 12 horas. Nesse estudo, os profissionais consideraram que essa concentração de atos de violência

no horário da manhã, se dá em virtude do grande número de atendimento e conseqüente excesso de trabalho (PARAVIC; VALENZUELA; BURGOS, 2004).

Diferentemente dos nossos resultados, Ergun e Karadakovan (2005), dizem que em Izmir (Turquia), foi identificado que 72,3% das agressões verbais e 77% das agressões físicas ocorreram entre 16 às 08 horas o que equivale a maior parte do noturno.

Ainda em relação ao turno de trabalho e o risco de violência, Palácios et al. (2002) dizem que há maior risco para os profissionais que trabalhavam no turno noturno em relação à agressão física e verbal. Tentando justificar, os autores ressaltam que essa associação pode estar relacionada ao aumento da criminalidade na cidade no período da noite. As outras formas de violência como, assédio moral e sexual, ocorreram mais no horário da manhã.

A Tabela 05 mostra a distribuição do local de ocorrência dos episódios de violência segundo o setor do hospital.

Tabela 05 - Distribuição do local de ocorrência dos episódios de violência contra a equipe médica e de enfermagem segundo setor do hospital.

| VARIÁVEIS | TIPO DE VIOLÊNCIA | | | | | | | | | |
|---------------------|-------------------|---------------|-----------------|---------------|---------------|---------------|----------------|---------------|------------|---------------|
| | Agressão física | | Agressão verbal | | Assédio moral | | Assédio sexual | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Politrauma | 05 | 33,33 | 46 | 26,74 | 09 | 15,25 | 03 | 33,33 | 63 | 24,71 |
| Reanimação | 01 | 6,67 | 15 | 8,72 | 05 | 8,47 | 01 | 11,11 | 22 | 8,63 |
| Triagem | 00 | 0,00 | 11 | 6,40 | 01 | 1,69 | 00 | 0,00 | 12 | 4,71 |
| Ortopedia | 03 | 20,00 | 19 | 11,05 | 05 | 8,47 | 00 | 0,00 | 27 | 10,59 |
| Observação | 02 | 13,33 | 20 | 11,63 | 08 | 13,56 | 03 | 33,33 | 33 | 12,94 |
| Atendimento Clínico | 02 | 13,33 | 35 | 20,35 | 11 | 18,64 | 01 | 11,11 | 49 | 19,22 |
| Urgência pediátrica | 00 | 0,00 | 18 | 10,47 | 10 | 16,95 | 00 | 0,00 | 28 | 10,98 |
| Outro setor | 02 | 13,33 | 08 | 4,65 | 10 | 16,95 | 01 | 11,11 | 21 | 8,24 |
| Total | 15 | 100,00 | 172 | 100,00 | 59 | 100,00 | 09 | 100,00 | 255 | 100,00 |

Fonte: HMWG – NATAL/RN, 2009.

Observamos na Tabela 05 que ocorreram eventos de violência em todos os setores pesquisados, sendo o politrauma o que concentrou o maior numero de episódios com 63 (24,71%). Nesse setor, houve 5 (33,33%) episódios de agressão física; 46 (26,74) de agressão verbal; 9 (15,25%) de assédio moral e 3 (33,33%) de assédio sexual. Entretanto o assédio moral apresentou uma maior incidência na urgência pediátrica 10 (16,95). Dos dez episódios que foram referidos como tendo ocorrido em outro setor, sete ocorreram na chefia, um no corredor, outro no centro cirúrgico e o outro por telefone.

Resultados semelhantes aos nossos foram encontrados por Leung et al. (2006) junto a enfermeiros de todos os setores do Hospital Universitário, em Hong Kong (China). Os autores

identificaram a presença de violência em todas as especialidades do serviço. Pesquisa, desenvolvida na Tasmânia (Austrália), com 2.407 profissionais da Enfermagem, foi observado que em poucos setores do hospital não relataram agressão verbal ou física (FARRELL; BOBROWSKI; BOBROWSKI, 2006).

Confirmando nossos resultados, Farrell, Bobrowski e Bobrowski (2006), detectaram também, que o enfermeiro pode experimentar atos de violência, embora em menor número, mesmo fora de sua área de atuação.

No que concerne à localização das agressões físicas dentro do hospital, independente da especialidade, foi identificado que 61% dos atos violentos ocorreram nas enfermarias, 20,37% nos corredores e 8,11% na recepção e 4,3% no posto de enfermagem. Outras áreas identificadas foram salas de exames, banheiros, salas de reuniões e elevadores. Quanto à violência não física, além de estar presente em quase todos os setores, ela se dá não somente na presença do agressor, mas também, por telefone e e-mail (GERBERICH et al., 2004).

Tabela 06 - Distribuição das respostas sobre as reações dos profissionais da equipe médica e de enfermagem atos de violência, segundo tipo de violência sofrida.

| VARIÁVEIS | TIPO DE VIOLÊNCIA | | | | | | | | | |
|---|-------------------|-------|-----------------|-------|---------------|-------|----------------|-------|-------|-------|
| | Agressão física | | Agressão verbal | | Assédio moral | | Assédio sexual | | Total | |
| | N* | %** | N* | %** | N* | %** | N* | %** | N* | %** |
| Notificou de modo formal a quem de direito do hospital | 04 | 26,67 | 20 | 11,63 | 04 | 6,78 | 00 | 0,00 | 28 | 10,98 |
| Não teve reação | 06 | 40,00 | 33 | 19,19 | 14 | 23,73 | 01 | 11,11 | 54 | 21,18 |
| Pediu a pessoa para parar | 02 | 13,33 | 47 | 27,33 | 10 | 16,95 | 03 | 33,33 | 62 | 24,31 |
| Tentou fingir que nada aconteceu | 01 | 6,67 | 31 | 18,02 | 08 | 13,56 | 05 | 55,56 | 45 | 17,65 |
| Comunicou o ato de violência a seus superiores de modo informal | 03 | 20,00 | 49 | 28,49 | 14 | 23,73 | 00 | 0,00 | 66 | 25,88 |
| Contou para seus familiares / amigos | 06 | 40,00 | 43 | 25,00 | 15 | 25,42 | 00 | 0,00 | 64 | 25,10 |
| Contou para colegas | 09 | 60,00 | 66 | 38,37 | 20 | 33,90 | 01 | 11,11 | 96 | 37,65 |
| Pediu transferência | 00 | 0,00 | 02 | 1,16 | 01 | 1,69 | 00 | 0,00 | 03 | 1,18 |

Fonte: HMWG – NATAL/RN, 2009.

*Mais de uma resposta foi emitida pelos profissionais; **O percentual foi calculado com base no número de episódios de cada tipo de violência.

(cont.)

Tabela 06 - Distribuição das respostas sobre as reações dos profissionais da equipe médica e de enfermagem atos de violência, segundo tipo de violência sofrida.

| VARIÁVEIS | TIPO DE VIOLÊNCIA | | | | | | | | | |
|--|-------------------|-------|-----------------|-------|---------------|------|----------------|------|-------|-------|
| | Agressão física | | Agressão verbal | | Assédio moral | | Assédio sexual | | Total | |
| | N* | %** | N* | %** | N* | %** | N* | %** | N* | %** |
| Pediu ajuda do sindicato / associação / conselho | 00 | 0,00 | 01 | 0,58 | 02 | 3,39 | 00 | 0,00 | 03 | 1,18 |
| Abriu processo judicial | 00 | 0,00 | 00 | 0,00 | 00 | 0,00 | 00 | 0,00 | 00 | 0,00 |
| Outra reação | 03 | 20,00 | 20 | 11,63 | 03 | 5,08 | 00 | 0,00 | 26 | 10,20 |

Fonte: HMWG – NATAL/RN, 2009.

*Mais de uma resposta foi emitida pelos profissionais; **O percentual foi calculado com base no número de episódios de cada tipo de violência.

Observamos na Tabela 06 que a reação mais frequente, quanto aos episódios de violência ocupacional, foi contar para os colegas de trabalho 96 (37,65%). Essa foi a reação mais referida para três tipos de violência, sendo citada por 9 (60,00%) profissionais que sofreram agressão física, 66 (38,37%) agressão verbal e 20 (33,90%) assédio moral. A reação mais frequente quanto aos eventos de assédio sexual foi fingir que nada aconteceu com 5 episódios (55,56%).

Destacamos no que se refere à notificação de modo formal, que dos 255 episódio de violência ocupacional apenas 28 (10,98%) foram notificados, portanto, quase a totalidade; 227 (89,02%) não foram notificados, ou seja, registrados de modo formal. Proporcionalmente, o tipo de violência mais notificado foi a agressão física com 4 notificações (26,67%), seguida da agressão verbal 20 (11,63%) e do assédio moral 4 (6,78%). No entanto nenhum dos episódios de assédio sexual foi notificado de modo formal (Tabela 06).

Quanto à comunicação de modo informal, a agressão verbal foi a que apresentou maior número de registro, 49 (28,49%), seguido do assédio moral 14 (23,73%) e agressão física, 03 (20,00%). Assim como não foi notificado de modo formal, nenhum episódio de assédio sexual foi comunicado de modo informal.

Destacamos também, (Tabela 06) que em 6 (40,00%) episódios de agressão física, 33 (19,19%) de agressão verbal e 14 (23,73%) de assédio moral, os profissionais afirmaram que não tiveram nenhuma reação. Ressaltamos que em apenas 03 (1,18%) episódios os profissionais pediram ajuda ao sindicato/associação/conselho. Nenhum profissional abriu processo judicial.

No item aberto para outras reações, destacamos que em relação à agressão física, dos 03 (20,00%) episódios apresentados, 01 pediu ajuda a um acompanhante, 01 empurrou o agressor, e o outro fez um Boletim de Ocorrência (BO) na delegacia de polícia. Quando a agressão verbal, 11 profissionais revidaram, ou seja, agrediram o agressor verbalmente, e 06 chamaram o segurança para intervir. No que se refere ao assédio moral, 02 profissionais disseram ter revidado e um relatou que a sua reação foi chorar (Tabela 06).

Em consonância com nossos achados, na pesquisa realizada por Farrell, Bobrowisk e Bobrowisk (2006), os enfermeiros referiram que receberam mais ajuda ao procurarem os colegas, em vez de comunicarem ao seu gerente, sindicato ou organizações profissionais. Esses autores afirmam que isto sugere que a maior parte dos enfermeiros ainda está relutante em prestar suas queixas oficialmente.

Quanto à notificação dos atos de violência, dados semelhantes aos nossos, foram encontrados em outros estudos. Em Izmir (Turquia), Ergün e Karadakovan (2005), em um estudo realizado com a equipe de enfermagem em um serviço de urgência, detectaram que 84,6% das agressões verbais e 69,2% das agressões físicas não foram relatadas.

Leung et al. (2006) pesquisado sobre a temática com a equipe de enfermagem de um hospital universitário, observaram que apenas 1% a 3% dos profissionais procuraram ajuda da instituição. Estes dados demonstram o quanto a violência ocupacional é um fenômeno pouco visualizado sendo por essa razão subnotificado, fato este, também evidenciado em outros estudos (JACKSON; CLARA; MANIX, 2002; HUTCHINSON et al., 2006, FERNS; MEERABEAU, 2008).

Nesse Contexto, Di Martino (2002) afirma que relatar o episódio de violência é uma condição prévia, essencial para uma resposta eficaz. Afirma o autor que em Portugal (Europa), apenas 1% a 17% dos profissionais do serviço hospitalar vítimas de violência relataram o incidente de violência por escrito e a maioria falou para o chefe, colegas ou amigos.

Em Londrina (PR), em uma pesquisa feita com a equipe médica e de enfermagem de um pronto socorro, foi encontrado que 59,5% de todos os profissionais informaram o episódio de violência à chefia (CEZAR, 2005).

No estudo realizado por Moreno (2004), em Campinas (SP), somente 36,5% profissionais de enfermagem registraram a agressão, sendo as anotações de enfermagem a maneira mais frequente de notificar (51,6%), seguida do Boletim de Ocorrência Policial (29,0%), e de outros registros, como, livros de ocorrência e memorandos (29,0%) e Comunicação de Acidente de Trabalho (9,7%).

Em um estudo realizado no Rio de Janeiro (RJ), Palácios et al. (2002), identificaram que 34,2% dos profissionais não tiveram nenhuma reação, 41,18% tentou fingir que nada aconteceu e apenas 20% relatou para o chefe.

Segundo a American Psychiatric Nurses Association (APNA), tipicamente, só são notificados ou comunicados a direção, os atos violentos que resultem em danos visíveis imediatos aos pacientes ou funcionários (APNA, 2008).

Nesse contexto, é importante destacar uma pesquisa realizada por Luck, Jackson e Usher (2008), que teve como propósito investigar a reação dos profissionais de saúde a partir do significado que estes atribuíam aos atos de violência, causados especificamente, pelos paciente/familiares/acompanhante. Foi identificado como esse significado interfere no comportamento do profissional e no registro da ocorrência em nível institucional.

Nesse sentido, Luck, Jackson e Usher (2008), identificaram que as decisões tomadas sobre cada episódio de violência foram influenciadas pelo significado que os enfermeiros atribuíam ao ato violento. Essas autoras encontram que o significado tinha como base uma identificação sistemática do processo que leva em conta três fatores principais, o grau de personalização da violência, isto é, se foi dirigida para o profissional como algo pessoal ou como símbolo do serviço de saúde, a presença de circunstâncias atenuantes pela qual o agressor poderia ser dispensado de responsabilidade para o ato violento, como a presença de certas patologias e o motivo apresentado pelo agressor ao procurar o serviço de urgência (LUCK; JACKSON; USHER, 2008).

Os autores continuam dizendo que muitas vezes os profissionais compreendiam que o ato de violência não era algo pessoal, mas sim pelo fato de estarem representando o serviço. Com isso os participantes relataram que este entendimento traz um significado diferente para o acontecimento violento e permite-lhes evitar consequências pessoais negativas (LUCK; JACKSON; USHER, 2008).

Desse modo, a maior compreensão e empatia para com os agressores, mudaram o significado que os profissionais atribuíram a esse evento e aos registros desses atos, como revela o estudo de Luck, Jackson e Usher (2008). Dos 16 casos de violência detectados, nenhum fez registro formal. Os autores ressaltam, que se o motivo da agressão não apresenta fatores atenuantes, a tolerância às frustrações do paciente ou a violência é limitada, e desse modo, o profissional busca impor limites ao agente da violência.

Antes de analisarmos o Quadro 05, é importante ressaltar que entre os 245 profissionais que fizeram parte do nosso estudo, detectamos a ocorrência de 255 episódios de violência, pois o mesmo profissional sofreu mais de um tipo de violência.

Retomando o número de episódios por tipo de violência, observamos que 172 (70,20%) profissionais sofreram agressão verbal, 59 (24,08%) assédio moral, 15 (6,12%) agressão física e 9 (3,67%) assédio sexual (Gráfico 06). Entretanto, para a análise do Quadro 05, consideramos somente os episódios que foram comunicados na instituição, nas associações de classe, ou em algum outro local como na polícia.

| VARIÁVEIS | | TIPOS DE VIOLÊNCIA | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------------|--------------------|--------------|-----------------|--------------|---------------|--------------|----------------|-------------|--------------|--------------|
| | | Agressão Física | | Agressão Verbal | | Assédio Moral | | Assédio sexual | | Total | |
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Intervenção para resolução dos episódios de violência | Sim | 01 | 16,67 | 11 | 17,74 | 03 | 17,65 | 00 | 0,00 | 15 | 17,65 |
| | Não | 05 | 83,33 | 50 | 80,65 | 13 | 76,47 | 00 | 0,00 | 68 | 80,00 |
| | Não sabe | 00 | 0,00 | 01 | 1,61 | 01 | 5,88 | 00 | 0,00 | 02 | 2,35 |
| | Total | 06 | 100,0 | 62 | 100,0 | 17 | 100,0 | 00 | 0,00 | 85 | 100,0 |
| Responsável pela intervenção nos episódios de violência | Administrador/ Empregador | 01 | 100,0 | 06 | 54,55 | 02 | 66,67 | 00 | 0,00 | 09 | 60,00 |
| | Sindicato / Associação / Conselho | 00 | 0,00 | 00 | 0,00 | 01 | 33,33 | 00 | 0,00 | 01 | 6,67 |
| | Polícia | 00 | 0,00 | 03 | 27,27 | 00 | 0,00 | 00 | 0,00 | 03 | 20,00 |
| | Outro | 00 | 0,00 | 02 | 18,18 | 00 | 0,00 | 00 | 0,00 | 02 | 13,33 |
| Total | 01 | 100,0 | 11 | 100,0 | 03 | 100,0 | 00 | 0,00 | 15 | 100,0 | |

Quadro 05 – Distribuição das respostas dos profissionais da equipe médica e de enfermagem sobre se houve ou não intervenção para resolução dos incidentes violentos e os responsáveis por essa intervenção, segundo tipo de violência.

Fonte: HMWG – NATAL/RN, 2009.

No Quadro 05 vemos que foram registrados 85 episódios de violência, sendo 62 de agressão verbal, 17 de assédio moral e 06 de agressão física. Entretanto, nenhum evento de assédio sexual foi registrado.

Nesse sentido, destacamos que dos 85 (100%) episódios de violência ocupacional registrados, 62 (80,00%), não tiveram nenhuma providencia tomada. Analisando, por tipo de violência, observamos que em 05 (83,33%) episódios de agressão física, 50 (80,65%) de

agressão verbal e 13 (76,47%) de assédio moral, os profissionais referiram que nenhuma intervenção foi tomada para intervir no evento violento.

Quanto ao responsável por tomar alguma conduta em relação ao evento, observamos (Quadro 05) que dos 15 (100,00%) episódios de violência em geral notificados, em 9 (60,00%) a conduta foi tomada pela administração do hospital, seguido da polícia com 3 episódios (20,00%). Destacamos que 2 (66,66%) de assedio moral foram solucionados pela administração do hospital e 1 caso (33,33%) pelo Sindicato/Associação/Conselho.

Dados semelhantes foram encontrados em estudos realizados no Brasil, em relação aos eventos violentos informados à chefia porém, poucos profissionais disseram que foi tomada alguma conduta (MORENO, 2004; CEZAR, 2005).

No que se refere aos responsáveis pelas intervenções nos atos violentos, num estudo realizado em Campinas (SP), Moreno (2004) detectou que o suporte e apoio aos profissionais vítimas de violência, foi dado tanto pelos colegas de trabalho, como pelos superiores hierárquicos e pacientes, que muitas vezes controlavam os agressores impedindo o agravamento da agressão.

Para Kaiser e Bianchi (2008), a instituição tem o papel fundamental de notificar o ato violento e dar total apoio ao profissional e se necessário orientar o registro em boletim de ocorrência policial.

Na pesquisa realizada em Londrina (PR), por Cezar (2005), com a equipe médica e de enfermagem de um serviço de urgência, foi identificado que todas as denúncias de agressões no trabalho foram feitas à chefia, e que por tanto, as medidas foram tomadas por esse segmento. Nesse sentido, as ações desenvolvidas pela chefia tanto de enfermagem como médica, foram prestar queixa a polícia, notificar a direção do hospital, orientar o próprio profissional para resolver e a própria chefia conversar com o agressor.

Entretanto, é importante destacar que em Izmir (Turquia), 75% dos profissionais que relataram agressão física, e 63,7% dos que comunicaram agressão verbal, não se sentiram satisfeitos com as ações tomadas na resolução do problema (ERGÜN; KARADAKOVAN, 2005).

O mesmo fato foi identificado na África do Sul (África) pois, na grande maioria dos casos não foi tomada medidas para intervir no problema, e nos poucos episódios em que foram tomadas providências, os profissionais não se sentiram satisfeitos com a forma como o incidente foi tratado (DI MARTINO, 2002).

Palácios et al. (2002) acrescentam nessa discussão, que não existe nenhum mecanismo de suporte às vítimas de violência ocupacional no setor saúde. As iniciativas são tomadas em

alguns casos pelos colegas preocupados, ou pela chefia imediata, não chegando à direção das instituições para que tais iniciativas transformem-se em estratégias institucionais de manejo desse tipo de violência.

Segundo a American Psychiatric Nurses Association (APNA) o apoio institucional é fundamental, e deve estar disponível para os profissionais após cada ato violento (APNA, 2008). Entretanto, Johnson (2009) ressalta que se os chefes estão envolvidos no episódio de violência, como nos casos de assédio moral, é pouco provável que as vítimas recebam suporte para resolvê-lo.

Para Ergün e Karadakovan (2005), as administrações hospitalares, geralmente, parecem preferir o silêncio e a indiferença a esse problema.

Nesse sentido, Farrell; Bobrowski e Bobrowski (2006) identificaram que os profissionais de enfermagem receberam mais ajuda de colegas, do que da chefia, sindicato ou associação de categoria profissional. Esses autores ressaltam que essa realidade pode tornar-se mais provável onde enfermeiros não se sentem apoiados pelos seus dirigentes ou administradores quando ocorrem incidentes dessa natureza.

Nesse raciocínio, Palácios et al. (2002) afirmam, em um estudo realizado no Rio de Janeiro (RJ) que nos hospitais, assim como nos sindicatos e conselhos não foram encontrados nenhum esquema de atendimento as queixas de violência. Esses autores destacam que quando entrevistados, os representantes de conselhos e sindicatos da área de saúde, informaram que recebiam muitas denúncias informais. Alguns conselhos profissionais informaram, que se a queixa envolve membros da mesma categoria (vítima e agressor) a vítima é estimulada a formalizar denúncia para que o conselho possa julgar como infração ética.

Di Martino (2002) destaca numa pesquisa desenvolvida em Portugal, que de cinco associações de várias categorias profissionais de saúde, apenas duas investigaram todos os casos que foram registrados, três não apresentaram qualquer apoio às denúncias de seus membros.

A Tabela 07 a seguir, apresenta a distribuição dos motivos pelos quais os profissionais de saúde não relataram os atos de violência a seus superiores.

Tabela 07 - Distribuição dos motivos pelos quais os profissionais de saúde não relataram os atos de violência a seus superiores segundo tipos de violência.

| VARIÁVEIS Motivo porque não relatou o ato de violência | TIPO DE VIOLÊNCIA | | | | | | | | | |
|--|-------------------|-------|-----------------|-------|---------------|-------|----------------|-------|-------|-------|
| | Agressão física | | Agressão verbal | | Assédio moral | | Assédio sexual | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Não foi importante | 2 | 0 | 25 | 22,73 | 04 | 9,30 | 04 | 44,44 | 35 | 20,35 |
| Sentiu-se envergonhado(a) | 01 | 10,00 | 02 | 1,82 | 03 | 6,98 | 00 | 0,00 | 06 | 3,49 |
| Sentiu-se culpado(a) | 00 | 0,00 | 01 | 0,91 | 00 | 0,00 | 00 | 0,00 | 01 | 0,58 |
| Não sabia a quem recorrer | 01 | 10,00 | 06 | 5,45 | 04 | 9,30 | 00 | 0,00 | 11 | 6,40 |
| Ficou com medo das consequências negativas | 00 | 0,00 | 06 | 5,45 | 06 | 13,95 | 01 | 11,11 | 13 | 7,56 |
| Considerou que não seriam tomadas providências | 06 | 60,00 | 68 | 61,82 | 28 | 65,12 | 04 | 44,44 | 106 | 61,63 |
| Outro | 0 | 0,00 | 08 | 7,27 | 03 | 6,98 | 01 | 11,11 | 12 | 6,98 |

Fonte: HMWG – NATAL/RN, 2009.

Na Tabela 07, vemos que os dois principais motivos para não notificar os atos de violências independente do tipo aos seus superiores, em 106 (61,63%) os profissionais consideraram que não seriam tomadas as devidas providências e em 35 (20,35%) não valorizaram o episódio. Quanto ao assédio moral individualmente, além de supor que não seria tomadas as condutas adequadas o segundo motivo para não notificar estes eventos, foi o medo das consequências negativas, 6 (13,95%).

Em consonância com o nosso estudo numa pesquisa, realizada com médicos, enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem de um serviço de urgência em Londrina (PR), foi identificado que a falta de liderança e resolutividade da chefia foi considerado o principal motivo para que os profissionais não comunicassem os atos de violência a seus superiores (CEZAR, 2005).

Diferente dos percentuais encontrados em nosso estudo, na Bulgária (Europa) 61% dos profissionais não relataram os incidentes violentos alegando ser inútil fazê-lo, 30% tinham medo de consequências negativas, 15% não sabiam onde relatar e 10% consideraram que o ato violento não foi importante (DI MARTINO, 2002).

Alguns autores têm sugerido que os baixos níveis de violência relatados pelos profissionais de saúde são, em parte, atribuídos a dessensibilização à violência no local de trabalho, pelo fato do enfermeiro considerar que esse evento faz parte do trabalho, como algo

inerente ao serviço (MORENO, 2004; GERBERICH et al., 2004; LUCK; JACKSON; USHER, 2008; APNA, 2008).

Outra razão apontada para a subnotificação é a tolerância da população a esse evento. Nesse sentido, Palácios et al. (2002) relatam que no Rio de Janeiro (RJ), cidade marcada pela violência como os homicídios, agressões físicas de bandidos e policiais, e pela cultura da virilidade, há muita tolerância às agressões. Nos locais de trabalho aquele profissional que reclama ou denuncia agressões, principalmente a psicológica, é tido como frágil e desprezível.

A American Psychiatric Nurses Association (APNA) apresenta outros fatores para a subnotificação, como a ambiguidade na definição de violência, cultura organizacional, estigma de vitimização como vergonha isolamento e medo de julgamento, medo de perder o emprego, autculpa, experiências prévias sem êxito (APNA, 2008).

Em relação ao profissional não notificar o assédio moral no ambiente de trabalho da Enfermagem, Hutchinson et al. (2006) comentam que muitas vezes as denúncias de atos de intimidação e de assédio não são levadas a sério, os gerentes podem apoiar os agressores e não as vítimas, sendo essa uma questão tolerada, em que as vezes aquele que vai denunciar é quem é considerado “o problema”.

Especificamente, quanto ao assédio sexual, Dias (2008) ressalta que geralmente, as vítimas desse tipo de violência não procuram intervenção, por recearem retaliação ou que as pessoas não acreditem no seu relato, também duvidam da eficácia da justiça e temem perder o emprego. Tais receios têm fundamentos, na medida em que os casos de assédio sexual raramente chegam ao tribunal e o processo de litigação transforma-se numa experiência complementar à violência.

O autor citado acrescenta que a classificação de assédio sexual é difícil de estabelecer, pois repousa na noção de intencionalidade do agressor. Também não é fácil estabelecer a prova, uma vez que se trata de comportamentos que normalmente ocorrem em contexto privado ou na ausência de testemunhas. Quando estas existem, são relutantes em colaborar por terem receio de perder o emprego num contexto laboral altamente concorrido (DIAS, 2008).

A Tabela 08 apresenta as consequências da violência ocupacional contra os profissionais da saúde.

Tabela 08 – Distribuição das consequências dos atos de violência contra os profissionais da equipe médica e de enfermagem, segundo tipo de violência.

| VARIÁVEIS | TIPO DE VIOLÊNCIA | | | | | | | | | |
|--|-------------------|-------|-----------------|-------|---------------|-------|----------------|-------|-------|-------|
| | Agressão física | | Agressão verbal | | Assédio moral | | Assédio sexual | | Total | |
| | N* | %** | N* | %** | N* | %** | N* | %** | N* | %** |
| Medo do agressor ou de voltar a ser vítima | 04 | 26,67 | 24 | 13,95 | 06 | 10,17 | 00 | 0,00 | 34 | 13,33 |
| Ansiedade | 05 | 33,33 | 42 | 24,42 | 16 | 27,12 | 01 | 11,11 | 64 | 25,10 |
| Tristeza | 09 | 60,00 | 61 | 35,47 | 24 | 40,68 | 04 | 44,44 | 98 | 38,43 |
| Prejuízo financeiro | 01 | 6,67 | 06 | 3,49 | 02 | 3,39 | 00 | 0,00 | 09 | 3,53 |
| Incapacidade | 03 | 20,00 | 08 | 4,65 | 04 | 6,78 | 00 | 0,00 | 15 | 5,88 |
| Sentimento de culpa | 00 | 0,00 | 01 | 0,58 | 01 | 1,69 | 00 | 0,00 | 02 | 0,78 |
| Vergonha | 04 | 26,67 | 26 | 15,12 | 06 | 10,17 | 01 | 11,11 | 37 | 14,51 |
| Estresse | 06 | 40,00 | 107 | 62,21 | 32 | 54,24 | 01 | 11,11 | 146 | 57,25 |
| Sentimento de baixa na autoestima | 03 | 20,00 | 30 | 17,44 | 17 | 28,81 | 00 | 0,00 | 50 | 19,61 |
| Outra | 01 | 6,67 | 19 | 11,05 | 05 | 8,47 | 04 | 44,44 | 29 | 11,37 |

Fonte: HMWG – NATAL/RN, 2009.

*mais de uma resposta foi emitida pelos profissionais; **O percentual foi calculado com base no número de episódios de cada tipo de violência.

Na Tabela 08 observamos que a consequência da violência ocupacional mais relatada pelos profissionais de saúde foi o estresse, sendo referido por 146 (57,25%). Essa consequência foi seguida da tristeza por 98 (34,43%) profissionais, ansiedade com 64 (25,10%), e do sentimento de baixa na autoestima com 50 (19,61%) relatos.

Quanto a cada tipo de violência, destacamos que a agressão física e o assédio sexual apresentam como principal consequência a tristeza, sentimento este considerado por 9 (60,00%) profissionais que sofreram agressão física e 4 (44,44%) por assédio sexual. O estresse foi a principal consequência tanto da agressão verbal, com 107 (62,21%) episódios como do assédio moral, com 32 (54,24). Quanto ao assédio sexual, a tristeza foi relatada por 4 (44,44%) profissionais.

Entretanto, nem todos os profissionais apresentaram sequelas concernentes aos episódios de violência. Nesse sentido, 10 vítimas de agressão verbal e 01 de assédio moral, afirmaram não ter sentido nenhuma consequência. Todavia, no item aberto para outras consequência, um profissional registrou que em virtude do assédio moral, havia pensado em sair da profissão. Dentro desse mesmo item abordado, foram citadas a raiva e a decepção.

Coerente com nossos resultados, as consequências mais relatadas pelos profissionais da enfermagem em um estudo realizado em Campinas (SP), sobre violência e capacidade para o trabalho, foram: irritação (54,7%), raiva (54,1%), humilhação (48,8%), estresse (48,2%), e

tristeza (45,9%), ansiedade (31,2%), medo do agressor ou de voltar a ser vítima (27,71%), vergonha (22,3%), incapacidade (16,5%), sentimento de culpa (4,7%), mudança de emprego (1,7%) (MORENO, 2004).

Em um outro estudo, os sentimentos mais referidos em decorrência da violência sofrida pelas equipes médica e de enfermagem de um serviço de urgência em Londrina (PR), foram, tristeza (54,8%), raiva (52,4%), irritação (50%), estresse (42,8%) ansiedade (40,5%), humilhação (28,6%), sentimento de baixa autoestima (26,2%) e perda de satisfação para o trabalho (23,8%) (CEZAR, 2005).

Nesse sentido, Cezar e Marziale (2006) ressaltam que estes sentimentos podem interferir sobre a condição de saúde, levando a outros problemas. Nesse mesmo raciocínio Parra Garrido (2004) resalta que essas consequências imediatas podem produzir danos muito maiores e incalculáveis. Diz ainda o autor que os principais problemas de saúde relacionados ao estresse, são as doenças cardiovasculares, musculoesqueléticos, ansiedade, depressão, diminuição do bem-estar e hábitos não saudáveis como o sedentarismo, consumo de tabaco, álcool e tranquilizantes.

O autor ora citado, estudando sobre a saúde mental do trabalhador, apresenta um quadro que traz os “fatores associados à depressão relacionada ao trabalho”, e diz que dentre outras causas, este problema está relacionado a conflitos interpessoais no trabalho, falta de apoio, poucos recursos para o trabalho, sobrecarga e insatisfação (PARRA GARRIDO, 2004).

Em estudo realizado em Izmir (Turquia), com enfermeiros do serviço de urgência, foi identificado que a violência traz consequências mesmo pela possibilidade de ocorrer. Neste sentido, Ergun e Karadakovan (2005) identificaram que a maior parte dos enfermeiros (93,9%) estava ansiosa sobre a possibilidade de estarem sujeitos a violência física e/ou verbal. Associado a isso, esses autores destacam que a exposição contínua a comportamentos violentos dos pacientes, acompanhante, e de outros profissionais, causa um sentimento de diminuição do bem-estar e da satisfação profissional.

Segundo Di Martino (2002), é bem sabido que a violência traz consequências tanto imediata como a longo prazo, além de perturbações nas relações interpessoais, e ao trabalho como um todo. Diante desse fato, esse autor destaca que os custos são tanto diretos, tais como os decorrentes do absenteísmo, das doenças, invalidez e morte, como os indiretos, que incluem a diminuição do desempenho e da qualidade da assistência, da motivação, e da fidelidade à instituição.

Em estudo realizado com os enfermeiros da psiquiatria, Merez et al. (2006) encontraram que quanto maior o nível de agressão relatado por esses profissionais, maior foi o

nível de esgotamento emocional e menor o de satisfação no trabalho. Desse modo, nesse estudo, também foi observado, que os custos indiretos com a violência ocupacional se relacionam à diminuição da satisfação, da moral, do empenho, eficiência e bem-estar no trabalho, além do aumento da exaustão.

No contexto das consequências da violência ocupacional, o estudo realizado por Moreno (2004) verificou a associação entre ter sido vítima de violência e diminuição do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT). Nesse sentido, o autor encontrou associação entre essa duas variáveis, demonstrando que os trabalhadores que sofreram violência no local de trabalho apresentaram ICT, em média, dois pontos menor do que os que não sofreram violência.

Em outra análise do estudo de Moreno (2004), revelou uma associação significativa entre ter sido vítima de violência e possuir distúrbio emocional leve (depressão leve, tensão, ansiedade, insônia), revelando que a maior parte dos sujeitos da pesquisa (72,7%), que possuíam a doença diagnosticada pelos médicos, foram vítimas de violência no último ano.

Freire (2008) referindo-se especificamente ao assédio moral, diz que além desse tipo de violência causar problemas de saúde, pode também, agravar muitos transtornos psicopatológicos, psicossomáticos e comportamentais. Isso obviamente depende da duração e da intensidade dos estímulos agressivos. Na realidade, é difícil avaliar a totalidade dos efeitos da violência na vida dos profissionais.

Santos Júnior e Dias (2005), em pesquisa desenvolvida em Belo Horizonte (MG), com profissionais da equipe médica que atendiam em Serviços de urgência, identificaram que mais da metade dos médicos pensou em abandonar o trabalho ou pedir transferência em virtude da violência no trabalho.

Confirmando o abandono da profissão como consequência da violência Farrell, Bobrowisk e Bobrowisk (2006) afirmam que a violência no ambiente de trabalho afeta a produtividade, a vontade de permanecer na profissão, e aumenta o potencial de cometer erros na execução das atividades. Os autores pesquisando esse tema na Tasmânia (Austrália), encontraram que 2% dos enfermeiros haviam deixado a Enfermagem devido a violência no ambiente de trabalho.

Para visualizarmos melhor o absentismo no trabalho como consequência da violência ocupacional, apresentarmos na Tabela 09, o número de episódio nos quais houve afastamento do trabalho e o número de dias de trabalhos perdidos por esta causa.

Tabela 09 - Distribuição do número de episódios violentos nos quais houve afastamento do trabalho e do número de dias de afastamento do trabalho por tipo de violência.

| VARIÁVEIS Tipo de violência | Afastamento do trabalho | | Dias de afastamento | |
|--------------------------------|-------------------------|---------------|---------------------|---------------|
| | N | % | N | % |
| Agressão física | 01 | 8,33 | 01 | 1,33 |
| Agressão verbal | 08 | 66,67 | 44 | 58,67 |
| Assédio moral | 03 | 25,00 | 30 | 40,00 |
| Assédio sexual | 00 | 0,00 | 00 | 0,00 |
| Total | 12 | 100,00 | 75 | 100,00 |

Fonte: HMWG – NATAL/RN, 2009.

Na Tabela 09, observamos que em 12 episódios de violência, o profissional precisou afastar-se temporariamente do trabalho. Ao multiplicarmos o número de episódios nos quais houve afastamento das atividades profissionais pelo número de dias perdidos em cada evento, identificamos que, ao todo, ocorreram 75 dias de absenteísmo. Destacamos que dos 12 (100,00%) episódios em que o profissional precisou ausentar-se do trabalho, 08 (66,67%) estavam relacionados à agressão verbal e apenas 1 (8,33%) à agressão física.

Quanto ao número de dias de absenteísmo, observamos que 44 (58,67%) foram relacionados à agressão verbal, 30 (40,00%) ao assédio moral e 01 (1,33%) à agressão física. Não houve nenhum afastamento em virtude dos episódios de assédio sexual.

Destacamos que o número de dias de trabalho perdidos por tipo de violência, foi proporcional ao número de episódio de cada tipo de violência. Desse modo, uma das razões que supomos contribuir para o fato dos episódios de agressão verbal causarem maior número de eventos com absenteísmo quando comparado a agressão física, seja pelo motivo desta não ter apresentado eventos tão graves, e da maior frequência de eventos de agressão verbal.

Dados semelhantes aos nossos foram encontrados em uma pesquisa sobre violência e capacidade para o trabalho, realizado em Campinas (SP), quando 6,5% dos profissionais de enfermagem referiram ter faltado ao trabalho como consequência da violência (MORENO, 2004).

No estudo realizado por Palácios et al. (2002) é apresentado o número de dias perdido referentes apenas a agressão física. Nesse sentido, esses autores encontram que dos 101 profissionais agredidos fisicamente, 12 informaram ter perdido algum tempo de trabalho devido ao incidente de violência. O tempo de afastamento do trabalho, variou de um dia a seis meses.

Além do afastamento direto, é importante destacar que a violência ocupacional, também pode contribuir de modo indireto na disponibilidade ou contratação de profissional para trabalhar em certas instituições de saúde.

Nesse sentido, no estudo realizado por Santos Júnior e Dias (2005), com médicos de serviços de pronto atendimento, em Belo Horizonte (MG), foi identificado que, em virtude da violência no ambiente de trabalho, mais da metade dos médicos pesquisados já pensaram em abandonar o emprego ou pedir transferência da unidade de saúde, com isso podemos identificar que as perdas por o afastamento do trabalho relacionado à violência não se dá apenas de forma direta.

Nesse raciocínio, a violência ocupacional é considerada na literatura consultada, como um problema que além de causar afastamento do trabalho, dificulta a contratação e permanência de profissionais para certas unidades de saúde, seja pela violência urbana ou ocupacional, específica daquela instituição (JACKSON; CLARE; MANNIX, 2002).

Desse modo podemos inferir que o afastamento por violência ocupacional é uma importante consequência, que apesar de afetar pequeno número de vítimas, pode acarretar perda de muitos dias de trabalho. Com isso, resulta em desgaste e custos financeiros elevados tanto para o profissional como para a instituição de saúde.

5.5 ANÁLISE DA SIGNIFICÂNCIA ESTATÍSTICA E VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL.

O Quadro 06 mostra a análise da significância estatística da relação entre as variáveis de caracterização sociodemográfica e cada um dos tipos de violência ocupacional estudados, calculada por meio do teste X^2 e do teste de Mann-Whitney, ao nível de 5%.

| Variáveis de caracterização sócio-demográfica | TIPO DE VIOLÊNCIA | | | |
|---|-------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | Agressão Física | Agressão Verbal | Assédio Moral | Assédio sexual |
| Sexo* | p= 0,453 | p= 0,791 | p= 0,033 | p= 0,238 |
| Masculino(%)*** | 2,4 | 34,3 | 9,0 | 2,4 |
| Feminino (%)*** | 3,7 | 35,9 | 15,1 | 1,2 |
| Grau de instrução* | p= 0,416 | p= 0,188 | p= 0,109 | p= 0,578 |
| Médio completo/incompleto (%)*** | 2,4 | 23,3 | 9,4 | 0,8 |
| Superior completo/incompleto (%)*** | 3,7 | 46,9 | 14,7 | 2,9 |
| Estado Civil** | p= 0,312 | p= 0,414 | p= 0,261 | p= 0,397 |
| Idade** | p= 0,707 | p= 0,784 | p= 0,179 | p= 0,002 |

Quadro 06 – Distribuição da análise da significância estatística, segundo ter sido vítima de violência ocupacional e caracterização sócio-demográfica como fator potencialmente explicativo.

Fonte: HMWG – NATAL/RN, 2009.

* Teste X^2 ; **Teste de Mann-Whitney; ***Percentual de vítimas

No Quadro 06, quando cruzamos as variáveis de caracterização sociodemográfica com os tipos de violência, observamos significância estatística, ao nível de 5%, em dois cruzamentos. Nesse sentido, observamos significância no cruzamento da variável sexo em relação ao assédio moral ($p=0,033$), e da idade em relação ao assédio sexual ($p=0,033$). Com isso, podemos inferir que ser mulher representa um maior risco de sofrer assédio moral, e ser mais jovem implica em uma maior chance de sofrer assédio sexual, visto que, o maior percentual de assédio moral ocorreu no sexo feminino, e que dos 09 episódios de assédio sexual, 05 ocorreram com profissionais que tinham entre 26 e 30 anos de idade.

Em relação aos demais cruzamentos das variáveis de caracterização sociodemográfica com os quatro tipos de violência estudados, embora não tenhamos observado uma relação de significância estatística, podemos observar algumas tendências no que se refere à variável sexo e grau de instrução, quando aplicado o teste X^2 .

Quanto ao cruzamento dos quatro tipos de violência com o sexo, embora apenas o assédio moral tenha apresentado significância estatística, é importante destacar que houve uma tendência para que as pessoas do sexo feminino sofram mais agressões física e verbal e o assédio sexual para o sexo masculino.

Quanto ao cruzamento dos quatro tipos de violência com o grau de instrução, embora não tenha sido observada significância estatística, verificamos uma maior tendência para todos os tipos de violência entre aqueles que tinham nível superior completo ou incompleto, quando

comparados com aqueles que tinham o ensino médio completo ou incompleto, para todos os tipos de violência.

Alguns estudos que fizeram a análise da significância estatística entre a variável sexo e violência ocupacional, quanto a todos os tipos de agressão, não encontram significância nessa relação (JACKSON; ASHLEY, 2005; CEZAR; MARZIALE, 2006; LEUNG, 2006; PRIVITERA et al., 2005; LANZA; ZEISS; RIERDAN, 2006). Porém, embora sem significância estatística, alguns autores destacam que a violência ocupacional foi mais prevalente nos homens. (JACKSON; ASHLEY, 2005 ; PRIVITERA et al. 2005 ; CEZAR; MARZIALE 2006)

Entretanto, em dois estudos, foi encontrada associação com significância estatística entre ter sido vítima de violência ocupacional e a variável sexo, apresentando uma tendência para o sexo feminino (MORENO, 2004; PALÁCIOS et al. 2002).

Diferente dos nossos achados, no estudo realizado por Farrell; Bobrowski e Bobrowski (2006), foi encontrada uma proporção estatisticamente significante de episódios de agressão tanto física como verbal no sexo masculino.

Nessa discussão, o relatório apresentado por Di Martino (2002), com base no estudo de vários países, Bulgária (UE), Austrália (Oceania), África do Sul (África), Portugal (UE), 54% Tailândia (Ásia) e Brasil (América Latina), foi identificado que tanto os homens como as mulheres parecem estar em perigo, no entanto as mulheres são as principais vítimas dos casos de violência no trabalho.

Nessa discussão, Lawoko; Soares e Nolan (2004) ressaltam que embora o gênero feminino tenha sido considerado como o mais sujeito à violência, especialmente de natureza sexual, isto não está evidenciado na literatura, sendo incoerente considerar o sexo feminino ou masculino como mais propensos a violência.

Quanto ao cruzamento entre sexo e assédio sexual, dados semelhantes aos nossos, no que concerne a maior proporção de vítimas de assédio sexual no sexo masculino, foi encontrado também por Palácios et al. (2002), em um estudo realizado no Rio de Janeiro (RJ) com profissionais da saúde. Esses autores destacam que o entendimento de assédio sexual pelos homens ou o medo em tornar pública esta questão pelas mulheres podem ter interferido nas diferenças encontradas entre os gêneros.

No que se refere a essa maior tendência de violência entre os profissionais com maior nível de instrução, destacamos que, segundo o Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) de modo geral, quanto mais elevada à formação do profissional, melhores serão os resultados dos cuidados prestados aos pacientes. Desse modo, se há melhor qualidade na assistência,

haverá também maior satisfação por parte do usuário e, conseqüentemente, menos violência (CIE, 2007).

Entretanto em nosso estudo, foi observado maior percentual entre aqueles que tinham maior grau de instrução. Sendo assim, uma das razões que supomos contribuir para esse achado, seja o fato de que, aquele que têm mais escolaridade, sejam mais sensíveis para interpretar um ato como sendo violência.

No que se refere à idade, a literatura mostra divergência, de modo que, não podemos considerar que ser mais jovem ou ter uma idade mais avançada seja um fator determinante para a violência ocupacional, como podemos observar nos parágrafos seguintes.

Nesse sentido, em dois estudos, um realizado por Farrell, Bobrowski e Bobrowski (2006) na Tasmânia (Austrália) e outro por Jackson e Ashley (2005), na Jamaica (África), foi encontrado que os profissionais de saúde com idade menor de 44 anos (adultos jovens) são mais susceptíveis de sofrerem violência física, quando comparados àqueles com idade superior a esta, embora nesse estudo, não tenha sido encontrada significância estatística.

No entanto, em Izmir (Turquia), em uma pesquisa desenvolvida com a equipe de enfermagem, houve uma relação estatisticamente significativa entre a idade e experiência pessoal, quanto a ter sido vítima tanto da agressão física como verbal. Nesse sentido, quanto maior a idade, maior relação com episódios de violência (ERGÜN; KARADAKOVAN, 2005).

Todavia, nos estudos realizados por Palácios et al. (2002) e Moreno (2004), não foi encontrada associação entre violência e faixa etária. Especificamente no estudo realizado por Palácios et al. (2002) foi identificado que a frequência da violência estava distribuída por todas as faixas etárias, porém os profissionais que apresentaram uma maior tendência para a violência, foram aqueles com a idade compreendida entre 30 e 39 anos e entre 55 e 59 anos.

O Quadro 07 mostra a análise da significância estatística da relação entre as variáveis de caracterização profissional e cada um dos tipos de violência ocupacional estudados, calculada por meio do teste X^2 e do teste de Mann-Whitney, em nível de 5%.

| Variáveis de caracterização profissional | TIPO DE VIOLÊNCIA | | | |
|---|-------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | Agressão Física | Agressão Verbal | Assédio Moral | Assédio sexual |
| Categoria profissional * | p= 0,048 | p= 0,049 | p= 0,080 | p= 0,485 |
| Medicina (%)*** | 1,6 | 32,7 | 9,8 | 1,6 |
| Enfermagem (%)*** | 4,5 | 37,6 | 14,3 | 2,0 |
| Tempo de Experiência na Profissão ** | p= 0,818 | p= 0,963 | p= 0,249 | p= 0,003 |
| Tempo de Serviço na Urgência ** | p= 0,941 | p= 0,648 | p= 0,216 | p= 0,016 |
| Setor da Urgência onde trabalha** | p= 0,419 | p= 0,573 | p= 0,039 | p= 0,030 |

Quadro 07 – Distribuição da análise da significância estatística, segundo ter sido vítima de violência ocupacional e caracterização profissional como fator potencialmente explicativo.

Fonte: HMWG – NATAL/RN, 2009.

*Teste X^2 ; **Teste de Mann-Whitney; ***Percentual de vítimas.

No Quadro 07, observamos que todas as variáveis de caracterização profissional apresentaram significância estatística no mínimo para um dos tipos de violência ocupacional, em nível de 5%. Nesse sentido, quando cruzamos as variáveis, categoria profissional com os tipos de violência, identificamos significância estatística quanto a agressão física ($p=0,048$) e a agressão verbal ($p=0,049$). Sendo assim, pertencer a equipe de enfermagem, significa ter um maior risco quanto a estas duas formas de violência no ambiente hospitalar. Destacamos também, que mesmos sem apresentar significância estatística, no que se refere ao assédio moral e sexual, a equipe de enfermagem apresentou um maior percentual que a equipe médica.

Acreditamos que uma alternativa para explicar essa tendência de violência entre os profissionais de enfermagem, seja o fato destes terem um maior contato com os pacientes e acompanhantes.

Embora alguns estudos não apresentem testes estatísticos, os resultados se assemelham ao nosso quando encontram maior frequência de vítimas de violência na Enfermagem (DI MARTINO, 2002; JACKSON; ASHLEY, 2005; LANZA; ZEISS; RIERDAN, 2006).

Nesse sentido, em pesquisa realizada por Lanza, Zeiss e Rierdan (2006), foi identificado que a Enfermagem apresentou probabilidade de duas a cinco vezes maior de sofrer violência física e psicológica, respectivamente, quando comparado aos outros profissionais da saúde. Quando comparada a equipe de enfermagem com os trabalhadores que não prestam assistência direta ao paciente, essa chance aumenta para sete vezes. Corroborando esses dados, Di Martino (2002), afirma que a Enfermagem apresenta em média três vezes

mais probabilidade de experimentar violência no local de trabalho do que os outros profissionais.

Entretanto, é importante ressaltar que em alguns contextos não existem diferença entre categoria profissional e vitimização de violência, ou seja, todos apresentam uma probabilidade semelhante de sofrer violência. Nesse sentido, em estudo realizado com 33 profissionais da enfermagem e 14 médicos, em Londrina (PR), não foi encontrada significância estatística entre as variáveis, vítima de violência e categoria profissional (CEZAR, 2005).

Quanto ao tempo de experiência profissional e violência, pesquisas com dados de vários países, Bulgária (UE), Austrália (Oceania), África do Sul (África), Portugal (UE), 54% Tailândia (Ásia) e Brasil (América Latina), embora sem descrição da análise da significância estatística, tem demonstrado que indivíduos com menos anos de experiência de trabalho eram mais susceptíveis de serem vítimas de violência no trabalho quando comparados com aqueles com mais tempo de serviço (DI MARTINO, 2002). Esse achado é confirmado por Privitera, et AL. (2005), pois encontram que a experiência profissional apresentou-se, significativamente, como um fator protetor, mas não como uma garantia contra atos violentos.

Em Belo Horizonte (MG), numa pesquisa realizada por Santos Júnior e Dias (2005), com médicos de unidade de pronto atendimento, foi visto uma diferença na ocorrência de ameaças entre os profissionais recém-chegados na UPA (menos de um ano) em relação aos demais. Dos profissionais com menos de um ano na unidade, 27,3% relataram que foram vítimas de ameaças exercendo atividades laborais. Esse valor aumentou para quase 50,0%, quando o médico tem mais de um ano de exercício de atividades no serviço pesquisado ($p=0,031$).

Entretanto, em estudo realizado no Rio de Janeiro (RJ), por Palácios et al. (2002), os profissionais que tinham entre 16 e 20 anos de experiência, foram os que mais relataram episódios de agressão verbal, assédio sexual e moral. Sendo assim, nesse contexto, os profissionais mais experientes se constituíram no grupo de maior risco. Quanto à violência física, foi encontrado que o grupo que tinha mais de 20 anos de experiência foi o que apresentou um maior risco. Desse modo, em relação ao tempo de serviço ou experiência profissional, os dados apresentados na literatura são divergentes. Além do mais, devemos considerar os vários tipos de violência e a peculiaridade de cada contexto.

Neste sentido, segundo Camerino et al. (2008), a falta de experiência interfere na violência advinda tanto dos superiores como dos pacientes e acompanhantes. Esses autores apresentam que uma possível explicação para que os enfermeiros tenham essa percepção, é que, quando são atribuídas tarefas para as quais eles se sentem inseguros, os profissionais

podem interpretar como assédio moral. Além disso, quando o enfermeiro, demonstra-se inexperiente ou desorientado quanto ao que fazer no serviço, pode tornar-se também mais propenso à discriminação e perseguição pelos colegas, assim como, poderá prejudicar a qualidade do relacionamento com os pacientes e acompanhantes.

6 CONCLUSÕES

Considerando os objetivos propostos para este estudo, os resultados encontrados permitiram as seguintes conclusões:

- **No que se refere à caracterização sociodemográfica da equipe de saúde**

Dos 245 profissionais pesquisados, 124 (50,62%) eram médicos; 95 (38,77%) auxiliares/técnicos de enfermagem; e 26 (10,61%) enfermeiros; do sexo feminino, 124 (50,6%); entre 41 a 45 anos de idade, 55 (22,45%), e 45 a 50 anos idade, 39 (15,92%); com pós-graduação, 126 (51,41%); casados, 149 (60,82%).

Quando analisados por categoria profissional, 93 (75%) médicos eram do sexo masculino; na faixa etária entre 41 a 45 anos de idade 23 (18,55%) e 36 a 40 anos 15 (15,32%); entre 56 e 60 anos com igual percentual, 15 (15,32%); com pós-graduação, 108 (87,1%), casados, 96 (77,42%).

Os enfermeiros eram do sexo feminino, 20 (76,92%); entre 45 e 50 anos de idade, 08 (30,77%), e entre 41 a 45 anos, 05 (19,23%); com pós-graduação, 18 (69,23%); casados 14 (53,85%).

Em relação aos auxiliares/técnicos de enfermagem, 73 (76,84%), eram do sexo feminino; entre 41 a 45 anos, 27 (28,42%), e 45 e 50 anos, 17 (17,90%); com ensino médio, 74 (77,90%), e o superior incompleto, 15 (15,76%); casados, 39 (41,06%).

- **No que se refere ao tempo na profissão e no serviço de urgência do profissional de saúde**

Em relação ao total da população estudada, 245 profissionais, 52 (21,22%), tinham entre 16 a 20 anos, e 11 a 15 anos de experiência profissional, 50 (20,41%); 54 (22,04%), tinham entre seis e 10 anos de experiência no serviço de urgência, e 52 (21,22%) entre 16 e 20 anos; trabalham 40 horas semanais, 211 (86,12%); no setor de politrauma, 72 (29,39%); nos turnos diurno e noturno, 172 (70,21%).

Quando analisados por categoria profissional, os médicos tinham entre 16 e 20 anos de experiência na profissão, 28 (22,58%), e entre 26 e 30 anos, 23 (18,55%); tinham entre 16 a

20 anos de experiência no serviço de urgência, 37 (29,83%), e entre 11 a 15 anos, 21 (16,93%); trabalham 40 horas semanais, 95 (76,61%), no setor de politrauma 52 (41,93%); nos turnos diurno e noturno, 111 (89,52%).

Os enfermeiros tinham entre 21 a 25 anos de experiência na profissão, 11 (42,31%), e entre 16 a 20 anos, 05 (19,23%); com 01 a 05 anos de experiência no serviço de urgência, 09 (34,61%), e entre 11 a 15 anos, 6 (23,08%); trabalham 40 horas semanais, 25 (96,15%); na sala de observação, 08 (30,77%); nos turnos diurno e noturno, 11 (42,31%).

Em relação aos auxiliares/técnicos de enfermagem, 29 (30,52%), tinham entre 11 entre seis a 10 anos de experiência no serviço de urgência, 23 (24,21%), entre um e cinco anos; trabalham 40 horas semanais, 91 (95,79%); na sala de reanimação, 23 (24,21%); nos turnos diurno e noturno 50 (52,63%).

- **No que se refere aos aspectos relacionados à violência ocupacional, física, verbal, assédio moral ou assédio sexual.**

Em relação à opinião de todos os profissionais sobre se a violência ocupacional, 178 (72,65%), entendem que a violência não é algo normal para a profissão. Quando analisados por categoria profissional, 88 (70,97%) dos médicos, 21 (80,77%) dos enfermeiros e 69 (72,63%) dos auxiliares/técnicos de enfermagem referiram que a violência não faz parte das atividades desenvolvidas na sua profissão.

Quanto à opinião dos profissionais de saúde sobre os principais fatores de risco para a violência ocupacional, 212 (86,53%), consideraram os acompanhantes como fator de risco; 179 (73,06%) referiram a inadequação da estrutura física; 161 (65,71%) a falta de segurança ou policiais no ambiente de trabalho; 153 (62,45%) referiram serem os pacientes violentos e longas filas de espera.

No que se refere à participação dos profissionais em treinamentos sobre como agir diante de episódios de violência ocupacional, 222 (90,39%), nunca participaram. Analisando este dado por categoria profissional, 118 (95,16%) dos médicos, 23 (88,46%) dos enfermeiros e 81 (85,26%) dos auxiliares/técnicos de enfermagem, nunca participaram de um treinamento sobre o tema.

Daqueles que receberam treinamento, 16 (36,36%) foi sobre agressão verbal; 15 (34,09%), agressão física; 07 (15,91%) assédio moral e 06 (13,64%) sobre assédio sexual.

Em relação ao conhecimento dos profissionais das equipes de enfermagem e médica sobre a existência de um procedimento estabelecido pela instituição para o relato de violência

ocupacional, 112 (45,71%) afirmaram não saber dessa existência, 101 (41,22) disseram não existir e 32 (13,06%) relataram que existe.

- **No que se refere à violência ocupacional sofrida pelos profissionais da equipe médica e de enfermagem nos últimos 12 meses**

Dos profissionais da equipe médica e de enfermagem, 179 (73,03%), sofreram alguma forma de violência ocupacional, nos últimos 12 meses de trabalho. Em relação a cada categoria profissional, a violência ocupacional foi vivenciada por 75 (78,95%) auxiliares de enfermagem; enfermeiros 20 (76,92%); e médicos 84 (67,74%).

Quanto ao tipo de violência, ocorreram 172 (70,20%) episódios de agressão verbal; assédio moral, 59 (24,08%); agressão física, 15 (6,12%); e assédio sexual 09 (3,63%).

No que se refere ao tipo de violência por categoria profissional, 80 (64,52%) médicos sofreram agressão verbal; assédio moral, 24 (19,36%); assédio sexual, 04 (3,22%) e agressão física, 04 (3,22%).

Quanto aos enfermeiros 20 (76,92%) sofreram agressão verbal; assédio moral, 08 (30,77%); assédio sexual, 02 (7,69%); e agressão física, 02 (7,69%).

Em relação aos auxiliares/técnicos de enfermagem, 72 (75,79%) sofreram agressão verbal; assédio moral, 27 (28,42%); agressão física 09 (9,48%) e assédio sexual 03 (3,16%).

Quanto ao número de vezes que cada um dos profissionais da equipe médica e de enfermagem foram vitimizados para cada tipo de violência no decorrer dos doze meses investigados, 08 (53,33%) dos que foram vítimas de agressão física e 04 (44,44%) dos que foram vítimas de assédio sexual, o foram apenas uma vez; 80 (46,51%) dos que foram vítima de agressão verbal e 20 (33,90%) dos que foram vítima de assédio moral, o foram por quatro ou mais vezes.

No que se refere ao agressor por tipo de violência, 10 (66,67%) agressões físicas foram produzidas pelos pacientes e 05 (33,33%) pelos acompanhantes; 100 (58,14%) agressões verbais foram cometidas pelos acompanhantes; 36 (20,93%) pelos pacientes e 36 (20,93%) pela equipe de saúde; o assédio moral foi ocasionado pela equipe de saúde em 41 (69,49%) episódios e pelos acompanhantes em 14 (23,73%); 04 (44,44%) episódios de assédio sexual foram produzidos pelos pacientes e 04 (44,44%) pela equipe de saúde.

Quanto ao horário de ocorrência por tipo de violência, 06 (40,00%) das agressões físicas ocorreram entre sete e 13 horas e 04 (26,67%) entre 13 e 24 horas; das agressões

verbais, 67 (38,95%) ocorreram entre sete e 13 horas e 58 (33,72%) entre 19 e 24 horas; dos episódios de assédio moral 30 (50,85%) ocorreram entre sete e 13 horas e 17 (28,21%) entre 13 e 19 horas; dos episódios de assédio sexual, 04 (44,44%) ocorreram entre sete e 13 horas, e igual percentual, 02 (22,22%) ocorreram entre 13 e 19 horas e entre 19 e 24 horas.

Em relação ao setor que ocorreu a violência de acordo com o tipo, 05 (33,33%) das agressões físicas ocorreram no politrauma, e igual percentual, 02 (13,33%) ocorreram tanto na sala de observação, como no atendimento clínico; 46 (26,74%) das agressões verbais ocorreram no politrauma e 35 (20,35%) no atendimento clínico; 11 (18,64%) dos episódios de assédio moral ocorreram no atendimento clínico, e 10 (16,95%) na urgência pediátrica; 03 (33,33%) dos episódios de assédio sexual ocorreram no politrauma e 03 (33,33%) na sala de observação. Em relação aos outros setores nos quais ocorreram os episódios de violência, temos: chefia, corredor e por telefone.

Quanto a reação dos profissionais diante dos episódios de violência, 96 (37,65%) contou para colegas, 66 (25,88%) comunicou de modo informal para seus superiores, 64 (25,10%) relatou para seus familiares e amigos, 62 (24,31%) pediu para a pessoa parar e 54 (21,18%) não tiveram reação. Quanto a reação por tipo de violência, 09 (60,00%) dos profissionais que sofreram agressão física contou para os colegas, 06 (40,00%) contou para seus familiares e amigos, 06 (40,00%) não teve reação e 04 (26,67%) notificou de modo formal a quem de direito do hospital; 66 (38,37%) dos profissionais que sofreram agressão verbal contou para colegas, 49 (28,49%) comunicou de modo informal a seus superiores e 47 (27,33%) pediu para o agressor parar; 20 (33,90%) dos profissionais que sofreram assédio moral contou para os colegas, 15 (25,42%) contou para familiares, e igual percentual 14 (23,73%) não tiveram reação ou comunicou de modo informal a seus superiores; 05 (55,56%) dos profissionais que sofreram assédio sexual tentou fingir que nada aconteceu, 03 (33,33%) pediu para a pessoa parar no entanto, nenhum dos episódios de assédio sexual foi comunicado a chefia seja de modo formal ou informal.

Quanto a resposta dos profissionais sobre a tomada de providência diante daqueles episódios de violência ocupacional que foram comunicados a chefia de modo formal ou informal e daqueles que pediram ajuda ao sindicato/associação/conselho, 68 (80,00%) disseram que não foi tomada providência alguma, 02 (2,35%) não souberam informar e 15 (17,65%) afirmaram que foram tomadas providência.

Quanto ao responsável pela tomada de providência, 09 (60%) foi a administração do hospital e 03 (20%) a polícia, e 01 (6,67%) foi o sindicato/associação/conselho. O enfermeiro

do setor e o guarda do hospital representaram os outros, 02 (13,33%) dos responsáveis pela tomada de providência.

Quanto aos motivos para o não relato de violência a direção do hospital ou a algum órgão de direito, o principal foi considerar que não seriam tomadas providência 106 (61,63%), seguido da consideração de que o episódio de violência não tinha sido importante, 35 (20,35%), e de que ficou com medo das consequências negativas 13 (7,56%).

Quanto às consequências da violência ocupacional, 146 (55,25%) referiram estresse; 98 (38,43%) tristeza; 64 (25,10%) ansiedade; e 50 (19,61%) sentimento de baixa na autoestima. A consequência mais referida foi tristeza em 09 (60,00%) das vítimas de agressão física e 09 (44,44%) de assédio sexual; e estresse em 107 (62,21%) das vítimas de agressão verbal e em 32 (54,24%) das vítimas de assédio moral.

Quanto à necessidade de afastamento do trabalho devido a violência ocupacional, 12 (4,12%) dos profissionais se ausentaram. Analisando por tipo de violência, a que causou maior necessidade de afastamento foi a agressão verbal 8 (66,67%), seguido do assédio moral 3 (25,00%) e da agressão física, com 01 (8,33%) episódios. Os profissionais vítimas de assédio sexual não necessitaram ausentar-se do trabalho.

Quanto ao número de dias de trabalho perdidos, em relação a todos os tipos de violências, foram 75 (100%) dias de trabalho perdidos. Por tipo de violência ocupacional, foram 44 (58,67%) dias de afastamento por agressão verbal, 30 (40,00%) por assédio moral, e 1 (1,33%) por agressão física.

- **No que se refere análise da significância estatística e variáveis de caracterização**

Quanto a análise da significância estatística, foi observado significância ($p < 0,005$) nas seguintes relações: o sexo em relação ao assédio moral ($p = 0,033$); a idade em relação ao assédio sexual ($p = 0,002$); a categoria profissional em relação a agressão física ($p = 0,048$) e verbal ($p = 0,049$); o tempo de experiência na profissão e na urgência em relação ao assédio sexual ($p = 0,003$) e ($p = 0,016$) respectivamente; e o setor da urgência onde trabalha em relação ao assédio moral ($p = 0,039$) e sexual ($p = 0,030$).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizamos esta pesquisa porque sentimos a necessidade de estudar sobre a violência ocupacional, um problema presente no dia-a-dia dos profissionais da saúde, que traz grandes consequências, tanto para os profissionais, como para as instituições de saúde e pacientes, mas que, no entanto, ainda é pouco visualizado e estudado.

Esse interesse surgiu já na graduação, quando ainda nos estágios curriculares, presenciamos alguns atos de violência contra os profissionais da saúde, no seu ambiente de trabalho. Na tentativa de entendermos esse fenômeno surgiram muitas questões a serem esclarecidas. Com a oportunidade de cursar o Mestrado, pudemos nos aprofundar mais sobre a temática e conhecer melhor alguns aspectos desse fenômeno.

Nesse percurso, realizamos uma vasta revisão de literatura sobre a temática, e encontramos que este é um problema de abrangência mundial, sendo necessários mais estudos na realidade brasileira, visto que a literatura específica sobre o assunto é muito escassa, no Brasil, sobretudo na região Nordeste, onde ainda não havia nenhum estudo sobre o assunto.

Para a Enfermagem essa temática é de fundamental importância, visto que, dentre os profissionais de saúde, estes são as principais vítimas, seja da agressão física, da agressão verbal, do assédio moral e do assédio sexual, assim como pela grande repercussão desse fenômeno, como já apresentamos anteriormente. Nesse sentido, como ciência e como profissão, a Enfermagem tem o compromisso de desenvolver conhecimento que vise melhorar as condições de trabalho, assim como a assistência aos pacientes.

Com essa pesquisa, confirmamos, em nosso contexto, os achados de vários estudos, pois foi encontrada uma alta prevalência de violência ocupacional contra os profissionais da saúde, causada por inúmeros fatores, sendo os acompanhantes e pacientes os principais responsáveis por esse fenômeno. Além destes achados, confirmamos que os episódios trazem grandes consequências e que este é um problema subnotificado.

Por conseguinte, nos trouxe à tona algumas necessidades no enfrentamento dessa questão, a fim de minimizar o impacto da violência no ambiente de trabalho:

- Maior sensibilização de toda população, em especial dos profissionais da saúde;
- Inserção dessa temática no currículo dos cursos da área da saúde, e em programas de educação permanente nos serviços de saúde;
- Criação de um espaço específico para a discussão dessa temática nos serviços;

- Participação dos profissionais na identificação dos riscos de violência e na idealização das medidas preventivas;
- Desenvolvimento de políticas institucionais que visem o combate à violência, e o apoio às vítimas;
- Criação de um espaço específico para a notificação e resolução dos casos de violência no ambiente de trabalho.

Entretanto, entendemos que a violência ocupacional no setor da saúde é uma questão muito complexa, que não está limitada apenas aos fatores individuais, estruturais/organizacionais, mas também aos fatores sociais e a questões políticas. Desse modo, as ações voltadas para o enfrentamento desse problema não devem estar limitadas apenas ao ambiente de trabalho, pois este está situado em um contexto bem maior.

Quanto às limitações, destacamos a possibilidade de viés relacionado ao tempo, visto que investigamos a violência nos últimos 12 meses de trabalho, o que pode ser susceptível de esquecimento. Nesse sentido, há uma diversificação muito grande na literatura, pois alguns estudos investigam a violência em toda a carreira profissional, e outras no último mês ou em alguns meses; no entanto, a maioria tem investigado no último ano.

Outro problema pode estar relacionado à definição de violência, pois, apesar de termos apresentado o conceito de violência ocupacional e das suas várias formas de manifestação, essa é uma questão subjetiva, e o que para um pode ser considerado um ato violento, para outro pode ser entendido como algo normal. Desse modo, seria importante que pesquisas futuras pudessem utilizar uma metodologia mais padronizada para melhor comparar os estudos, e, até mesmo, avaliar a evolução desse fenômeno.

Com o término dessa pesquisa, apesar de ser bastante extensa, temos a certeza de não termos esgotado todas as questões pertinentes sobre a temática; no entanto, esperamos que este estudo possa servir como base para a discussão desse fenômeno, seja no ambiente de trabalho ou no meio acadêmico, assim como que novas pesquisas possam surgir, investigando questões mais específicas, no intuito de contribuirmos para a construção de um ambiente de trabalho digno e seguro para todos os profissionais.

Consideramos também fundamental dar prosseguimento a essa discussão, num futuro próximo, em um doutorado para aprofundar melhor essa temática.

REFERÊNCIAS

ADIB, S. M. Violence against nurses in healthcare facilities in Kuwait. **International Journal of Nursing studies**, n. 39, p. 469-478, 2002.

AMERICAN PSYCHIATRIC NURSES ASSOCIATION (APNA) Workplace Violence – Position Statement. **Position Statement**. Executive Summary. 2008. Disponível em: <http://www.apna.org/files/public/APNA_Workplace_Violence_Position_Paper.pdf> Acesso em: 09 ago. 2009.

ALKIMIM, M. A. **A violência na Relação de trabalho e a proteção à personalidade do trabalhador**. 2007. 284 p. Tese (Doutorado) – Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada as ciência sociais**. 7. ed. Florianópolis: editora da UFSC, 2007, 315 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências: Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01, publicada no **DOU** nº 96 seção 1e, de 18/5/01 / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Panorâmico/Brasil**. v. II; Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. out., 2007. (Painel de indicadores do SUS, 3).

_____. Ministério da Saúde. **Panorâmico/Brasil**. Ministério da Saúde. v. III; Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. nov. 2008. (Painel de indicadores do SUS, 5).

_____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos (Res. CNS 196/96 e outras)**. Brasília: 2000. (Séries Cadernos Técnicos).

_____. 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. 340 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2007** – uma análise da situação de saúde – Perfil de mortalidade do brasileiro. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, nov. 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/coletiva_saude_061008.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2009.

BUCASIO, E. et al. Transtorno de estresse pós-traumático como acidente de trabalho em um bancário: relato de um caso. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v.27, n.1, p. 86-89, abr. 2005.

CAMERINO, D. et al. Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: A longitudinal cohort study. **International journal of nursing studies**, v. 45, n. 1, p. 35-50, jan. 2008.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1996, 209 p.

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

CEZAR, E. S. **Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da Cidade de Londrina, Paraná**. 2005. 108 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

COE, R.; GOULD, D. Disagreement and aggression in the operating theatre. **Journal of Advanced Nursing**, v. 61, n. 6, p. 609–618, 2008.

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAGEM (CIE). Entornos de práctica favorables, Lugares de trabajo de calidad, atención de calidad al paciente. Ginebra, 2007. Disponível em: <http://www.icn.ch/indkit2007sp.pdf>> Acesso em: 05 jul. 2009.

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS (CIE). La violencia - Epidemia mundial. Boletín del CIE. Espacio de noticias/la enfermería importa/la violencia – epidemia mundial. 1999. Disponível em: <http://www.icn.ch/matters_violencesp.htm> Acesso em: 09 ago. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. Resolução Cofen -293/2004
Disponível Em:
<<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7121§ionID=34>> Acesso em: 09 ago. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). 2009. Disponível em:
<<http://www.portalmedico.org.br/novoportal/index5.asp>> Acesso em: 09 ago. 2009.

CONTRERA-MORENO, L.; CONTRERA-MORENO, M. I. Violência no trabalho em enfermagem: um novo risco ocupacional. **Rev. bras. enferm.**, v. 57, n. 6, dez. 2004.

COSTA, A. R. L. C. **As múltiplas formas de violência no trabalho de enfermagem: o cotidiano de trabalho no setor de emergência e urgência clínica em um hospital público.** 2005. 227 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

COSTA, A. L. R. C.; MARZIALE, M. H. P. Relação tempo-violência no trabalho de enfermagem em Emergência e Urgência. **Rev. bras. enferm.**, v.59, n. 3, p. 337-343, maio/jun. 2006.

DESLANDES, S. F. **Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar: representações, práticas, interações e desafios.** 2000. 236 p. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

DESLANDES, S. F. et al. Caracterização diagnóstica dos serviços que atendem vítimas de acidentes e violências em cinco capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11(Sup), p. 1279-1290, 2007.

DIAS, I. Violência contra as mulheres no trabalho - o caso do assédio sexual. **Sociologia, Problemas e Práticas**, n. 57, p.11-23, 2008.

DI MARTINO, V. **Workplace violence in the health sector. Country case studies. Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study.** International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization, and Public Services International (OIT/CIE/OMS/PSI). Geneva. 2002. Disponível em: <<http://www.icn.ch/SynthesisReportWorkplaceViolenceHealthSector.pdf>> Acesso em 09 de maio de 2008.

ERGUN F. S.; KARADAKOVAN A. Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. **International nursing review**, v. 52, n. 2, p. 154-160, jun. 2005.

FARIAS, G. M. et al. Violência ocupacional: situação de risco a dignidade e integridade dos profissionais da saúde. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*. v.4, n.1, jan./mar. 2010.

FARRELL, A. G.; BOBROWSKI, C.; BOBROWSKI, P. Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. **Journal of Advanced Nursing**, v. 55, n. 6, p. 778–787, 2006.

FERNADES, C. R. **Violência Moral na Enfermagem Goiânia:** AB, 2007. 144 p.

FERNS, T.; MEERABEAU L. Verbal abuse experienced by nursing students. **Journal of Advanced Nursing**, v. 61, n. 4, p. 436–444, 2008.

FERRINHO, P. et al. **Violência no local de trabalho no setor da saúde – estudo de caso de Portugal**. Jul. 2002. Disponível em: <http://www.ago.pt/attachments/060_vt_relatorio.pdf> Acesso em : 04 de set. de 2008.

FLANNERY R. B.; HANSON A.; PENK, W. Patients' Threats Expanded Definition of Assault. **General Hospital Psychiatry**, n. 17, p. 451-453, 1995.

FREIRE, P. A. Assédio moral e saúde mental do trabalhador. **Trab. Educ. Saúde**, v. 6 n. 2, p. 367-380, jul./out. 2008.

GARRIDO, M. P. Promoción y Protección de la Salud Mental en el Trabajo: Análisis Conceptual y Sugerencias de Acción. **Ciencia & Trabajo**, ano 6, n. 14, out./dez. 2004.

GERBERICH S. G. et al. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study . **Occupational and environmental medicine**, v. 61, n. 6, p. 495-503, jun. 2004.

GIL, C. A. Métodos e técnicas de pesquisa social. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994. 207 p.

GOODMAN, R. A.; JENKINS, E. L.; MERCY, J. A. Workplace-related homicide among health care workers in the United States, 1980 through 1990. **JAMA**, n. 272, p. 1686-1688, 1994.

GUNNARSDOTTIR, H. K. et al. Lifestyle, harassment at work and self-assessed health of female flight attendants, nurses and teachers. **Work**, n. 27, p. 165-172, 2006.

HUTCHINSON, M. et al. Workplace bullying in nursing: towards a more critical organisational perspective. **Nursing Inquiry**, v. 13, n. 2, p. 118–126, 2006.

JACKSON, D.; CLARE, J.; MANNIX, J. Who would want to be a nurse? Violence in the workplace – a factor in recruitment an retention. **Jornal of nursing managment**, n. 10, p. 13-20, 2002.

JACKSON, M.; ASHLEY, D. Physical and psychological violence in Jamaica's health sector. **Pan am. j. public health**, v. 18, n. 2, p. 114-121, ago. 2005.

JOHNSON, S. L. International perspectives on workplace bullying among nurses: a review. **International Nursing Review**, n. 56 p. 34-40, 2009.

KAISER, D. E.; BIANCHI, F. A violência e os profissionais de saúde na atenção primária. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v. 29, n. 3, p. 362-6, set. 2008.

KEELY, B. Could your patient or colleague become violent? **Nursing**, v. 32, n. 12, p. 32cc1-32cc5, 2002.

KLING, R. et al. Use of a Violence Risk Assessment Tool in an Acute Care Hospital: Effectiveness in Identifying Violent Patients. **AAOHN Journal**, v. 54, n. 11, p. 481-487, nov. 2006.

LACATOS, E. V.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico**. 4ª ed. São Paulo: atlas, 1995. 214 p.

LANCMAN, S. et al. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 682-688, ago. 2009.

LANZA, M. L., ZEISS, R. A., RIERDAN, J. Non-physical violence a risk factor for physical violence in health care settings. **AAOHN Journal**, v. 54, n. 9, set. 2006.

LAWOKO, S., SOARES, J.J., NOLAN, P., Violence towards psychiatric staff: a comparison of gender, job and environmental characteristics in England and Sweden. **Work and Stress**. vol. 18, n. 1, p. 39–55. 2004.

LEUNG, W. C. et al. Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. **Hong Kong Med J**, v. 12, n. 1, Fev. 2006.

LEWIS M. A. Nurse bullying: organizational considerations in the maintenance and perpetration of health care bullying cultures. **Journal of Nursing Management**, n. 14, p. 52–58, 2006.

LIMA, P. D. **Atuação dos profissionais de Saúde no atendimento à criança vítima de violência**. 2007. 154 p. Dissertação (Mestrado) – Departamento de enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN, 2007.

LIMA, P. D.; FARIAS, G. M. Condutas adotadas pelos profissionais de saúde com crianças hospitalizadas vítimas de violência. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 10, n. 3, p. 643-653, 2008.

LOVE, C. C.; MORRISON, E. American academy of nursing expert panel on violence policy recommendations on workplace violence. **Issues in Mental Health Nursing**, n. 24, p. 599–604, 2003.

LUCK, L.; JACKSON, D.; USHER, K. Innocent or culpable? Meanings that emergency department nurses ascribe to individual acts of violence. **Journal of Clinical Nursing**, v. 17, n. 8, p. 1071-1078, 2008.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MERECZ D, et al. Violence at the workplace - a questionnaire survey of nurses. **European Psychiatry**, v. 21, n. 7, p. 442-450, out. 2006.

MINAYO, M. C. S. A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, n. 10, (suplemento 1), p. 07-18, 1994.

MINAYO, M. C. S; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos. v. 4, n. 3, p: 513-531, nov. 1997- fev. 1998.

MINAYO, M. C. S. SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva**, v.4, n.1, p.7-23, 1999.

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

MORENO, L. C. **Violência e capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem**. 2003. 221 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

MORENO, L. C.; MONTEIRO, M. S. Resgate da produção científica sobre risco à saúde no trabalho em enfermagem na década de 90. **Acta Paul. Enfe.**, v. 16, n. 3, p. 81-87, jul./set. 2003.

NEEDHAM, I. et al. Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 49, n.3, p. 283–296, 2005a.

NEEDHAM, I. et al. The Impact of Patient Aggression on Carers Scale: instrument derivation and psychometric testing. **Nordic College of Caring Sciences. Scand J Caring Sci.**, n. 19, p. 296–300, 2005b.

OLIVEIRA, A. R.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência de gênero contra trabalhadoras de enfermagem em hospital geral de São Paulo (SP). *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 5, out. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan-Americana da Saúde. **132ª Sessão do Comitê Executivo**. Repercussão da violência na saúde das populações americanas. Organización Mundial de la Salud. (OMS) **Informe Mundial sobre la violencia y la Salud**. Ginebra. 2002. Disponível em: < http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia_2003.htm > Acesso em: 10 de ago. 2008.

ORTEGA, G. C.; ESPINOSA, L. C.; RIBAS, J. M. B. Violencia hacia profesionales de la salud en su lugar de trabajo. Incidentes violentos notificados por internet en Catalunya entre 2005 y 2007: resultados de un estudio piloto. *Arch Prev Riesgos Labor*, v. 11, n. 1, p. 14-19, 2008.

PAES-MACHADO, E.; LEVENSTEIN, C. Assaltantes a bordo: violência, insegurança e saúde no trabalho em transporte coletivo de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.18, n.5, p.1215-1227, out. 2002.

PALÁCIOS, M. **Violência no trabalho no setor saúde – Rio de Janeiro – Brasil. Relatório Preliminar de Pesquisa**. ILO/ICN/WHO/PSI. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.assediomoral.org/IMG/pdf/pesquisa_sobre_Violencia_no_trabalho_Universidad_e_Federal_RJ.pdf> Acesso em 03 de set. 2008.

PALACIOS, M.; REGO, S. Bullying: mais uma epidemia invisível? *Rev. bras. educ. med.*, v. 30, n. 1, p.3-5. jan./abr. 2006,

PARAVIC, T. VALENZUELA S. BURGOS M. Violencia percibida por trabajadores de atención primaria de Salud. *Ciencia y Enfermería*, v. 10; n. 2; p. 53-65, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PIRES D' AVILA, A.M.M.; OLIVEIRA, A.B.; GOLDBAUM, M. Mortalidade por causas externas no Município de São José do Rio Preto 1996-1998. *Medicina*, Ribeirão Preto n. 37, p. 97-105, jan./jun. 2004.

PRIVITERA, M. et al. Violence toward mental health staff and safety in the work environment. *Occupational Medicine*, n. 55, p. 480–486; 2005.

RIPPON T.J. Agressão e violência nas profissões da área de saúde. **Journal of Advanced Nursing**, v. 31, n. 2, p. 452-460, 2000.

RYAN D. MAGUIRE J . Aggression and violence – a problem in Irish Accident and Emergency departments? **Journal of Nursing Management**, n. 14, p. 106–115, 2006.

SANTOS JÚNIOR, E. A.; DIAS E. C. Médicos vítimas da violência no trabalho em unidades de pronto atendimento. **Cadernos saúde coletiva**, v. 13, n.3, p. 705 – 722, 2005.

SCHMITT, D. R. C. **Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem atuantes em unidades de Bloco Cirúrgico**. 2004. 185p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

SILVA FILHO, J. V. **A violência no Brasil requer ações concretas**. Disponível em : <<http://www.aprasc.com.br/policia/acoes.asp>> Acesso em: 13 dez. 2004.

SOUZA, E. R. MINAYO, M. C. S. Policial, risco como profissão: morbimortalidade vinculada ao trabalho. **Ciênc. saúde coletiva**, v.10, n.4, p.917-928, dez. 2005.

SOUZA, N. S. S.; PORTINHO, B. G.; BARREIROS, M. F. Acidentes de trabalho com óbito registrados em jornais no estado da Bahia. **Rev. baiana saúde pública**, v. 30, n. 1 p. 77-89, jan.-jun. 2006.

TOMEI G. et al. Evidence based medicine e mobbing. **G Ital Med Lav Erg**, v. 29, n. 2, p. 149-157, 2007.

WASHINGTON, D.C., EUA, 23-27 de junho de 2003 Disponível em: <<http://www.amro.who.int/portuguese/gov/ce/ce132-22-p.pdf>> Acesso em: 04 de set. de 2008.

VASCONCELLOS, L. C. F. RIBEIRO, F. S. N. Investigação epidemiológica e intervenção sanitária em saúde do trabalhador: o planejamento segundo bases operacionais. **Cad. Saúde Pública**, v. 13, n. 2, 1997.

VERAS, V. S. D. **Aumento da jornada de trabalho**: qual a repercussão na vida dos trabalhadores da enfermagem? 2003. 88 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) –

Programa de pós-graduação em enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2003.

XAVIER, A. C. H. et al. Assédio moral no trabalho no setor saúde no Rio de Janeiro: algumas características. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v. 117, n. 33, p. 15-22, 2008.

XIMENES, S. Minidicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: ediouro. 2002. 619 p.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência dos municípios brasileiros.** Organização dos Estados Ibero-Americanos para a Educação, a Ciência e a Cultura – OEI, Fev. 2007. Disponível em: <http://www.oei.org.br/mapa_da_violencia_baixa.pdf> Acesso em: 05 maio 2008.

ZAPPAROLI, A. S.; MARZIALE, M. H. P. Risco ocupacional em unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida em Emergências. **Rev. Brás. Enferm.**, v. 59, n. 1, p. 41-6, jan./fev. 2006.

GLOSSÁRIO

| | |
|-----------------|---|
| AGRESSÃO FÍSICA | Uso de força física contra outra pessoa ou grupo, que resulta em dano físico, sexual ou psicológico. Pode incluir soco, chute, tapa, esfaqueamento, tiro, empurrão, mordida e/ou beliscão, dentre outros. |
| ABUSO | Comportamento que humilha, degrada ou indica uma falta de respeito para a dignidade e valor de um indivíduo, pode referir-se a manifestações que afetam tanto física como psicologicamente uma pessoa. |
| ABSENTEÍSMO | Ausência do local de trabalho |
| ACIDENTES | Evento indesejável e inesperado que causa danos pessoais, materiais (danos ao patrimônio) e/ou financeiros e que ocorre de modo não intencional. |
| AGRESSÃO VERBAL | Qualquer forma de maus tratos, falada explicitamente ou subentendida, que deixa você sentir-se pessoalmente ou profissionalmente agredido, desvalorizado ou humilhado. Trata-se de comunicação através de palavras, tom de modo depreciativo, ar de superioridade, ameaças, acusações, ou seja, expressões desrespeitosas para com o outro. |
| ASSÉDIO MORAL | Comportamento ofensivo, proposital, repetido ao longo do tempo, através de ações maliciosas na tentativa de humilhar ou prejudicar uma pessoa ou grupos de trabalhadores. |

| | |
|-----------------------|--|
| ASSÉDIO SEXUAL | Qualquer comportamento de natureza sexual, indesejável, unilateral ou não recíproco que é ofensivo para a pessoa envolvida e repercute em ameaça, humilhação ou incômodo/constrangimento a esta pessoa. |
| BULLYING | Usado em estudo de comportamento de escolares, quando exercem hostilidade sistemática contra algum companheiro de curso. Na língua portuguesa, tem sido usado como sinônimo de assédio moral. |
| HOMICÍDIO | Morte de uma pessoa causada por outra, de forma dolosa ou culposa, isto é, com ou sem intenção de matar, respectivamente. |
| MOBBING | Exposição de um indivíduo a ataques repetidos, intencionais, da parte de um ou de vários sujeitos, por um período prolongado de tempo. Na língua portuguesa, tem sido usado como sinônimo de assédio moral. |
| SUICÍDIO | Ato que consiste em pôr fim intencionalmente à própria vida. |
| VIOLÊNCIA | O uso intencional da força ou do poder físico, de ações ou como ameaça, contra a própria pessoa, contra outra pessoa ou um grupo ou comunidade, que cause ou tenha muita probabilidade de causar lesões, morte, dano psicológico, alterações no desenvolvimento ou privação. |
| VIOLÊNCIA OCUPACIONAL | Incidente em que pessoas são abusadas, ameaçadas ou agredidas, em circunstâncias relacionadas ao seu trabalho, envolvendo um desafio implícito ou explícito, para a sua segurança, bem estar ou saúde. Dentre os vários tipos, temos: a agressão física; agressão verbal; agressão sexual; assédio sexual; assédio moral; roubo; e a discriminação racial. |

**VIOLÊNCIA
PSICOLÓGICA**

Abuso emocional, ou violência não física, termos que, de um modo geral, denotam a utilização intencional de energia, incluindo a ameaça de força física, contra outra pessoa ou grupo, que pode resultar em danos físicos, mental, espiritual, moral ou social. A violência psicológica inclui abuso verbal, assédio moral, discriminação e assédio sexual.

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário – Br 101 – Lagoa Nova – Natal, RN.
CEP: 59072-970. Fone/fax: (84) 3215-3196. E-mail: pgenf@pgenf.ufrn.br

Ofício n.º 01/09-PPGE_n

ILM Sr. José Renato Brito Machado
Diretor do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel/Pronto Socorro Clóvis Sarinho

Natal, 04 de fevereiro 2009.

O Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFRN conta atualmente, no seu Programa de Pós-Graduação, com o Curso de Mestrado em Enfermagem e com 03 Bases de Pesquisa, entre elas a Base “Enfermagem Clínica”. Dentro deste contexto, o mestrando Luiz Alves Morais Filho, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem desta Universidade, orientando da Dra. Glaucecia Maciel de Farias vinculada ao Projeto de Pesquisa “Causas Externas e suas conseqüências”, está desenvolvendo uma pesquisa intitulada: “**VIOLÊNCIA OCUPACIONAL CONTRA PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UM HOSPITAL DE URGÊNCIA**”. Reconhecendo a importância do trabalho a ser desenvolvido, solicitamos a vossa aquiescência em permitir o acesso do referido mestrando, assim como do docente da UFRN, Rodrigo Assis Neves Dantas, também mestrando e das alunas de enfermagem e de iniciação científica, Isabel Karolyne fernandes costa, Karolina de Moura Manso da Rocha e Mirna Cristina da Silva Freitas, para a realização da coleta de dados desta investigação junto aos profissionais de saúde. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome deste hospital possa constar no relatório final.

Outrossim, salientamos que os dados serão mantidos em sigilo de acordo com a Resolução do Ministério da Saúde 196/96 que trata da Pesquisa em Seres Humanos e que estes serão utilizados tão somente para a realização deste trabalho.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta direção, agradecemos antecipadamente e ficamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

05/02/09
AUREIZO

José Renato Brito Machado
Diretor Geral
Mat. 02.732-4
CPF 102.911.055-72

Glaucecia Maciel de Farias.
Profª. Dra. Glaucecia Maciel de Farias
Orientadora

Glaucecia Maciel de Farias
Enf. COREN 30582

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
 Campus Universitário – Br 101 – Lagoa Nova – Natal, RN.
 CEP: 59072-970. Fone/fax: (84) 3215-3196. E-mail: pgenf@pgenf.ufrn.br

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA: VIOLÊNCIA OCUPACIONAL CONTRA PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UM HOSPITAL DE URGÊNCIA.

RESPONSÁVEL: Profª. Dra. Glauceca Maciel de Farias. **PESQUISADOR:** Enfª. Luiz Alves Morais Filho.

Conhecendo o propósito desta pesquisa, seus objetivos e metodologia, declaramos que:

Autorizamos a coleta de dados na instituição.

Não autorizamos a coleta de dados na instituição.

Quanto à divulgação:

Autorizamos menção do nome da instituição no relatório técnico-científico.

Não autorizamos menção do nome da instituição no relatório técnico-científico.

Quanto ao relatório técnico-científico:

Requeremos a apresentação dos resultados na instituição.

Não requeremos a apresentação dos resultados na instituição.

Comentário: _____

Natal, RN, 15, 02, 2009

 José Renato Brito Machado
 Diretor Geral
 Mat. 02.732-4

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel/Pronto Socorro Clóvis Sarinho

APÊNDICE C

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO**

Campus Universitário, s/n, BR 101 – Lagoa Nova – Natal/RN – CEP: 59072-970
Fone/fax: (84) 3215 – 3196. E-mail: pgenf@pgenf.ufrn.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa **“VIOLÊNCIA OCUPACIONAL CONTRA PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UM HOSPITAL DE URGÊNCIA”** que é coordenada e desenvolvida por **Glauceia Maciel de Farias**, juntamente com Luiz Alves Morais Filho, Rodrigo Assis Neves Dantas, Isabel Karolyne Fernandes Costa, Karolina de Moura Manso da Rocha e Mirna Cristina da Silva Freitas. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa tem como objetivos: identificar os tipos de violência ocupacional, sofrida pelos profissionais da equipe de enfermagem e médica, nos últimos 12 meses, em um serviço de urgência hospitalar, em Natal/RN; identificar os setores da urgência onde ocorreram os episódios de violência ocupacional; caracterizar os agressores de cada tipo de violência ocupacional; conhecer os procedimentos adotados após cada ato violento sofrido pelos profissionais da equipe de enfermagem e médica, e conhecer as conseqüências da violência sofrida pelos profissionais da equipe de enfermagem e médica.

Caso decida aceitar o convite, você será submetido(a) ao(s) seguinte(s) procedimentos: responderá a um questionário sobre alguns dados pessoais e profissionais e também sobre a sua vivência pessoal com a violência ocupacional no setor de trabalho.

Os riscos envolvidos com sua participação são mínimos: você apenas responderá ao questionário e não será identificado ou penalizado por nenhuma questão respondida.

Você terá os seguintes benefícios ao participar da pesquisa: você não estará recebendo nenhum benefício diretamente. No entanto, com esta pesquisa, estará cooperando para o conhecimento da violência ocupacional no seu local de trabalho, podendo estar contribuindo para formulação de ações ou políticas que venham favorecer a diminuição desse fenômeno e a trazer uma melhoria no seu desempenho profissional. Todas as informações obtidas serão

sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite.

Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito à indenização.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver, a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para **Glaucea Maciel de Farias** no endereço: Departamento de Enfermagem - Campus Universitário no Bairro Lagoa Nova, CEP 59072-970, Natal/RN, ou pelo telefone **3215 3196**.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao **Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN** no endereço Campus Universitário no Bairro Lagoa Nova, Caixa Postal 1666, CEP 59072-970, Natal/RN ou pelo telefone (84)3215-3135.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa “**VIOLÊNCIA OCUPACIONAL CONTRA PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UM HOSPITAL DE URGÊNCIA**”.

Participante da pesquisa:

Assinatura (por extenso)

Dedo Polegar Direito

Pesquisador responsável:

Glaucea Maciel de Farias - Rua Jerônimo de Albuquerque, 3621, Bairro Candelária,
CEP59064-650, Natal/RN. Telefone **3215 3196**.

Comitê de Ética e Pesquisa - Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova. Caixa Postal 1666, CEP 59072-970 Natal/RN. Telefone (84)3215-3135.

APÊNDICE D

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
 Campus Universitário – Br 101 – Lagoa Nova – Natal, RN.
 CEP: 59072-970. Fone/fax: (84) 3215-3196. E-mail: pgenf@pgenf.ufrn.br

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SOBRE VIOLÊNCIA OCUPACIONAL

PARTE 1**A. DADOS DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA**

A. 1 Sexo: 1 - () Masculino 2 - () Feminino ()

A. 2 Idade: _____ anos ()

A.3 Grau de Instrução:

| | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. () Ensino fundamental completo | 4. () Ensino superior incompleto |
| 2. () Ensino médio incompleto | 5. () Ensino superior completo |
| 3. () Ensino médio completo | 6. () Pós-graduação |

A.4 Estado Civil:

| | | |
|--------------------|---|-----|
| 1. () Solteiro(a) | 4. () Separado(a) / divorciado(a) | |
| 2. () Casado(a) | 5. () Vivendo com o (a) companheiro(a) | () |
| 3. () Viúvo(a) | | |

B. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

B. 1 Categoria Profissional:

| | | |
|-------------------|-------------------------------|-----|
| 1. () Médico | 3. () Técnico de enfermagem | |
| 2. () Enfermeiro | 4. () Auxiliar de enfermagem | () |

B.2 Tempo de experiência na Profissão: _____ anos ()

B.3 Tempo de serviço na urgência: _____ anos ()

B.4 Carga horária semanal de trabalho na urgência: _____ horas ()

B.5 Setor da urgência onde trabalha:

| | |
|-------------------|----------------------------|
| 1. () Politrauma | 4. () Ortopedia |
| 2. () Reanimação | 5. () Observação |
| 3. () Triagem | 6. () Atendimento Clínico |
| | 7. () Urgência pediátrica |

B.6 Qual é o turno de trabalho?

| | | |
|-------------------|-------------------------|-----|
| 1. () Matutino | 3. () Diurno | |
| 2. () Vespertino | 4. () Noturno | () |
| | 5. () Diurno e noturno | |

C. DADOS REFERENTES À VIOLÊNCIA OCUPACIONAL**ATENÇÃO:**

Violência ocupacional refere-se a incidente em que pessoas são abusadas, ameaçadas ou agredidas, em circunstâncias relacionadas ao seu trabalho, envolvendo um desafio implícito ou explícito, para a sua segurança, bem estar ou saúde. Dentre os vários tipos, temos: a violência / agressão física; agressão verbal; violência / agressão sexual; assédio sexual; assédio moral; roubo; e a discriminação racial.

PARTE 2

RESPONDA AS QUESTÕES QUANTO A CADA TIPO DE VIOLÊNCIA OCUPACIONAL SOFRIDA DE ACORDO COM AS DESCRIÇÕES ABAIXO

Violência ou agressão física refere-se ao uso de força física contra outra pessoa ou grupo, que resulta em dano físico, sexual ou psicológico. Pode incluir soco, chute, tapa, esfaqueamento, tiro, empurrão, mordida e/ou beliscão, dentre outros.

Agressão verbal refere-se a qualquer forma de maus tratos, falada explicitamente ou subentendida, que deixa você sentir-se pessoalmente ou profissionalmente agredido, desvalorizado ou humilhado. Trata-se de comunicação através de palavras, tom de modo depreciativo, ar de superioridade, ameaças, acusações, ou seja, expressões desrespeitosas para com o outro.

Assédio moral refere-se a comportamento ofensivo, proposital, repetido ao longo do tempo, através de ações malicioso na tentativa de humilhar ou prejudicar uma pessoa ou grupos de trabalhadores.

Assédio sexual refere-se a qualquer comportamento de natureza sexual, indesejável, unilateral ou não recíproco que é ofensivo para a pessoa envolvida e repercute em ameaça, humilhação ou incômodo/constrangimento a esta pessoa.

Observação: leia cada questão e responda de acordo com o tipo de violência sofrida por você nos últimos 12 meses.

Atenção: as questões se encontram na primeira coluna, e as opções de resposta na 2ª coluna. No entanto, você deve marcar nos parênteses da 3ª, 4ª, 5ª e 6ª coluna, de acordo com o tipo de violência sofrida.

| Questões | Resposta | Tipos de violência | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Física | Verbal | Assédio moral | Assédio sexual |
| 1. Você sofreu alguma destas formas de violência no trabalho, durante os últimos 12 meses, nessa instituição? | 1. Sim 2. Não | 1. () 2. () | 1. () 2. () | 1. () 2. () | 1. () 2. () |
| <u>Obs.:</u> Responda as questões seguintes apenas em relação ao(s) tipo(s) de violência que você foi vítima, ou seja, para o tipo de violência que você respondeu sim na questão “1”. | | | | | |
| 2. Quantas vezes você sofreu cada uma das formas de violências no trabalho durante os últimos 12 meses nessa instituição? | 1. Uma vez 2. Duas vezes 3. Três vezes 4. Quatro vezes ou mais, especifique: | 1. () 2. () 3. () 4. (): _____ | 1. () 2. () 3. () 4. (): _____ | 1. () 2. () 3. () 4. (): _____ | 1. () 2. () 3. () 4. (): _____ |
| <u>Atenção:</u> se você foi vítima de algumas dessas formas de violência por “mais de uma vez” responda as questões seguintes com dados referentes ao ato de violência que você considerou como mais importante (grave) . | | | | | |

| Questões | Resposta | Tipos de violência | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| | | Física | Verbal | Assédio moral | Assédio sexual |
| 3. Quem foi o agressor? | 1. Paciente/cliente 2. Acompanhante / familiares do paciente 3. Colega de trabalho da mesma profissão 4. Colegas de trabalho de outra profissão 5. Chefia 6. Outro, especifique: _____ _____ _____ | 1. () 2. () 3. () 4. () 5. () 6. (): _____ _____ _____ | 1. () 2. () 3. () 4. () 5. () 6. (): _____ _____ _____ | 1. () 2. () 3. () 4. () 5. () 6. (): _____ _____ _____ | 1. () 2. () 3. () 4. () 5. () 6. (): _____ _____ _____ |
| 4. A que horas ocorreu o ato de violência? | 1. Entre 07 e 13hs 2. Entre 13 e 19hs 3. Entre 19 e 24hs 4. Entre 24 e 07h | 1. () 2. () 3. () 4. () | 1. () 2. () 3. () 4. () | 1. () 2. () 3. () 4. () | 1. () 2. () 3. () 4. () |
| 5. Setor do hospital onde ocorreu o ato de violência | 1. Politrauma 2. Reanimação 3. Triagem 4. Ortopedia 5. Observação 6. Atendimento Clínico 7. Urgência pediátrica 8. Outro setor, especifique: ___ _____ _____ - _____ - | 1. () 2. () 3. () 4. () 5. () 6. () 7. () 8. (): _____ _____ _____ _____ _____ | 1. () 2. () 3. () 4. () 5. () 6. () 7. () 8. (): _____ _____ _____ _____ _____ | 1. () 2. () 3. () 4. () 5. () 6. () 7. () 8. (): _____ _____ _____ _____ _____ | 1. () 2. () 3. () 4. () 5. () 6. () 7. () 8. (): _____ _____ _____ _____ _____ |

| Questões | Resposta | Tipos de violência | | | |
|--|--|---|---|---|--|
| | | Física | Verbal | Assédio moral | Assédio sexual |
| 6. Como você reagiu ao incidente? (assinale todas as opções pertinentes) | 1. Notificou de modo formal a quem de direito do hospital 2. Não teve reação 3. Pediu a pessoa para parar 4. Tentou fingir que nada aconteceu 5. Comunicou o ato de violência a seus superiores de modo informal 6. Contou para seus familiares / amigos 7. Contou para colegas 8. Pediu transferência 9. Pediu ajuda do sindicato / associação / conselho 10. Abriu processo judicial 11. Outro, especifique: _____ _____ _____ | 1. () 2. () 3. () 4. () 5. () 6. () 7. () 8. () 9. () 10. () 11. (): _____ _____ _____ | 1. () 2. () 3. () 4. () 5. () 6. () 7. () 8. () 9. () 10. () 11. (): _____ _____ _____ | 1. () 2. () 3. () 4. () 5. () 6. () 7. () 8. () 9. () 10. () 11. (): _____ _____ _____ | |
| 7. Foi tomada alguma providência para investigar as causas do incidente? | 1. Sim 2. Não 3. Não sabe | 1. () 2. () 3. () | 1. () 2. () 3. () | 1. () 2. () 3. () | 1. () 2. () 3. () |
| 8. Se a resposta anterior foi sim, por quem foi tomada a providência? | 1. Administrador/ empregador 2. Sindicato / associação / Conselho 3. Polícia 4. Outro, especifique: _____ _____ | 1. () 2. () 3. () 4. (): _____ _____ | 1. () 2. () 3. () 4. (): _____ _____ | 1. () 2. () 3. () 4. (): _____ _____ | 1. () 2. () 3. () 4. (): _____ _____ |

| Questões | Resposta | Tipos de violência | | | |
|---|---|--|--|--|--|
| | | Física | Verbal | Assédio moral | Assédio sexual |
| 9. Se você não relatou ou falou sobre o incidente com seus supervisores ou chefia, porque não o fez? (assinale todas as opções pertinentes) | 1. Não foi importante 2. Sentiu-se envergonhado(a) 3. Sentiu-se culpado(a) 4. Não sabia a quem recorrer 5. Ficou com medo das consequências negativas 6. Considerou que não seriam tomadas providências 7. Outro, especifique: _____ _____ _____ | 1. () 2. () 3. () 4. () 5. () 6. () 7. (): _____ _____ _____ | 1. () 2. () 3. () 4. () 5. () 6. () 7. (): _____ _____ _____ | 1. () 2. () 3. () 4. () 5. () 6. () 7. (): _____ _____ _____ | 1. () 2. () 3. () 4. () 5. () 6. () 7. (): _____ _____ _____ |
| 10. O que você sentiu ou quais foram as consequências para a sua vida pessoal ou profissional após ter sofrido o ato de violência? (assinale todas as opções pertinentes) | 1. Medo do agressor ou de voltar a ser vítima 2. Ansiedade 3. Tristeza 4. Prejuízo financeiro 5. Incapacidade 6. Sentimento de culpa 7. Vergonha 8. Estresse 9. Sentimento de baixa na auto-estima 10. Outro, especifique: _____ _____ _____ | 1. () 2. () 3. () 4. () 5. () 6. () 7. () 8. () 9. () 10. (): _____ _____ _____ | 1. () 2. () 3. () 4. () 5. () 6. () 7. () 8. () 9. () 10. (): _____ _____ _____ | 1. () 2. () 3. () 4. () 5. () 6. () 7. () 8. () 9. () 10. (): _____ _____ _____ | 1. () 2. () 3. () 4. () 5. () 6. () 7. () 8. () 9. () 10. (): _____ _____ _____ |
| 11. Você teve que afastar-se do trabalho após esse ato de violência? | 1. Sim 2. Não | 1. () 2. () | 1. () 2. () | 1. () 2. () | 1. () 2. () |
| 12. Se sim, por quanto tempo? | Tempo em dias: _____ | Nº de dias: _____ | Nº de dias: _____ | Nº de dias: _____ | Nº de dias: _____ |

APÊNDICE E

| ESCALA | CATEGORIA PROFISSIONAL | | | |
|--------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|
| | Médico | Enfermeiro | Aux. Tec. | Total |
| | Frequência | Frequência | Frequência | Frequência |
| 0 | 12 | 5 | 18 | 35 |
| 1 | 4 | 0 | 5 | 9 |
| 2 | 18 | 3 | 7 | 28 |
| 3 | 18 | 3 | 11 | 32 |
| 4 | 12 | 0 | 11 | 23 |
| 5 | 28 | 8 | 21 | 57 |
| 6 | 11 | 1 | 6 | 18 |
| 7 | 11 | 1 | 6 | 18 |
| 8 | 8 | 3 | 5 | 16 |
| 9 | 1 | 0 | 2 | 3 |
| 10 | 1 | 2 | 3 | 6 |
| Média | 4,09 | 4,30 | 3,86 | 4,03 |

Quadro 08 – Distribuição das equipes médica e de enfermagem segundo a opinião dos profissionais quanto ao sentimento de segurança no ambiente de trabalho, relacionado a violência, numa escala tipo Likert de 0 a 10.

Fonte: HMWG – NATAL/RN, 2009.

ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

PARECER Nº 052/2009
(Final)

| | |
|---|--|
| Prot. nº | 007/2009 |
| CAAE | 0003.0.051.000-09 |
| Projeto de Pesquisa | Violência Ocupacional contra profissionais de Saúde em um hospital de urgência |
| Área de Conhecimento | Ciências da saúde – Enfermagem - Grupo III |
| Pesquisador Responsável | Glauceia Maciel de Farias |
| Instituição Onde Será Realizado | Universidade Federal do Rio Grande do Norte |
| Instituição Sediadora | Complexo Hospitalar Monsenhor Walfredo Gurgel - Pronto Socorro Clóvis Sarinho |
| Nível de abrangência do projeto de pesquisa | Dissertação de Mestrado |
| Período de realização | Início: 2008 Término: 2009 |
| Revisão Ética | 27 de março de 2009 |

RELATO

Considerando que as pendências expostas por este Comitê, embora atendidas, deixou de cumprir algumas recomendações, que não constituem impeditivos éticos para que a pesquisa seja realizada, este Comitê enquadra o protocolo de pesquisa em pauta na categoria de APROVADO COM RECOMENDAÇÃO.

Recomendamos ao pesquisador responsável, já que houve modificação no número amostral, correção da Folha de Rosto (FR) no campo **Sujeitos na Pesquisa**.

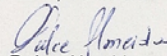
Entregar neste Comitê a recomendação sugerida no prazo de 5 (cinco) dias úteis.

ORIENTAÇÕES AO PESQUISADOR: em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa (Brasília, 2002) e Resol. 196/96 – CNS o pesquisador responsável deve:

1. entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Resol. 196/96 – CNS – item IV.2d);
2. desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Resol. 196/96 – CNS – item III.3z);
3. apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.41);
4. apresentar ao CEP/UFRN relatório final (após conclusão da pesquisa) Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa - CONEP – Brasília – 2002 – p.65);

Os formulários para os Relatórios Parciais e Final estão disponíveis na página do CEP/UFRN (www.etica.ufrn.br).

Natal, 06 de abril de 2009.


Dulce Almeida
COORDENADORA DO CEP/UFRN