

ANNE GABRIELLE ERDMANN

**VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM SAÚDE:
O MÉDICO VÍTIMA DE VIOLÊNCIA EM UNIDADES LOCAIS
DE SAÚDE, POLICLÍNICAS REGIONAIS E UNIDADES DE
PRONTO-ATENDIMENTO DO MUNICÍPIO DE
FLORIANÓPOLIS-SC**

**FLORIANÓPOLIS
2010**

ANNE GABRIELLE ERDMANN

**VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM SAÚDE:
O MÉDICO VÍTIMA DE VIOLÊNCIA EM UNIDADES LOCAIS
DE SAÚDE, POLICLÍNICAS REGIONAIS E UNIDADES DE
PRONTO-ATENDIMENTO DO MUNICÍPIO DE
FLORIANÓPOLIS-SC**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde.

Orientadora: Dr^a Elza Berger Salema Coelho
Co-orientador: Dr. Antônio Fernando Boing

**FLORIANÓPOLIS
2010**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

E66v Erdmann, Anne Gabrielle

Violência no trabalho em saúde [dissertação] : o médico vítima de violência em unidades locais de saúde, policlínicas regionais e unidades de pronto-atendimento do município de Florianópolis-SC / Anne Gabrielle Erdmann ; orientadora, Elza Berger Salema Coelho, co-orientador, Antônio Fernando Boing. - Florianópolis, SC, 2010.

109 p.: grafs., tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde pública. 2. Violência - Aspectos sociais. 3. Médicos - Segurança do trabalho - Florianópolis, SC. 4. Médicos - Florianópolis, SC - Medidas de segurança. I. Coelho, Elza Berger Salema. II. Boing, Antonio Fernando. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**“Violência no trabalho em saúde: o médico vítima de
violência em unidades locais de saúde, policlínicas regionais
e unidades de pronto-atendimento do município de
Florianópolis-SC”**

POR

Anne Gabrielle Erdmann

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE EM SAÚDE COLETIVA**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Ciências Humanas e Políticas
Públicas**

Prof. Dr. Sérgio Fernando Torres de Freitas
Coordenador do Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Elza Berger Salema Coelho (Presidente)

Profa. Dra. Kathie Njaine (Membro Externo)

Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira (Membro Titular)

Prof. Dr. Fátima Büchele (Suplente)

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Santa Catarina, por promover e incentivar a pesquisa, e permitir a execução de mais este trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, Dr. Charles Tesser, Dr^a Eleonora d'Orsi, Dr. Fernando Pires, Dr^a Fátima Büchele, Dr^a Josimari Telino de Lacerda, Dr^a Karen Glazer Peres, Dr. Marco Aurélio Peres, Dr^a Maria Cristina Calvo, Dr^a Marta Verdi, Dr^a Sandra Caponi, Dr. Sérgio Fernando Torres de Freitas e Dr. Walter Ferreira de Oliveira, pelos ensinamentos e reflexões proporcionados durante o curso de Mestrado.

Agradeço de forma especial à minha orientadora Prof^a Dr^a Elza Berger Salema Coelho, pela confiança empregada, pelo estímulo constante, por compreender minhas limitações e me confortar quando foi preciso, por me ensinar a hora de parar e de seguir em frente, por tornar este trabalho mais leve e prazeroso, e especialmente, pela delicadeza em todos os momentos. Você foi simplesmente perfeita.

Ao meu co-orientador Prof. Dr. Antônio Fernando Boing, pela disponibilidade, clareza, organização e ensinamentos estatísticos, sem os quais este trabalho não seria possível.

À Enf^a Juliana Regina Destro, por estar sempre presente me auxiliando na organização dos dados com extrema gentileza e cuidado.

Aos meus queridos colegas de turma, pela amizade e alegrias.

Aos membros da Banca de Qualificação, Prof^a Dr^a Kathie Njaine e Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira pela leitura e contribuições ao texto.

À Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, em especial à Enf^a Elizimara Ferreira Siqueira, pelo incentivo à realização da pesquisa neste município.

Aos funcionários das Unidades Locais de Saúde, Policlínicas Regionais e Unidades de Pronto-Atendimento do município de Florianópolis, que ao longo da coleta dos dados me receberam com presteza.

Aos meus colegas de trabalho, em especial à Coordenadora Deisi Lucia Vieira, pelo apoio à concretização dos meus objetivos, e minha “dupla” Enf^a Kelly Maciel Silva, por cuidar dos nossos pacientes com zelo e competência.

Aos meus pacientes, pela compreensão nos momentos de ausência.

Aos médicos da rede municipal de saúde de Florianópolis, por compartilharem reflexões, tempo, angústias, medo e esperança, me acolhendo com imenso afeto. Minha eterna gratidão.

Aos meus pais Alacoque e Rolf e meu irmão Thomas, por permitir que não houvesse nenhum obstáculo neste percurso.

APRESENTAÇÃO

A dissertação intitulada “Violência no trabalho em saúde: o médico vítima de violência em Unidades Locais de Saúde, Policlínicas Regionais e Unidades de Pronto-Atendimento do município de Florianópolis-SC” insere-se na linha de pesquisa “Violência em Saúde”, área de concentração em Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, e está estruturada em três partes.

A Parte I contém a introdução e a contextualização que justificaram a escolha do tema. Em seguida, apresenta a revisão de literatura sobre conceitos de violência no trabalho e a interface com o setor saúde.

Os resultados e a discussão do estudo estão apresentados na Parte II em formato de artigo científico, conforme o regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

A Parte III está constituída pelo apêndice 1, que corresponde ao questionário de pesquisa, apêndice 2, o termo de consentimento livre e esclarecido, e apêndice 3, que apresenta as normas do periódico escolhido para a submissão do manuscrito.

ERDMANN, Anne Gabrielle. **Violência no trabalho em saúde: o médico vítima de violência em Unidades Locais de Saúde, Policlínicas Regionais e Unidades de Pronto-Atendimento do município de Florianópolis-SC.** 2010. 109p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva – Área de Concentração Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2010.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo identificar a prevalência de episódios de violência contra o médico em Unidades Locais de Saúde, Policlínicas Regionais e Unidades de Pronto-Atendimento do município de Florianópolis-SC, e investigar a percepção deste profissional quanto às condições de segurança e prevenção da violência no trabalho. Realizou-se um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, entre agosto de 2009 e maio de 2010. O instrumento de coleta de dados foi adaptado do questionário estruturado utilizado no *Survey of Violence in the Workplace for Health Care Workers*, inquérito conduzido com profissionais de saúde nos Estados Unidos da América (AFSCME, 1998). 203 médicos (82,5%) responderam ao questionário; destes, 57,2% atuam em ULSs, 19,1% em Policlínicas e 23,7% nas UPAs. A proporção de médicos que sofreu violência relacionada ao trabalho nos últimos 12 meses foi igual a 85,5%. A prevalência de violência psicológica foi de 84,7%, sendo postura agressiva e comportamento hostil as mais frequentes. Violência física e violência no trajeto para o trabalho representaram prevalência de 4,9% cada. Os pacientes foram os perpetradores mais frequentemente mencionados. A maioria considera o local de trabalho inseguro, refere falta de treinamento específico, desconhece políticas de prevenção à violência e não aciona a polícia ou registra Comunicação de Acidente de Trabalho. Os resultados refletem a vulnerabilidade do médico às diversas formas de violência, em especial à violência psicológica. A segurança do trabalhador em saúde é revelada como uma questão pouco discutida no ambiente de trabalho e a violência subnotificada, dados estes que sustentam a desinformação quanto à dimensão real do problema para a Saúde Pública.

Palavras-chave: violência no trabalho; saúde pública; médico.

ERDMANN, Anne Gabrielle. **Violence at work in healthsector: medical doctors victims of violence in Local Health Centres, Regional Polyclinics and Emergency Care Units in the city of Florianópolis-SC.** 2010. 109p. Dissertation (Master's Program in Public Health, Area of Concentration Human Sciences and Public Policies in Health) – Post-Graduation Program in Public Health, Federal University of Santa Catarina. Florianópolis, 2010.

ABSTRACT

This study is aimed at identifying the prevalence of episodes of violence against doctors in Local Health Centres (LHCs), Regional Polyclinics and Emergency care units (ECUs) in the city of Florianopolis and investigates how these professionals perceive safety conditions and prevention of violence at workplace. A quantitative descriptive study was carried out between August 2009 and May 2010. The data collection tool adopted was the structured questionnaire used in the *Survey of Violence in the Workplace for Health Care Workers*, a survey of professionals working in the health system in the American Federation of State County and Municipal Employees (AFSCME, 1998). 203 doctors (82.5%) answered the questionnaire; of these, 57.2% work in LHCs, 19.1% in Polyclinics and 23.7% in ECUs. The proportion of doctors who have suffered violence at work during the last 12 months was 85.5%. The prevalence of psychological violence was 84.7%, where aggression and hostile behaviour were most frequent. Physical violence and violence on the way to work represent 4.9% each. The patients were the more frequently mentioned perpetrators of the workplace violence. Most of the employees considered the work place to be unsafe, lacking specific training and knowledge on violence prevention along with lack of police intervention and the registering of occurrences of Work Accidents. The results reflect the vulnerability of doctors to various forms of violence, especially psychological violence. The safety of employees in the health system has been revealed as a little discussed issue in the work environment. Violence is poorly reported, underlining the inadequacy of information regarding the real dimension of this problem for the Public Health Service.

Key words: violence at work; public health; doctor.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFSCME – American Federation of State, County and Municipal Employees (Estados Unidos)
Cal/OSHA – California Division of Occupational Safety and Health Administration (Estados Unidos)
CDC – Centers for Disease Control and Prevention (Estados Unidos)
CID-10 – Classificação Internacional de Doenças (10ª revisão)
CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
ESF – Estratégia de Saúde da Família
HSE – Health & Safety Executive (Inglaterra)
ICN – International Council of Nurses
ILO – International Labour Organization
NHS – National Health Service (Inglaterra)
NIOSH – National Institute for Occupational Safety and Health (Estados Unidos)
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMS – Organização Mundial de Saúde
OSHA – Occupational Safety and Health Administration (Estados Unidos)
PMF – Prefeitura Municipal de Florianópolis
PNRMAV – Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
PSI – Public Services International
SIMESP – Sindicato dos Médicos de São Paulo
SMS – Secretaria Municipal de Saúde (Florianópolis-SC)
SUS – Sistema Único de Saúde
ULS – Unidade Local de Saúde
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
WHO – World Health Organization

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Atos que podem ser considerados violência no trabalho, segundo Chappell e Di Martino, 1999, p 1-7	35
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Frequência absoluta e relativa de médicos segundo características demográficas, local de trabalho, formação e regime de contrato. Florianópolis, 2009-2010.	75
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Frequência relativa de médicos segundo tipos de violência. Florianópolis, 2009-2010	76
--	----

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	15
LISTA DE QUADROS	17
LISTA DE TABELAS.....	19
LISTA DE FIGURAS	21
PARTE I - CONTEXTO E CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO .	25
1 INTRODUÇÃO	27
2 REVISÃO DA LITERATURA	31
2.1 CONCEITUAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA.....	31
2.2 VIOLÊNCIA NO TRABALHO.....	33
2.3 A VIOLÊNCIA E O SETOR SAÚDE	37
3 OBJETIVO	47
4 METODOLOGIA	49
4.1 TIPO DE ESTUDO	49
4.2 LOCAL DE ESTUDO	49
4.3 SUJEITOS DA PESQUISA	50
4.4 COLETA DE DADOS	50
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	52
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
PARTE II - ARTIGO CIENTÍFICO.....	67
PARTE III - APÊNDICES	91
APÊNDICE 1 – Questionário de Pesquisa sobre Violência no Trabalho.....	93
APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	101
APÊNDICE 3 – Normas de Submissão de Manuscrito da Revista Cadernos de Saúde Pública	103

PARTE I

CONTEXTO E CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO

1 INTRODUÇÃO

A violência é identificada atualmente nos espaços públicos e privados, as relações institucionais, grupais ou interpessoais, em tempos de guerra ou de suposta paz. Não há elementos suficientes para lidar com domínio tão amplo, alimentado por interconexões ainda pouco conhecidas (SCHRAIBER *et al.*, 2006).

É bem verdade que em sua origem e suas manifestações, a violência é um fenômeno sócio-histórico e acompanha toda a experiência da humanidade. Portanto, ela não é, em si, uma questão de saúde pública. Transforma-se em problema para a área porque afeta a saúde individual e coletiva e exige, para sua prevenção e enfrentamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor. (MINAYO, 2008)

O Relatório Mundial sobre a Violência e a Saúde, da Organização Mundial da Saúde (2002), conceitua a violência como o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que possa resultar em ou tenha alta probabilidade de resultar em morte, lesão, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou privação.

Uma grande variedade de comportamentos pode ser inserida na rubrica violência no trabalho e a diferenciação do que é um comportamento aceitável de um comportamento violento é vaga, em virtude de diferentes contextos e culturas (CHAPPELL & DI MARTINO, 2006). De forma amplificada, pode-se conceituar a violência no trabalho como toda ação voluntária de um indivíduo ou grupo, contra outro indivíduo ou grupo, que venha a causar danos físicos ou psicológicos, ocorrida no ambiente de trabalho, ou que envolva relações estabelecidas no trabalho ou atividades concernentes ao trabalho (OIT, 2002; OLIVEIRA & NUNES, 2008).

Os trabalhadores da saúde têm sido citados como uma das categorias profissionais que mais freqüentemente sofrem com a violência (KAUFER, 2001; MAYHEW & CHAPPELL, 2001; COOPER & SWANSON, 2002). Os estudos apontam que principalmente médicos e equipe de enfermagem são vítimas de agressões, tanto físicas como psicológicas, no ambiente de trabalho. A maioria das pesquisas aborda com maior ênfase os locais para atendimento de urgências/emergências (KNOTT *et al.*, 2005; KOWALENKO *et al.*, 2005; SANTOS JR & DIAS, 2005; CEZAR & MARZIALE, 2006; ZAPPAROLI & MARZIALE, 2006; KANSAGRA

et al., 2008; GÜLALP *et al.*, 2009); em menor número encontramos as que investigam a violência na atenção primária em saúde (PALACIOS *et al.* 2003; FERRINHO *et al.*, 2003; JACKSON & ASHLEY, 2005).

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção dos agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, e representa também o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde como um local privilegiado na detecção de casos de violência (BRASIL 2006).

No contexto do trabalho em saúde pública, os profissionais das Unidades Locais de Saúde se configuram como o canal primário no acolhimento do paciente vítima ou praticante da violência, em suas diversas formas. O profissional de saúde, na vivência em seu ambiente de trabalho, mergulha na situação de conflito, seja do vínculo com seus pacientes na consulta, em procedimentos diversos, ou mesmo no breve contato na recepção do serviço de saúde. Esta aproximação com a violência ocorre frequentemente também nas Unidades de Pronto-Atendimento, onde se realiza atendimento de urgência e emergência, e em menor grau em Policlínicas, que oferece consultas de especialistas. Quando o ato de violência extrapola os limites do cuidado para com o usuário do estabelecimento de saúde, é identificado entre os profissionais, ou ocorre em qualquer circunstância que envolva seu exercício profissional, seja no local de trabalho ou no trajeto do/para o trabalho, caracteriza-se um caso de violência contra o trabalhador, objeto de estudo desta pesquisa.

De acordo com o relatório Assistência Médico-Sanitária 2009, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), existem 7.737 estabelecimentos de saúde públicos na Região Sul, sendo 1.979 em Santa Catarina, e 76 na capital Florianópolis. Este número sobe para 82 quando contabilizamos todos os estabelecimentos de saúde que prestam algum atendimento ambulatorial ao SUS na capital.

Entre os anos de 2005 e 2009, o número de postos de trabalho de nível superior nos estabelecimentos de saúde do país cresceu 26,9%, sendo que a região Sul corresponde a 15,2% do total. Em 2009, 57,6% (636 mil) do total dos postos de nível superior eram ocupados por médicos, a categoria profissional mais expressiva. A distribuição dos postos médicos segue a dos postos de trabalho de nível superior, sendo maior na região Sudeste (54,2%), seguido das regiões Nordeste (19,4%), Sul (15,0%), Centro-Oeste (6,7%) e Norte (4,6%). Na esfera administrativa pública municipal a distribuição é semelhante: região

Sudeste (51,3%), Nordeste (23,9%), Sul (14,5%), Centro-Oeste (5,6%) e Norte (4,7%). No estado de Santa Catarina, 6.164 médicos ocupam postos da rede pública municipal, e em Florianópolis, este número é de 333 médicos. Entre os médicos que atuam na rede municipal de saúde de Florianópolis, 231 tem jornada de trabalho de 40 horas ou mais semanais (IBGE, 2010).

Levando-se em conta a distribuição dos postos de trabalho médico a cada mil habitantes, considerando-se o setor público e privado, a Região Sul tem a segunda maior concentração desses profissionais, com 3,4 por mil habitantes, acompanhando o total no país, que é de 3,3, segundo o estudo. No entanto, o número de postos de trabalho médico do país não acompanha, na mesma proporção, sua distribuição populacional, ou seja, enquanto 23,7% da população vivia nas capitais em 2009, 40,2% dos postos médicos estavam localizados neste local. A concentração de postos de trabalho médico nas capitais é mais significativa na Região Sul, que apresenta uma relação de postos médicos por 1.000 habitantes, de 7,8 contra 2,8 nos demais municípios desta região (IBGE, 2010).

Tendo em vista a significativa concentração de médicos por habitantes na região Sul, principalmente nas capitais, torna-se relevante investigar a prevalência da violência contra estes profissionais. Em face à crescente ampliação de cobertura e acesso da atenção primária em saúde, o oferecimento de consultas médicas especializadas nas Policlínicas Regionais e a descentralização do atendimento de urgências e emergências em Unidades de Pronto-Atendimento no município de Florianópolis devem-se pautar também, como temas a serem explorados, a segurança do trabalhador e o aparato de suporte institucional às vítimas da violência no trabalho.

Desta realidade descrita depreendem-se as seguintes questões de pesquisa: Qual é a prevalência de episódios de violência contra o médico em Unidades Locais de Saúde, Policlínicas Regionais e Unidades de Pronto-Atendimento do município de Florianópolis? Qual a percepção deste profissional quanto às condições de segurança e prevenção da violência no trabalho?

Considerando-se a inserção do tema violência na agenda da Saúde Pública, a magnitude da violência no trabalho em saúde e a escassez de estudos que caracterizem o médico como vítima da violência na atenção primária e secundária de saúde em levantamento preliminar realizado por esta autora, este estudo objetivou identificar a prevalência de episódios de violência contra o médico nestes serviços de saúde do município de Florianópolis. Buscou-se também investigar a

percepção deste profissional quanto às condições de segurança relacionadas à violência e prevenção da violência no trabalho.

Este estudo pretende contribuir na sensibilização do médico quanto aos riscos envolvidos na prática profissional, no reconhecimento de suas condições de segurança e no estímulo à discussão de estratégias para o enfrentamento deste problema. Adicionalmente, almeja-se oferecer subsídios para que gestores e órgãos representantes da classe médica possam propor, normatizar e exigir o cumprimento de condições adequadas de trabalho médico nos serviços públicos de saúde.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 CONCEITUAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Segundo BAIERL & ALMENDRA (2002), a violência, em todas as suas manifestações, é, hoje, um grave e importante problema que estamos enfrentando, deixando de ser um fato exclusivamente policial para ser um problema social que afeta a sociedade como um todo. No Brasil a discussão sobre violência adquiriu grande importância a partir dos anos 1990, como afirmam ZALUAR & LEAL (2001), passando a mobilizar cientistas sociais, pedagogos, filósofos, economistas e juristas.

CHESNAIS (1999) afirma que a violência assombra as consciências e é ameaçadora, recorrente e geradora de um profundo sentimento de insegurança. Essa evolução é sintoma de uma desintegração social, de um mal-estar coletivo e de um desregramento das instituições públicas. Ao discutir a violência no Brasil, aponta vários fatores como possíveis causas da explosão da violência no nosso país, entre eles os fatores sócio-econômicos, institucionais e culturais, a explosão demográfica urbana e a queda da mortalidade infantil, a influência dos meios de comunicação de massa e o processo de globalização.

Na verdade, apesar de ser uma palavra tão freqüente na mídia, conceituar violência pressupõe, como afirmam MINAYO & SOUZA (1998), o reconhecimento da complexidade, polissemia e controvérsia do tema que, por isso mesmo, gera muitas teorias explicativas, todas parciais. Segundo as autoras, não podemos falar de violência, e sim de violências, pois se trata de uma realidade plural e diferenciada, cujas especificidades precisam ser conhecidas. Assim, a interpretação da pluricausalidade da violência é um dos principais problemas que o tema enfrenta, levando, conseqüentemente, à dificuldade de alcançar definições consensuais.

Compartilhando estes pressupostos, Faleiros (1998) também questiona: “pode-se falar de uma forma geral de violência ou de múltiplas violências, cada uma situada num contexto ou numa relação?”. Desse modo, o olhar com que se descreve ou conceitua violência muda historicamente, e atos que não tinham visibilidade como violentos passam a ser assim considerados à medida que o padrão civilizatório vai definindo-se mais claramente (FALEIROS, 1998 apud SANTOS JR & DIAS, 2005) ou que o “trabalho do tempo” mude o conceito (DAS,

1999).

Assim sendo, a violência, apesar de tão propalada atualmente, não é um tema novo ou atual. Formas específicas de violência perpassam as várias fases da vida e se instauram nas mais variadas relações humanas. É um dos eternos problemas da teoria social e da política relacional da humanidade, já que não se conhece nenhuma sociedade onde a violência não tenha estado presente (MINAYO & SOUZA, 2003; MINAYO, 1994) ou, como citou FLORES (2002), não há nenhuma forma de organização social, de modo de produção ou de condições ambientais que tenha permanecido livre de violência por muito tempo.

O documento da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, onde é apresentada a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV), traz a definição de violência como (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000):

“(...) 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 – por exemplo: agressão física, abuso sexual, violência psicológica, violência institucional”.

AGUDELO (1990) afirma que violência é um processo e não um eixo isolado, existindo, em consequência disso, diversos tipos, momentos, formas e intensidades de violência. Uma aproximação do problema implica, portanto, considerar suas causas, suas diferentes modalidades, suas formas concretas de expressão, seus agentes e suas vítimas e suas consequências e implicações. Baseado nessas considerações propõe uma tipificação ou classificação da violência em função da(o): causa, forma de expressão, gravidade, principal grupo afetado, instrumento empregado e comprometimento predominante.

Com o objetivo de não reduzir o termo violência ao mundo da delinquência, MINAYO (1994), ao discutir a violência sob a perspectiva da Saúde Pública, propõe uma classificação da violência em três tipos:

- Violência estrutural: gerada por estruturas organizadas e institucionalizadas, naturalizada e oculta em estruturas sociais, que se expressa na injustiça e na exploração e que conduz à opressão indivíduos, grupos, classes e nações, aos quais são negadas conquistas da sociedade, tornando-os mais vulneráveis ao sofrimento e à morte.

- Violência da resistência ou violência do comportamento:

constitui-se das diferentes formas de resposta de grupos, classes, nações e indivíduos oprimidos à violência estrutural; e

- Violência da delinquência: é aquela que se revela nas ações fora da lei socialmente reconhecida.

Nas palavras de ADORNO (1999), o entendimento da violência apenas como uma problemática de desvio deve ser abandonado. Segundo o autor, as preocupações públicas e inquietações coletivas apontam para a emergência de um novo paradigma da violência que está a dizer algo além do mero crime. Parece dizer respeito à mudança de hábitos cotidianos, à exacerbação de novos conflitos sociais, à adoção de soluções que desafiam tradições democráticas, à demarcação de novas fronteiras sociais, ao esquadramento de novos espaços de realização pessoal e social, ao sentimento de desordem e caos que se espelha na ausência de justiça social.

2.2 VIOLÊNCIA NO TRABALHO

Ao analisar a violência contra os trabalhadores ou, de outra forma, a violência e suas relações com o trabalho, percebemos uma tendência em estudos brasileiros em distinguir a violência do trabalho da violência no (ambiente de) trabalho (MACHADO & MINAYO-GÓMEZ, 1994; RIBEIRO, H. P., 1997; CARNEIRO, 2000; DI MARTINO, 2002; CAMPOS, 2002).

Nessa distinção, a violência do trabalho, que pode ser enquadrada no que MINAYO (1994) chamou de “violência estrutural”, refere-se à violência que assola os trabalhadores quando são submetidos a condições e ambientes de trabalho insalubres, ou seja, aquela que se origina no modo de produção e na organização do processo de trabalho e que causa desconforto, sofrimento, desgaste, fadiga, adoecimento e até mesmo a morte.

Já a violência no trabalho ou no ambiente de trabalho, que está incluída no que MINAYO (1994) classificou como “violência da resistência” ou “violência do comportamento”, e como “violência da delinquência”, refere-se exatamente a comportamentos violentos, praticados por uma pessoa ou por um grupo de pessoas, sejam elas externas ao trabalho (assaltantes), internas (colegas de trabalho ou pessoa que tenha algum tipo de relação pessoal com a vítima) ou que tenham alguma relação com o trabalho (clientes e pacientes).

CAMPOS (2002) abordou especificamente a questão da violência

no trabalho qualificando-a como uma manifestação da “violência do comportamento” ou “violência enquanto método de luta”, ou seja, “estas ações, estas formas de agir, estas atividades realizadas por uma ou várias pessoas, e isto dentro de uma situação de conflito e em vista da realização dos objetivos disputados”. Como bem salientou o autor, é importante entender essa distinção como um recurso eminentemente didático, já que a violência estrutural, se examinada detidamente, não deixa de ser um instrumento de luta das classes sociais. Por outro lado, a violência do comportamento é, em última instância, parte de um sistema social, nele incluídas todas as formas de violência estrutural, sendo muito freqüentemente consequência, resposta ou reação a esta última. Além disso, é pela sociedade que ela encontra certa aceitação, tolerância e mesmo alguma legitimação.

Em outras palavras, se trabalhadores estão sendo agredidos nos seus locais de trabalho ou quando estão trabalhando (violência no trabalho), podemos admitir que são as condições de trabalho que permitem que tal fato ocorra, ou seja, a violência no trabalho é uma das formas possíveis da violência do trabalho. Por outro lado, falar em violência do trabalho nos faz pensar que a violência é algo inerente ao trabalho, o que é, ou pelo menos deveria ser, inadmissível. (SANTOS JR & DIAS, 2005)

Chappell e Di Martino chamam a atenção para o desafio que é descrever e definir o termo violência no trabalho. Segundo esses autores, uma grande variedade de comportamentos pode ser inserida na rubrica violência no trabalho e a diferenciação do que é um comportamento aceitável de um comportamento violento é vaga, em virtude de diferentes contextos e culturas. Esses autores citaram vários exemplos de atos que podem ser considerados como violência no trabalho (QUADRO 1) (CHAPPELL & DI MARTINO, 1999; CHAPPELL & DI MARTINO, 2006).

<ul style="list-style-type: none"> - Homicídio - Roubo - Estupro - Agressão física (chute, soco, arranhão, mordida, beliscão) - Cuspe - Gesto rude - Ofensa - Intimidação 	<ul style="list-style-type: none"> - Ameaça - Mensagem agressiva - Postura agressiva - Xingamento - Grito - Silêncio deliberado - Extorsão - Comportamento hostil - Insinuação 	<ul style="list-style-type: none"> - Assédio (incluindo sexual ou racial) - Provocação (<i>bullying</i>) - Perseguição por grupos (<i>mobbing</i>) - Interferência no trabalho, ferramenta ou equipamento - Ostracismo - Outros
---	---	---

Quadro 1 – Atos que podem ser considerados violência no trabalho, segundo Chappell e Di Martino, 1999, p 1-7

Para conceituar violência no trabalho, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) em documento de WARSHAW (1998) descreve como: “todas as formas de comportamento agressivo ou abusivo que possam causar dano físico ou psicológico ou desconforto em suas vítimas, sejam estas alvos intencionais ou envolvidos impecoais ou incidentais”. O Health & Safety Executive (HSE) da Inglaterra traz também uma definição bastante abrangente que inclui em violência no trabalho qualquer incidente em que uma pessoa é abusada, ameaçada ou agredida em circunstâncias relacionadas ao seu trabalho (HSE, 1996), definição também utilizada pelo National Health Service (NHS) em sua publicação onde considera os locais de trabalho dos profissionais do NHS como “zonas de tolerância zero” em relação à violência no trabalho (NHS, 2000).

O Advisory Committee’s Ad Hoc Working Group on Violence at Work europeu definiu violência no trabalho como uma forma negativa de comportamento ou ação na relação entre duas ou mais pessoas, caracterizado por agressividade, por ser inesperado e, às vezes, repetitivo, e que é prejudicial para a segurança, saúde e bem-estar de trabalhadores no seu local de trabalho (PERIMÄKI-DIETRICH, 2002).

O National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) dos Estados Unidos define violência no trabalho como “... atos violentos (incluindo tentativas de agressão e assaltos) direcionados a pessoas no trabalho ou a serviço deste. Variam de uma linguagem ofensiva ao homicídio.” (NIOSH, 1996; NIOSH, 2002).

Em um texto da ONG Canadian Initiative on Workplace Violence, com perguntas e respostas sobre violência no trabalho, a Organização relata que a definição de violência no trabalho preferida é a da British Utilities Commission:

“Um incidente em que uma pessoa é abusada, ameaçada ou atacada em circunstâncias relacionadas ao seu trabalho. Esses comportamentos podem ser perpetrados por clientes ou colegas de trabalho. Essa definição deve incluir todas as formas de assédio, intimidação, ameaças e agressões físicas, roubos e outros comportamentos indesejáveis.” (CANADIAN INITIATIVE ON WORKPLACE VIOLENCE, 2000).

Na América do Norte, organizações governamentais dos Estados Unidos da América, (EUA) como o NIOSH e a Occupational Safety and Health Administration (OSHA), têm mostrado preocupação com o crescente da violência no trabalho, em virtude, entre outros, de estudos do Centers for Disease Control and Prevention (CDC), de 1992 e 1993, citados por WÜNSCH FILHO (1995), quando os homicídios já constituíam a primeira causa de morte no trabalho entre mulheres e a terceira entre homens. Essa preocupação é manifestada através de publicações como um alerta sobre prevenção de homicídios no local de trabalho (NIOSH, 1995), a revisão sobre violência fatal ou não no ambiente de trabalho (NIOSH, 1996), o *guideline* de prevenção da violência no trabalho para profissionais da saúde e do serviço social (REICH & DEAR, 1996; OSHA, 2004) e a publicação sobre violência no trabalho em hospitais (NIOSH, 2002).

Com o objetivo de classificar os episódios violentos no trabalho, a Division of Occupational Safety and Health do Department of Industrial Relations do Estado da Califórnia (EUA) – Cal/OSHA – propôs, em 1995, uma divisão dos eventos violentos no local de trabalho em três grupos, em função das pessoas implicadas e tipo de relação entre elas, classificação esta que é uma das mais difundidas na literatura (CALIFORNIA, 1995; DOYLE & KLEIN, 2001; HOEL, SPARKS & COOPER, 2001; INJURY PREVENTION RESEARCH CENTER, 2001; MATTMAN, 2001; RACETTE, 2001; COOPER & SWANSON, 2002; OSH FOR EVERYONE, s.d.):

- Tipo I ou “externa” – o indivíduo que pratica o ato violento não tem nenhuma relação com a vítima. Por exemplo: atos violentos com

intenção de roubo. Geralmente são casos de maior gravidade e com piores conseqüências para a vítima;

- Tipo II ou “praticada por clientes/pacientes” – existe algum tipo de relação profissional entre o praticante do ato violento e a vítima. Por exemplo: pacientes, clientes, consumidores etc. É o tipo mais habitual, geralmente são agressões físicas com conseqüências mais leves, ofensas verbais e ameaças. Representa um risco constante para muitos trabalhadores; e

- Tipo III ou “interna” – o indivíduo que pratica o ato violento tem algum tipo de ligação com o local de trabalho ou com algum trabalhador. Por exemplo: brigas entre colegas de trabalho e brigas entre parentes, cônjuges, ex-cônjuges etc. no local de trabalho.

Alguns autores subdividem a violência no trabalho do Tipo III da Cal/OSHA em duas categorias onde o Tipo III fica restrito ao ato violento praticado por um trabalhador contra um outro trabalhador e o Tipo IV é o ato praticado por uma pessoa com a qual o trabalhador mantenha algum tipo de relação que não seja a profissional (PEEK-ASA & HOWARD, 1999; BARISH, 2001; INJURY PREVENTION RESEARCH CENTER, 2001; MERCHANT & LUNDELL, 2001; PEEK-ASA *et al.*, 2001; WILKINSON, 2001; ADAMSON, 2002).

Segundo Santos Jr & Dias (2005), a classificação da Cal/OSHA (CALIFORNIA, 1995) consegue, de uma maneira prática, ser um divisor de mares dos eventos de violência no trabalho. Em relação aos trabalhadores da saúde, sabemos que os mesmos estão expostos especialmente à violência no trabalho do Tipo II. Esta revisão segue com discussão sobre os trabalhadores da área da saúde como vítimas da violência no trabalho e dos locais de trabalho.

2.3 A VIOLÊNCIA E O SETOR SAÚDE

Violência e acidentes, ao lado de enfermidades crônicas e degenerativas, configuram, na atualidade, um novo perfil do quadro dos problemas de saúde do Brasil e do mundo. Nesse novo perfil, ressalta-se o peso do estilo de vida, das condições sociais e ambientais e da maior longevidade na qualidade de vida, exigindo novas abordagens com as quais o sistema de saúde geralmente não está acostumado. (MINAYO, 2008)

Apesar de ser reconhecida há muito tempo pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

(CID) da Organização Mundial de Saúde (OMS) sob a rubrica de “causas externas” (OMS, 2000), a violência passa a chamar a atenção da área da saúde em virtude de um fato lamentável: a mudança do perfil epidemiológico de morbimortalidade ocorrida no Brasil e em vários outros países das Américas (AGUDELO, 1990; YUNES & RAJS, 1994; WÜNSCH FILHO, 2003).

No Brasil, enquanto os óbitos por doenças infecto-parasitárias vêm diminuindo ao longo do tempo, as causas externas assumiram o primeiro lugar entre as causas de óbito entre os jovens. Dados compilados por MELLO JORGE (2002) mostram que as taxas de mortalidade por causas externas, no Brasil, cresceram cerca de 50% do fim dos anos 70 para a primeira metade da década de 90 do século passado. O perfil de mortalidade por causas externas brasileiro acompanha a tendência mundial, atingindo principalmente a faixa etária jovem do sexo masculino.

Em relação à morbidade, dados de 2000 mostram que as internações decorrentes de lesões provocadas por causas externas, nos hospitais próprios ou conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS), representaram cerca de 6% do total de hospitalizações (700.000 internações/ano) e que o paciente traumatizado apresentou gasto/dia 60% mais elevado que os pacientes internados por causas naturais (MELLO JORGE, 2002).

Dados de 2000 mostraram que, no mundo, cerca de 1.600.000 pessoas perderam a vida devido à violência, uma taxa de cerca de 28,8/100.000 (KRUG *et al.*, 2002a; KRUG *et al.*, 2002b). No entanto, a morte trata-se do evento de maior gravidade e, assim, para cada pessoa que morre devido à violência, possivelmente muito mais vítimas sofrem outros danos de ordem física, sexual ou moral, com repercussões importantes na saúde mental destes indivíduos.

Assim, como já afirmara GOLDING (1996), a violência é um dos mais importantes problemas de Saúde Pública hoje, em virtude das conseqüências em suas vítimas, do temor que causa na comunidade, do enorme custo para a sociedade e porque muito pode ser feito para preveni-la. Como afirmou AGUDELO (1990), a violência “representa um risco maior para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima”. Ou ainda, como afirmou a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), “o setor saúde constitui a encruzilhada para onde confluem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência

social” (OPAS, 1993).

MINAYO & SOUZA (1999) afirmam que a atitude da área da saúde diante da violência foi, por muito tempo, a de “contador de eventos, um reparador dos estragos provocados pelos conflitos sociais”. Entretanto, hoje observamos também uma relação atroz entre os trabalhadores da saúde e a violência. Esses trabalhadores estão, a cada dia mais, tornando-se vítimas da violência enquanto estão trabalhando.

No Brasil identificamos poucos estudos sobre violência no trabalho em saúde. A tese de doutoramento de Suely Deslandes (DESLANDES, 2000), que resultou na publicação do livro “Frágeis Deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida” (DESLANDES, 2002), faz uma abordagem antropológica da violência e suas vítimas em dois serviços de emergência de hospitais públicos da cidade do Rio de Janeiro. Nesse estudo a autora faz alguns relatos de conflitos e violência entre pacientes, familiares e profissionais.

A publicação “Desgaste Físico e Mental do Cotidiano Médico”, do Sindicato dos Médicos de São Paulo (SIMESP, 2002), traz uma discussão sobre a violência no trabalho em saúde, abordando a violência como sendo resultante do uso de força para o exercício do poder de um indivíduo contra outro indivíduo, grupos ou contra si mesmo, com intenção de provocar dano físico. Oliveira *et al.* (2002) complementam, afirmando que seria razoável ampliar esta discussão com os aspectos psicológicos descritos a seguir, incluindo o uso de comportamento e/ou argumentação coercitiva por parte de um indivíduo, com intenção de sinalizar a possibilidade de dano físico a outro indivíduo ou grupo, na tentativa de concretizar o exercício de poder daquele sobre estes. (OLIVEIRA, TOMÉ & TOGASHI, 2002)

Palacios *et al.* (2003), em estudo piloto conduzido na cidade do Rio de Janeiro sobre violência no trabalho no setor saúde, trouxeram alguns conceitos que dividem a violência no trabalho em violência física e violência psicológica, e seus subtipos, assim definidos:

a. violência física: uso da força física contra outra pessoa ou grupo que resulta em malefício físico, sexual ou psicológico. Inclui soco, chute, tapa, punhalada/esfaqueamento, tiro, empurrão, mordida, beliscão, dentre outros; e

b. violência psicológica: uso intencional de poder, incluindo ameaça de força física, contra outra pessoa ou grupo, que pode resultar em malefício para o desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral ou sexual. Inclui agressão verbal, assédio moral, assédio sexual e ameaças.

- agressão verbal: refere-se a comportamento que humilha,

degrada ou, de outra forma, indica uma falta de respeito com a dignidade e valor do indivíduo;

- assédio moral: refere-se a comportamento ofensivo, humilhante, que desqualifica ou desmoraliza, repetido e em excesso, através de ataques vingativos, cruéis e maliciosos que objetiva rebaixar um indivíduo ou grupo de trabalhadores;

- assédio sexual: refere-se a qualquer comportamento indesejável, unilateral e não esperado de natureza sexual que é ofensivo para a pessoa envolvida e repercute em ameaça, humilhação ou incômodo/constrangimento a esta pessoa; e

- discriminação racial: refere-se a qualquer conduta ameaçadora que é baseada em raça, cor, idioma, que seja unilateral ou indesejável e que afeta a dignidade de mulheres e homens no trabalho.

Os trabalhadores da saúde têm sido citados como uma das categorias profissionais que mais freqüentemente são vítimas da violência no trabalho (NELSON & KAUFMAN, 1996; KAUFER, 2001; MAYHEW & CHAPPELL, 2001; COOPER & SWANSON, 2002). Infelizmente, no trabalho dos profissionais de saúde a violência já passou a ser freqüentemente citada como um risco ocupacional ou como inerente ao trabalho. Essa profissão já tem sido chamada de “profissão de alto risco”, assim como a dos profissionais que atuam na área de segurança pública e privada (NIOSH, 1995; MUNIZ, 2003), motoristas de táxi e de ônibus (NIOSH, 1995; FREEMAN *et al.*, 1996; KAUFER, 2001), trabalhadores de postos de gasolina (NIOSH, 2002), comerciantes (principalmente de bares e joalherias) (NIOSH, 1995; KAUFER & MATTMAN, 2001), agentes controladores de trânsito (NELSON & KAUFMAN, 1996) e trabalhadores da construção civil (McCANN, 1996).

Rippon (2000) alerta ainda que não é somente o número de incidentes que está aumentando, mas também a gravidade. Algumas situações têm sido levantadas como tentativas de explicação do risco aumentado do profissional de saúde ser vítima da violência no local de trabalho, das quais cita-se:

- alta prevalência (até 25%) de indivíduos (pacientes, familiares e acompanhantes) portando armas nos locais de trabalho (REICH & DEAR, 1996; CALIFORNIA, 1998; RACETTE, 2001; OSHA, 2004);

- aumento da utilização de hospitais pela polícia levando criminosos e outros pacientes agressivos (REICH & DEAR, 1996; OSHA, 2004);

- aumento de número de pacientes com distúrbios psiquiátricos agudos ou crônicos que não têm acompanhamento médico regular ou

que se recusam a fazer tratamento médico e/ou uso de medicação e o aumento de número de pacientes psiquiátricos vivendo na comunidade em virtude do processo de desospitalização desses pacientes (NATIONAL SECURITY INSTITUTE'S, 1995; REICH & DEAR, 1996; SINOMOWITZ, 1996; WARSHAW & MESSITE, 1996; CALIFORNIA, 1998; RACETTE, 2001; OSHA, 2004);

- a presença de dinheiro ou valores, equipamentos e medicamentos, tornando as instituições alvo de assaltos (NATIONAL SECURITY INSTITUTE'S, 1995; REICH & DEAR, 1996; RACETTE, 2001; OSHA, 2004);

- fatores considerados situacionais e circunstanciais como movimentação de pessoas sem restrição, presença de membros de gangues, usuários de drogas, pessoas alcoolizadas e pacientes vítimas de trauma, principalmente no setor de emergências, onde pode haver frustração em virtude da incapacidade de obter o atendimento necessário prontamente (NATIONAL SECURITY INSTITUTE'S, 1995; REICH & DEAR, 1996; SINOMOWITZ, 1996; WARSHAW & MESSITE, 1996; CALIFORNIA, 1998; RACETTE, 2001; OSHA, 2004);

- diminuição do número de trabalhadores ou interrupção do trabalho durante alguns períodos como horário de alimentação, horário de visitas, turno da noite ou quando os profissionais estão transportando algum paciente (REICH & DEAR, 1996; CALIFORNIA, 1998; RACETTE, 2001; OSHA, 2004);

- procedimentos isolados com pacientes durante a propedêutica ou terapêutica (NATIONAL SECURITY INSTITUTE'S, 1995; REICH & DEAR, 1996; CALIFORNIA, 1998; OSHA, 2004);

- trabalho sozinho em locais isolados e em áreas com alto índice de criminalidade, principalmente áreas com dificuldade em se conseguir comunicação e ajuda (NATIONAL SECURITY INSTITUTE'S, 1995; REICH & DEAR, 1996; CALIFORNIA, 1998; RACETTE, 2001; OSHA, 2004);

- falta de treinamento do staff em reconhecer e controlar uma pessoa com comportamento hostil e agressivo crescente (NATIONAL SECURITY INSTITUTE'S, 1995; REICH & DEAR, 1996; RACETTE, 2001; OSHA, 2004);

- presença de áreas com iluminação inadequada (NATIONAL SECURITY INSTITUTE'S, 1995; REICH & DEAR, 1996; OSHA, 2004); e

- o estresse inerente ao problema de saúde, tanto do paciente como de familiares e acompanhantes. Essas pessoas podem estar traumatizadas, com a capacidade de enfrentar a situação excedida e com

a agressividade exacerbada (RACETTE, 2001).

Entre os profissionais de saúde que são mais estudados e mais freqüentemente citados como vítimas da violência temos referências principalmente da equipe de enfermagem e dos médicos.

Em relação à equipe de enfermagem, vários estudos enfocam esta categoria profissional como vítima freqüente da violência no trabalho, seja em estudos de violência no trabalho sem especificação de categoria profissional (LEVIN, HEWITT & MISNER, 1996); seja em estudos com profissionais de saúde em geral (GOODMAN, JENKINS & MERCY, 1994; YASSI *et al.*, 1998; FERNANDES *et al.*, 1999; WORKER'S COMPENSATION BOARD OF BRITISH COLUMBIA, 2000; DI MARTINO, 2002) ou em estudos conduzidos apenas com a equipe de enfermagem (CARROL & MORIN, 1998; PATERSON, LEADBETTER & BOWIE, 1999; NOLAN *et al.*, 2001; CONTRERA & COCCO, 2003; CONTRERA-MORENO & CONTRERA-MORENO, 2004; OSHA, 2004; COSTA & MARZIALE, 2006).

Outros profissionais da saúde ou que trabalham em instituições da área da saúde, entre eles farmacêuticos, assistentes sociais, paramédicos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, pessoal de laboratório, radiologia e do serviço de nutrição e dietética, recepcionistas, seguranças e pessoal de manutenção, também são citados como vítimas da violência em artigos científicos e na imprensa escrita (GOODMAN, JENKINS & MERCY, 1994; FELTON, 1997; ARNETZ, ARNETZ & SÖDERMAN, 1998; FERNANDES *et al.*, 1999; FERNANDES, 2002; GRANGE & CORBETT, 2002).

Quanto aos médicos, GOODMAN, JENKINS & MERCY (1994), analisando homicídios relacionados com o trabalho nos EUA entre 1980 e 1990, relataram 67.679 mortes de civis, sendo que desse total 522 eram trabalhadores da saúde, incluindo 128 médicos. Os dados desse estudo foram também utilizados para justificar a extensão do problema pela OSHA em seu Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care and Social Service Workers (REICH & DEAR, 1996; OSHA, 2004). Em 1995, GRANT (2005) publica na revista Canadian Medical Association Journal um alerta para a escassez de pesquisa e a pouca atenção dada a crimes violentos contra médicos (GRANT, 1995). ZAHID *et al.* (1999) também chamaram atenção para o fato, afirmando que existem evidências abundantes que sugerem que médicos estão progressivamente sendo mais expostos a incidentes violentos em seus locais de trabalho.

HOFELDT (2001) cita vários fatores que contribuem para que o médico seja um alvo da violência, entre eles percepção do agressor

sobre o médico, personalidade, capacidade e cultura profissional do médico, ambiente de trabalho, número de trabalhadores e restrição de serviços médicos e comunicação deficiente.

A visão parcial do problema e das necessidades de saúde do indivíduo enquanto sujeito, a crescente especialização médica, a não responsabilização pelo “cuidado” ao paciente, a pouca visão multidisciplinar, a dificuldade de comungar o seu trabalho com outros profissionais e a solidão do consultório são características do trabalho médico, todas facilmente detectadas, discutidas e analisadas ainda no nível teórico, mas sem levar a transformações da prática cotidiana. Ao mesmo tempo, o médico é o profissional com maior gradiente de autonomia no seu processo de trabalho, criando formatos de intervenções clínicas ou de relação com o paciente, dotando-o, portanto, de uma grande capacidade de autogestão de seu trabalho. (SANTOS JR & DIAS, 2005)

Outra justificativa é o interesse pela profissão médica. Como afirma NOGUEIRA-MARTINS (2003), a medicina permanece uma profissão que oferece várias possibilidades de realização material, intelectual e emocional. Entretanto, o grau de idealização pode gerar altas expectativas que, se não correspondidas, tendem a produzir decepções e frustrações significativas, com repercussões importantes na saúde do médico. Afirma ainda o autor que

“Um importante ponto merece ser destacado ao estudarmos a tarefa médica: o caráter altamente ansiogênico do exercício profissional. Há, como regra geral, com pequenas variações intrínsecas ao trabalho clínico, a exposição a poderosas radiações psicológicas emanadas do contato íntimo com o adoecer. Cumpre enfatizar este aspecto já que, em especial no âmbito assistencial dos serviços de emergência, ocorrem situações tão dramáticas como talvez em nenhum outro campo de atividade humana em tempos de paz” (NOGUEIRA-MARTINS, 2003).

Entre os locais de trabalho onde estes profissionais estão sendo mais frequentemente vítimas da violência, destacam-se os que atendem urgências e emergências e os que atendem pacientes psiquiátricos. Diversos autores apontam e discutem os riscos ocupacionais de médicos que trabalham no atendimento de urgências e emergências (DOREVITCH & FORST, 2000; RACETTE, 2001; NIOSH, 2002;

FERNANDES, 2002; GRANGE & CORBETT, 2002; KNOTT *et al.*, 2005; KOWALENKO *et al.*, 2005; SANTOS JR & DIAS, 2005; CEZAR & MARZIALE, 2006; ZAPPAROLI & MARZIALE, 2006; KANSAGRA *et al.*, 2008, GÜLALP *et al.*, 2009) e locais de atendimento de pacientes psiquiátricos, e citam a violência como uma constante no trabalho destes profissionais (HANSEN, 1996; SANTOS *et al.*, 2003).

Convém salientar, como chama a atenção a Associação Americana de Psiquiatria, que não devemos relacionar diretamente o paciente psiquiátrico com a violência. Essa Associação nos lembra de que a grande maioria das pessoas que são violentas não sofre de doença mental e uma grande proporção das pessoas acometidas de doença mental não é violenta (WARSHAW & MESSITE, 1996).

Dados do 2000/2001 Survey of Reported Violent or Abusive Incidents, Accidents Involving Staff and Sickness Absence in NHS Trusts and Health Authorities, na Inglaterra, mostraram um total de 22.338 incidentes abusivos ou violentos em locais de atendimento de quadros clínicos agudos, com uma estimativa de cinco episódios por 1.000 trabalhadores por mês (NHS, 2001).

Em virtude desta situação, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), em sua Resolução Nº 90 de 21 de março de 2000, externou sua preocupação com estes profissionais ao resolver que (CREMESP, 2000):

- “Serviços de pronto-socorro geral e/ou psiquiátrico deverão contar com pessoal preparado e treinado para a adequada contenção de pacientes agitados e/ou agressivos”.

E que:

- “Em locais de trabalho sabidamente violentos e que exponham a risco a integridade física dos médicos no atendimento de pronto-socorro, deverá haver a manutenção de plantão policial ou, na impossibilidade deste, segurança privada”.

Poucas são as publicações que enfocam a violência em Unidades Locais de Saúde ou Centros de Saúde. Em geral encontramos pesquisas em que são investigados episódios violentos em diversos serviços de saúde, tanto no Brasil (PALACIOS *et al.*, 2003), como no exterior (FERRINHO *et al.*, 2003; JACKSON & ASHLEY, 2005), mas ainda revela-se como um tema pouco estudado na atenção primária em saúde.

Reconhecendo a importância do tema, o Ministério da Saúde reuniu especialistas no tema, gestores e profissionais de serviços de atenção a saúde, que elaboraram um documento estabelecendo as diretrizes e atividades para o setor Saúde e a construção de políticas

intersetoriais. O documento foi pactuado junto ao Conselho Nacional de Saúde e apresentado como a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências do Sistema Único de Saúde (PNRMAV/SUS). Essa Política lida com a violência em suas várias formas de expressão: agressão física; abuso sexual; violência psicológica; e violência institucional. Nela, a violência é abordada como um problema de Saúde Pública a ser compartilhado com outros setores, que necessita de definições de estratégias próprias de “*promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos*”. (MALTA *et al.*, 2007)

São pressupostos da PNRMAV: (I) saúde entendida como um direito humano fundamental e essencial ao desenvolvimento social e econômico; (II) direito e respeito à vida como valores éticos da cultura e da saúde; e (III) promoção da saúde como base para o desenvolvimento de todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes. O pressuposto colocado é de integração e articulação de todas as áreas do Ministério da Saúde nas ações de vigilância, prevenção, assistência, avaliação e capacitação dos recursos humanos do SUS para a abordagem do tema. (BRASIL, 2001)

Após a publicação da PNRMAV, diversas intervenções e atividades foram desenvolvidas no esteio dessas diretrizes. Uma das iniciativas em curso consiste na implantação do Sistema de Informação Sentinela de Violências em municípios selecionados, em locais de atendimento das vítimas de violência e de acidentes, visando captar informações essenciais para a prevenção, além de monitorar o impacto das ações implantadas. Planejou-se uma ficha de notificação de acidentes e violências, para monitorar o comportamento desses agravos nos diversos segmentos populacionais e cursos da vida - mulher, criança, adolescente, idoso, deficiente físico – incluindo também o segmento dos trabalhadores. (MALTA *et al.*, 2007)

Outro projeto fundamental consiste na estruturação da Rede Nacional de Prevenção de Violências. Em maio de 2004, com o objetivo de implantar a PNRMAV no que concerne à promoção e adoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis, foi assinada a Portaria Ministerial nº 936, de 20 de maio de 2004, que definiu e estrutura o modelo da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, voltada à articulação de ações das três esferas de gestão, instituições acadêmicas e organizações não governamentais dedicadas à prevenção da violência. (BRASIL, 2004) Até o ano de 2007, a Rede estava constituída de 62 núcleos, distribuídos nas cinco macrorregiões nacionais, principalmente concentrados na Região Sudeste e em Áreas Metropolitanas de capitais. Desses Núcleos, 14 são

instituições de ensino e pesquisa que, junto com o Ministério da Saúde, têm a missão de capacitar, apoiar, monitorar, avaliar e sistematizar experiências. (MALTA *et al.*, 2007) Segundo Malta *et al.* (2007) “um dos pontos comuns identificados em relação às dificuldades enfrentadas pelos núcleos foi a deficiência de pessoal qualificado para a abordagem do tema Violência”. Estas limitações na qualificação de recursos humanos para debater o assunto carecem ser estudadas com um olhar diferenciado quando nos reportamos à violência presente dentro da própria instituição de saúde.

3 OBJETIVO

Identificar a prevalência de episódios de violência contra o médico em Unidades Locais de Saúde, Policlínicas Regionais e Unidades de Pronto-Atendimento do município de Florianópolis-SC, e investigar a percepção deste profissional quanto às condições de segurança e prevenção da violência no trabalho.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem quantitativa. Teve como objetivo identificar a prevalência de episódios de violência no trabalho contra o médico em Unidades Locais de Saúde, Policlínicas Regionais e Unidades de Pronto-Atendimento do município de Florianópolis, nos 12 (doze) meses anteriores à aplicação do questionário de pesquisa, e investigar a percepção deste profissional quanto às condições de segurança e prevenção da violência.

Segundo Gil (1994 p. 45), “as pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionáveis”. Já as pesquisas descritivas, explicitam as características de determinada população ou fenômeno e buscam o estabelecimento de relações entre variáveis.

O estudo quantitativo é do tipo transversal ou seccional, que segundo Almeida Filho e Rouquayrol (2002), é desenvolvido com grupos específicos, em uma época ou intervalo de tempo descritivo.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, que possui população estimada para 2009 de 408.161 habitantes e o quarto maior Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) no ano 2000, sendo o maior entre as capitais. (IBGE, 2010)

A pesquisa foi desenvolvida junto às Unidades Locais de Saúde (ULS), Policlínicas Regionais e Unidades de Pronto-Atendimento deste município, em um período de dez meses, entre agosto de 2009 e maio de 2010. A rede básica de saúde de Florianópolis é composta por 47 ULS, onde atuam 93 ESF, as quais estão divididas em cinco Distritos Sanitários (DS) - Norte, Sul, Leste, Centro e Continente. Estas ULS

atendem a população cadastrada de acordo com sua área de abrangência (preferencialmente), de segunda à sexta-feira, em sua maioria com horário de funcionamento das 8 às 12 horas e das 13 às 17 horas (8 horas por dia). As Policlínicas Regionais, em número de quatro, localizam-se nos DS Centro, Norte, Sul e Continente, e oferecem consultas médicas especializadas, neste mesmo horário de funcionamento. Junto às Policlínicas do Norte e Sul estão situadas as duas Unidades de Pronto-Atendimento para urgências e emergências, que funcionam 24 horas/dia.

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A população deste estudo é constituída por todos os médicos, generalistas e especialistas, que trabalham nas Unidades Locais de Saúde, Policlínicas Regionais e Unidades de Pronto-Atendimento, e que atuaram no município de Florianópolis no período de agosto de 2009 a maio de 2010, perfazendo um número de 246 profissionais.

4.4 COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados, preferencialmente foi estabelecido contato prévio com os coordenadores de cada Unidade de Saúde, com data e horário definidos a critério e disponibilidade dos mesmos, para apresentação e explicações quanto aos objetivos e método da pesquisa a ser conduzida com os médicos do serviço de saúde. Todos os coordenadores foram favoráveis a realização da pesquisa. Posteriormente, os médicos foram abordados em horário de trabalho, pessoalmente ou através de contato telefônico, e convidados a participar da pesquisa. A coleta de dados ocorreu no próprio local de trabalho, apenas com a presença do profissional e da pesquisadora.

Previamente à coleta, foi explicitado ao profissional médico o direito de escolha de participar da pesquisa, o compromisso de sigilo absoluto da identidade dos sujeitos e a possibilidade de desistência da participação no momento que desejarem. Em seguida, foi apresentado o questionário de pesquisa e feitos os devidos esclarecimentos sobre o método utilizado. Com a concordância dos participantes, estes assinaram um “termo de consentimento livre e esclarecido” (apêndice

II) antes da entrevista ser iniciada.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário adaptado (apêndice I), com perguntas objetivas, utilizado no American Federation of State, County and Municipal Employees (AFSCME) Survey of Violence in the Workplace for Health Care Workers, disponível na publicação Preventing Workplace Violence: A Union Representative's Guidebook (AFSCME, 1998).

Através deste questionário pretendeu-se rastrear a prevalência e a caracterização da violência no trabalho nos doze meses que antecedem o seu preenchimento. Utilizou-se para tanto a seguinte definição de *violência no trabalho*: “refere-se a todas as formas de comportamento agressivo ou abusivo ou mesmo quaisquer atos, posturas e atitudes que possam causar dano físico, psicológico ou desconforto em suas vítimas, ou dano ao patrimônio, praticados por quem quer que seja (cliente/paciente, assaltante, colega de trabalho ou pessoa com a qual o trabalhador mantenha alguma relação que não seja a profissional – cônjuge, amante, irmão, colega, etc –), estando o indivíduo (vítima) trabalhando, a serviço do trabalho, ou indo para ou voltando do trabalho”. Essa definição está embasada no referencial teórico de MINAYO & SOUZA (1998), CHAPPELL & DI MARTINO (1999), MINISTÉRIO DA SAÚDE (2000), COOPER & SWANSON (2002), ILO/ICN/WHO/PSI (2002), OIT/CIE/OMS/ISP (2002) e MELLO JORGE (2002).

No primeiro bloco, foram questionados alguns dados dos sujeitos de pesquisa como idade, sexo, tempo de formado, local de trabalho, especialidade médica com a qual trabalha no serviço, vínculo empregatício e tempo de trabalho na rede pública de saúde de Florianópolis. No segundo, terceiro e quarto blocos de questões, investigou-se as condições de segurança do local de trabalho, a existência de treinamento dos profissionais para enfrentamento da violência e de políticas de prevenção e de atendimento das vítimas da violência no trabalho. Finalmente, no quinto bloco, questionou-se a ocorrência de violência psicológica, física ou no trajeto de/para seu local de trabalho. No sexto bloco, denominado de “opinião pessoal” são levantadas questões que buscam entender os anseios do profissional e uma autoavaliação sobre as condições pessoais de enfrentamento deste problema.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram digitados no programa Epi-Data 3.4 e para a análise estatística posteriormente foram exportados para o Stata 9. Analisaram-se as prevalências das violências sofridas e seus respectivos intervalos de confiança (IC_{95%}).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (protocolo nº 197/2009). Atenderam-se todos os aspectos contidos na Resolução nº 196 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. (BRASIL, 1996)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMSON M. Violence at workplaces. **African Newsletter on Occupational Health and Safety**, Helsinki, v.12, n.1, p.15-17, Apr. 2002.

ADORNO, S. Violência e civilização. In: TAVARES DOS SANTOS, J. V.; GUGLIANO, A. A. (Orgs.). **A sociologia para o século XXI**. Pelotas: EDUCAT, 1999. p.77-106.

AMERICAN FEDERATION OF STATE, COUNTY AND MUNICIPAL EMPLOYEES. AFSCME Survey of violence in the workplace for healthcare workers (Appendix D). In: _____. **Preventing workplace violence**. Washington, DC, AFSCME, 1998. Disponível em: <<http://www.afscme.org/health/violad.htm>>. Acesso em: 9 jan. 2009.

AGUDELO, S. F. La violencia: um problema de salud publica que se agrava em la región. **Boletín Epidemiológico da Organización Panamericana de la Salud**, Washington, DC, v.10, n.2, p.1-7, 1990.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL. M. Z. **Introdução à epidemiologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: ABPDEA, 2002.

ARNETZ, J. E.; ARNETZ, B. B.; SÖDERMAN, E. Violence toward health care workers. Prevalence and incidence at a large, regional hospital in Sweden. **American Association of Occupational Health Nurses Journal**, Thorofare, NJ, v.46, n.3, p.107-114, Mar. 1998.

BAIERL, L. F.; ALMENDRA, C. A. C. A dinâmica perversa do medo e da violência urbana. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano XXIII, n.70, p.59-74, jul. 2002.

BARISH, R. C. Legislation and Regulations Addressing Workplace Violence in the United States and British Columbia. **American Journal of Preventive Medicine**, New York, v.20, n.2, p.149-154, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

Disponível em:

<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/SPP_Arquivos/divulg.comite/resolucoes/Reso196.doc>. Acesso em: 7 jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 737, de 16 de maio de 2001. Dispõe sobre a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 maio 2001. Seção 1e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 936, de 19 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação e implementação de núcleos de prevenção à violência em Estados e Municípios. **Diário Oficial da União**, nº 96, Brasília, 20 maio 2004. Seção 1d.

CALIFORNIA. Department of Industrial Relations. Division of Occupational Safety and Health. **Cal/OSHA Guidelines for Workplace Security**. San Francisco, Cal/OSHA, 1995. Disponível em: <http://www.dir.ca.gov/dosh/dosh_publications/worksecurity.html>. Acesso em: 27 abr. 2009.

_____. Department of Industrial Relations. Division of Occupational Safety and Health. **Cal/OSHA Guidelines for Security and Safety of Health Care and Community Service Workers**. San Francisco, CA, Cal/OSHA, 1998. Disponível em: <http://www.dir.ca.gov/dosh/dosh_publications/hcworker.html>. Acesso em: 27 abr. 2009.

CAMPOS, A. S. Violência e Trabalho. In: MENDES R. (Org.). **Patologia do trabalho**. 2a.. ed. atual. revis. Rio de Janeiro: Atheneu, 2002. p.1641-1655.

CANADIAN INITIATIVE ON WORKPLACE VIOLENCE. **Questions & Answers on Workplace Violence**. Toronto: CIWV, 2000. Disponível em: <<http://www.workplaceviolence.ca/service/questions.html#ans2>>. Acesso em: 24 abr. 2009.

CARNEIRO, S. A. M. **Trabalho e violência: relação de proximidade – violência a trabalhadores durante jornada de trabalho, na Zona Norte de São Paulo, em 1998**. 2000. 140p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública - Área de concentração em Saúde do Trabalhador) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 200.

CARROL, V.; MORIN, K. H. Workplace violence affects one-third of nurses: survey of nurses in seven SNAs reveals staff nurses most at risk. **The American Nurse**, v.30, n.5, Sept.-Oct. 1998. Disponível em:

<<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/TAN/1998/SepOct1998NewsViolence.aspx>>. Acesso em: 3 mai. 2009.

CEZAR, Eliene Simões; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da Cidade de Londrina, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, jan. 2006.

CHAPPELL, D.; DI MARTINO, V. Violence at the work. **Asian-Pacific Newsletter on Occupational Health and Safety**, Helsinki, v.6, n.1, p.1-7, Apr. 1999.

CHAPPELL, D.; DI MARTINO, V. **Violence at the work**. International Labour Office, Geneva: 2006.

CHESNAIS, J. C. A violência no Brasil. Causas e recomendações políticas para sua prevenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, p.53-69, 1999.

CONTRERA, L.; COCCO, M. I. M. Violência contra trabalhadores de enfermagem em Centros de Saúde no município de Campinas-SP: resultados preliminares. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, Suplemento 2, p.422, 2003. PT 933.

CONTRERA-MORENO, L.; CONTRERA-MORENO, M. I. Violência no trabalho em enfermagem: um novo risco ocupacional. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 6, dez. 2004.

COOPER, C. L.; SWANSON, N. **Workplace violence in health sector: state of the art**. Geneva, ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in Health Sector, 2002. 76p. Disponível em: <<http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/state.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2009.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Resolução CREMESP n.90 de 21 mar. 2000. Normatiza preceitos das condições de saúde ocupacional dos médicos e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, 13 abr. 2000. Seção 1, n.71, p.62-3.

COSTA, A.L.R.C.; MARZIALE, M.H.P. Relação tempo-violência no trabalho de enfermagem em Emergência e Urgência. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 59, n. 3, jun. 2006.

DAS, V. Fronteiras, violência e o trabalho do tempo: alguns temas wittgensteinianos. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.14, n.40, p.31-42, jun. 1999.

DESLANDES, S.F. **Violência no cotidiano dos serviços de emergência: representações, práticas, interações e desafios**. 216f. Tese (Doutorado em Ciências - Área de concentração em Saúde Pública). Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2000.

DESLANDES, S.F. **Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 194p.

DI MARTINO, V. **Workplace violence in health sector**. Country case studies: Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study. Geneva, ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in Health Sector, 2002. 42p.

DOREVITCH, S.; FORST, L. The occupational hazards of emergency physicians. **American Journal of Emergency Medicine**, Philadelphia, v.18, n.3, p.300-311, May 2000.

DOYLE, L. M.; KLEIN, M. C. Comparison of two methods of instruction for the prevention of workplace violence. **Journal for Nurses in Staff Development**, Philadelphia, v. 17, n.6, p.281, Nov./Dec. 2001. Disponível em: <http://www.nursingcenter.com/library/JournalArticle.asp?Article_ID=101097>. Acesso em: 27 abr. 2009.

FALEIROS, V. P. A questão da violência. Brasília, Conferência no IV Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social e Política Social, 7 dez. 1998. In: SANTOS JR., E. A.; DIAS, E. C. Médicos vítimas da violência no trabalho em unidades de pronto atendimento. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 705-722, jul.-set. 2005.

FELTON, J. S. Violence prevention at the health care site. **State of The Art Reviews – Occupational Medicine**, Philadelphia, v.12, n.4, p.701-715, 1997.

FERNANDES, C. M. B. *et al.* Violence in the emergency department: a survey of health care workers. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v.161, n.10, p.1245-1248, 16 Nov. 1999.

FERNANDES, K. Violência. Ciclista é atingido ao desviar de buraco; irritados com a equipe de socorro, quatro jovens brigam com bombeiros. Paramédico é agredido, e atropelado morre. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 27 ago. 2002. Folha Cotidiano, p.C1.

FLORES, R. Z. A biologia na violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.197-202, 2002.

GATES, D. M. Workplace violence. **American Association of Occupational Health Nurses Journal**, Thorofare, NJ, v.43, n.10, p.536-44, 1995.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas em pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1989.

GOLDING, A. Violence and public health. **Journal of the Royal Society of Medicine**, London, v.89, p.501-505, Sept. 1996.

GOODMAN, R. A.; JENKINS, E. L.; MERCY, J. A. Workplace-related homicide among health care workers in the United States, 1980 through 1990. **Journal of American Medical Association**, Chicago, v.272, n.21, p.1686-1688, 7 Dec. 1994.

GRANGE, J. T.; CORBETT, S. W. Violence against emergency medical services personnel. **Prehospital Emergency Care**, Lenexa, KS, v.6, n.2, p.186-190, 2002.

GRANT, D. US report on violence in the medical workplace may hold lessons for Canadian MDs. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v.153, n.11, p.1651-1652, 1 Dec. 1995.

GÜLALP, B.; KARCIOGLU, O.; KÖSEOGLU, Z.; SARI, A. Dangers faced by emergency staff: experience in urban centers in southern Turkey. **Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.**, v. 15, n. 3, p. 239-242, 2009.

HANSEN, B. Workplace Violence in the Hospital Psychiatric Setting: An Occupational Health Perspective. **American Association of Occupational Health Nurses Journal**, Thorofare, NJ, v.44, n.12, p.575-580, 1996.

HEALTH & SAFETY EXECUTIVE. **Violence at work**: a guide for employers. London, HSE, Out. 1996. Disponível em: <<http://www.hse.gov.uk/pubns/indg69.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2009.

HOEL, H.; SPARKS, K.; COOPER, C. L. **The cost of violence/stress at work and the benefits of a violence/stress-free working environment.** Manchester, University of Manchester Institute of Science and Technology, 11 Nov. 2001. Report Commissioned by International Labour Organization. Disponível em: <<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/whpwb/econo/costs.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2009.

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

INJURY PREVENTION RESEARCH CENTER. **Workplace Violence: a Report to the Nation.** Iowa City: University of Iowa, February 2001. Disponível em: <<http://www.public-health.uiowa.edu/iprc/resources/workplace-violence-report.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Cidades.** 2007. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>. Acesso em: 7 jan. 2009.

_____. **Estatísticas da saúde – Assistência Médico-Sanitária 2009.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/ams/2009/ams2009.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2010.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION, INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, WORLD HEALTH ORGANIZATION, PUBLIC SERVICES INTERNATIONAL. **Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in Health Sector.** Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in Health Sector, 2002. 32p. Disponível em: <<http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/guidelines.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2009.

JACKSON, Maria; ASHLEY, Deanna. Physical and psychological violence in Jamaica's health sector. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 18, n. 2, Aug. 2005.

KANSAGRA, S.M.; RAO, S.R.; SULLIVAN, A.F. et al. A survey of workplace violence across 65 U.S. emergency departments. **Acad Emerg Med.**, p. 1268-74, 2008.

KAUFER, S. **Corporate Liability: Sharing the Blame for Workplace Violence.** Palm Springs: Workplace Violence Research Institute, 2001.

Disponível em:

<http://www.workviolence.com/articles/corporate_liability.htm>.

Acesso em: 1 mai. 2009.

KAUFER, S.; MATTMAN, J. W. **Workplace Violence: An Employer's Guide**. Palm Springs: Workplace Violence Research Institute, 2001. Disponível em:

<http://www.workviolence.com/articles/employers_guide.htm>. Acesso em: 1 mai. 2009.

KNOTT, JC; BENNETT, D; RAWET, J. et al. Epidemiology of unarmed threats in the emergency department. **Emerg Med Australas**, v. 17, p. 351-8, 2005.

KOWALENKO, T.; WALTERS, B. L.; KHARE, R. K. et al. Michigan College of Emergency Physicians Workplace Violence Task Force. Workplace violence: a survey of emergency physicians in the state of Michigan. **Ann Emerg Med.**, v. 46, p. 142-7, 2005.

KRUG, E. G. *et al.* **Relatório mundial sobre violência e saúde:** sumário. Genebra: OMS, 2002a. 42p.

KRUG, E. G. *et al.* The world report on violence and health. **Lancet**, London, v.360, p.1083-1088, oct. 2002b.

LEVIN, P. F.; HEWITT, J. B.; MISNER, S. T. Workplace violence. Female occupational homicides in Metropolitan Chicago. **American Association of Occupational Health Nurses Journal**, Thorofare, NJ, v.44, n.7, p.326-331, 1996.

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

MALTA, D. C., LEMOS, M. S. A., SILVA, M. M. A. *et al.* Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 16, n.1, p. 45-55, 2007.

MATTMAN, J. W. **What's Growing in the Corporate Culture?** Palm Springs: Workplace Violence Research Institute, 2001. Disponível em: <http://www.workviolence.com/articles/corporate_culture.htm>. Acesso em: 27 abr. 2009.

MAYHEW, C.; CHAPPELL, D. **Occupational Violence: Types, Reporting Patterns, and Variations between Health Sectors**. Sydney: The

University of New South Wales, School of Industrial Relations and Organizational Behavior and Industrial Relations Research Centre, August 2001. Working Paper Series. Taskforce on the Prevention and Management of Violence in the Health Workplace. Discussion Paper n.1. Disponível em:
<<http://www.aic.gov.au/research/cvp/docs/mayhew1.pdf>>. Acesso em: 1 mai. 2009.

MCCANN, B. Attitudes about and experiences of workplace violence: results of a survey of construction and others workers. In: VANDENBOS, G. R.; BULATAO, E. Q. **Violence on the Job: Identifying Risks and Developing Solutions**. Washington, DC: American Psychological Association, 1996. p.251-259.

MELLO JORGE, M. H. P. Violência como problema de Saúde Pública. **Ciência & Cultura, São Paulo**, ano 54, n.1, p.52-53, jul./ago./set. 2002.

MERCHANT, J.A.; LUNDELL, J.A. Workplace Violence Intervention Research Workshop, April 5-7, 2000, Washington, DC: Background, Rationale, and Summary. **American Journal of Preventive Medicine**, New York, v.20, n. 2, p.135-140, 2001.

MINAYO, M.C.S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2008.

_____. A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, p.7-18, 1994.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. Violência para Todos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.65-78, 1993.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. Violência e Saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **Hist. Cien. Saúde**, v. IV, n. 3, nov. 1997-fev. 1998.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. É possível prevenir violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, p.7-32, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.4, p.327-330, ago. 2000.

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. Brasília:

Ministério da Saúde, 2002.

MUNIZ, J. **Dangers of Police Work in Rio de Janeiro.** In: INTERNATIONAL CONGRESS ON OCCUPATIONAL HEALTH, 27, 2003, Foz do Iguaçu. Congress Program. Foz do Iguaçu: ICOH, 2003. Ref. 0288 - SPS 52.4. CD-ROM.

NATIONAL HEALTH SERVICE. **We don't have to take this. Resource Pack. Zero Tolerance Zone.** London, NHS, 2000.

Disponível em:

<http://www.nhs.uk/zerotolerance/downloads/nhs_ztz.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2009.

NATIONAL HEALTH SERVICE. **2000/2001 Survey of Reported Violent or Abusive Incidents, Accidents Involving Staff and Sickness Absence in NHS Trusts and Health Authorities, in England.** London: NHS, 2001. Disponível em:

<http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsStatistics/DH_4006328>. Acesso em: 23 abr. 2009.

NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH. **La prevención de homicidio en el lugar de trabajo.**

Washington, DC: NIOSH, May 1995. DHHS (NIOSH) Publication No. 93-109. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/93-109sp.htm>>. Acesso em: 23 abr. 2009.

_____. **Violence in the Workplace: Risk Factors and Prevention Strategies.** Washington, DC: NIOSH, Jul. 1996. Current Intelligence Bulletin 57. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/niosh/violcont.html>>. Acesso em: 23 abr. 2009.

_____. **Violence: occupational hazards in hospitals.** Washington, DC: NIOSH, Apr. 2002. DHHS (NIOSH) Publication No. 2002-01. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/niosh/2002-101.html>>. Acesso em: 23 abr. 2009.

NATIONAL SECURITY INSTITUTE'S. **Guidelines for Workplace Prevention Programs for Health Care Workers in Institutional and Community Settings.** Medway, MA: National Security Institute's, 21 June 1995. Disponível em: <<http://nsi.org/library/work/violenc1.html>>. Acesso em: 29 abr. 2009.

NELSON, N. A.; KAUFMAN, J. D. Fatal and Nonfatal Injuries Related to Violence in Washington Workplaces, 1992. **American Journal of Industrial Medicine**, New York, v.30, p.438-446, 1996.

NOGUEIRA-MARTINS, L.A. Saúde mental dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, Belo Horizonte, v.1, n.1, p.59-71, jul./set. 2003.

NOLAN, P. *et al.* A comparative study of the experiences of violence of English and Swedish mental health nurses. **International Journal of Nursing Studies**, New York, v.38, p.419-426, 2001.

OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH ADMINISTRATION. **Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care and Social Service Workers**. Washington DC, 2004. OSHA Publication 3148. Disponível em: <<http://www.osha.gov/Publications/OSHA3148/osha3148.html>>. Acesso em: 1 mai. 2009.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, INTERNACIONAL DE SERVICIOS PUBLICOS. **Directrices Marco para Afrontar la Violencia Laboral en el Sector de la Salud**. Ginebra: OIT/CIE/OMS/ISP Programa Conjunto sobre la Violencia Laboral en el Sector de la Salud, 2002. 37p. Disponível em: <<http://www.icn.ch/SEWViolenceguidelineSP.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2009.

OLIVEIRA, J.E.G.; TOMÉ, L.A.; TOGASHI, L.H. (In)segurança dos médicos: violência e suas conseqüências em estabelecimento de saúde de São Paulo. In: SINDICATO DOS MÉDICOS DE SÃO PAULO. **Desgaste Físico e Mental do Cotidiano Médico**. São Paulo: SIMESP, 2002. Anexo 1, p.152-169.

OLIVEIRA, R.P.; NUNES, M.O. Violência relacionada ao trabalho: uma proposta conceitual. **Saude soc.**, São Paulo, v.17, n.4, Dec. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10^a**. Revisão (CID-10). Tradução do Centro Colaborador da OMS pra classificação de doenças em português. 8.ed. São Paulo: Edusp, 2000. 1191p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial Violência e Saúde**. Genebra: OMS; 2002.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Violencia y Salud**. Washington, DC: OPAS, 1993. 17p.

OSH FOR EVERYONE. **Violence in the Workplace**: Participant's Manual. Toronto, CA, s.d. 16p. Disponível em: <http://www.oshforeveryone.org/wsib/files/ont_mhsao/work_violence.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2009.

PALACIOS, M. *et al.* Violência no ambiente de trabalho no setor saúde da cidade do Rio de Janeiro: trabalhadores da saúde vítimas e algozes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, Suplemento 2, p. 214, 2003.

PATERSON, B.; LEADBETTER, D.; BOWIE, V. Supporting nursing staff exposed to violence at work. **International Journal of Nursing Studies**, New York, v.36, n.479-486, 1999.

PEEK-ASA, C.; HOWARD, J. Workplace-Violence Investigations by the California Division of Occupational Safety and Health, 1993-1996. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, Baltimore, v.41, n.8, p.647-653, Aug. 1999.

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

PERIMÄKI-DIETRICH, R. Violence at the workplace. **European Health and Safety**, TUTB Newsletter, Special Issue n.19-20, September 2002. p.18-19. Disponível em: <<http://hesa.etui-rehs.org/uk/newsletter/files/2002-19p18-19.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2009.

RACETTE, K. Violence in the workplace. **Radiologic Technology**, Baltimore, v.72, n.4, p.329-337, 2001.

REICH, R. B.; DEAR, J. A. Guidelines for preventing workplace violence for health care and social service workers – Occupational Safety and Health Administration. In: VANDENBOS, G. R.; BULATAO, E. Q. **Violence on the Job: Identifying Risks and Developing Solutions**. Washington, DC: American Psychological Association, 1996. Appendix B, p.399-415.

RIBEIRO, H. P. **A violência do trabalho no capitalismo**: o caso das lesões dos membros superiores por esforços repetitivos em trabalhadores bancários. 1997. 363f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

- RIPPON, T. J. Aggression and violence in health care professions. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v.31, n.2, p.452-460, 2000.
- SAFRAN, D. A.; TARTAGLINI, A. J. Workplace violence in an urban jail setting. In: VANDENBOS, G. R.; BULATAO, E. Q. **Violence on the Job: Identifying Risks and Developing Solutions**. Washington, DC: American Psychological Association, 1996. Cap.11, p.207-216.
- SANTOS JR., E. A.; DIAS, E. C. Médicos vítimas da violência no trabalho em unidades de pronto atendimento. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 705-722, jul.-set. 2005.
- SANTOS, A. M. A. *et al.* O profissional de saúde e a ocorrência de violência e agressão física sofridas durante o atendimento psiquiátrico na Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna em Belém – Pará. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, Suplemento 1, p.399-400, 2003. PT 837.
- SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. spe, Aug. 2006.
- WARSHAW, L. J. Violence in the workplace. In: INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. **Encyclopaedia of occupational health and safety**. 4.ed. Geneva: ILO Publications, 1998.
- WARSHAW, L. J.; MESSITE, J. Workplace violence: preventive and interventive strategies. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, Baltimore, v.38, n.10, p.993-1006, Oct. 1996.
- WILKINSON, C. W. Violence Prevention at Work: A Business Perspective. **American Journal of Preventive Medicine**, New York, v.20, n.2, p.155-160, 2001.
- WORKER'S COMPENSATION BOARD OF BRITISH COLUMBIA. **Preventing Violence in Health Care: Five steps to an effective Program**. Toronto, CA, 2000. 84p. Disponível em: <http://www.worksafebc.com/publications/health_and_safety/by_topic/assets/pdf/violhealthcare.pdf>. Acesso em: 1 mai. 2009.
- WÜNSCH FILHO, V. Variações e tendências na morbimortalidade dos trabalhadores. In: MONTEIRO C. A. **Velhos e novos males da saúde _____**. **Demographic Transition and Epidemiology of Health and Safety at Work**. In: INTERNATIONAL CONGRESS ON OCCUPATIONAL HEALTH, 27, 2003, Foz do Iguaçu. Congress

Program. Foz do Iguaçu: ICOH, 2003. Ref. 0224 - SPS 38.2. CD-ROM.

YASSI, A. *et al.* Causes of staff abuse in health care facilities: implications for prevention. **American Association of Occupational Health Nurses Journal**, Thorofare, NJ, v. 46, n.10, p.484-491, 1998.

YUNES, J.; RAJS, D. Tendencia de la mortalidad por causas violentas en la población general y entre los adolescents y jóvenes de la región de las Américas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, p.88-125, 1994. Suplemento 1.

ZAHID, M. A. *et al.* Violence against doctors: Effects of violence on doctors working in accident and emergency departments. **European Journal of Emergency Medicine**, London, v.6, n.4, p.305-309, 1999.

ZALUAR, A.; LEAL, M. C. Violência extra e intramuros. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.16, n.45, p.145-164, fev. 2001.

ZAPPAROLI, A.S.; MARZIALE, M.H.P. Risco ocupacional em unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida em Emergências. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 59, n.1, Feb. 2006.

PARTE II

ARTIGO CIENTÍFICO

**Violência contra o médico em Unidades Locais de Saúde,
Policlínicas Regionais e Unidades de Pronto-Atendimento do
município de Florianópolis, Brasil**

*Violence against medical doctors in Local Health Centres, Regional
Polyclinics and Emergency Care Units in the city of Florianópolis,
Brazil*

Título corrido: Violência contra o médico em serviços de saúde do
município de Florianópolis, Brasil

*Violence against medical doctors in the health service in the city of
Florianópolis, Brazil*

Anne Gabrielle Erdmann¹
Elza Berger Salema Coelho¹
Antônio Fernando Boing¹

Correspondência:

Elza Berger Salema Coelho
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Departamento de Saúde Pública
Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)
Florianópolis – SC – Brasil
88010-970
E-mail: elzacoelho@gmail.com
Tel: 55 48 37214869
Fax: 55 48 37219842

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis – SC – Brasil.

RESUMO

O estudo objetivou identificar a prevalência de episódios de violência contra o médico em Unidades Locais de Saúde, Policlínicas Regionais e Unidades de Pronto-Atendimento do município de Florianópolis, e investigar a percepção deste profissional quanto às condições de segurança e prevenção da violência no trabalho. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa. 203 médicos (82,5%) responderam ao questionário; destes, 57,2% atuam em ULSs, 19,1% em Policlínicas e 23,7% nas UPAs. A proporção de médicos que sofreu violência relacionada ao trabalho nos últimos 12 meses foi igual a 85,5%. A prevalência de violência psicológica foi de 84,7%, sendo postura agressiva e comportamento hostil as mais frequentes. Violência física e violência no trajeto para o trabalho representaram prevalência de 4,9% cada. A maioria considera o local de trabalho inseguro, refere falta de treinamento específico e desconhece políticas de prevenção à violência. Os resultados refletem a vulnerabilidade do médico às diversas formas de violência, em especial à violência psicológica.

Palavras-chave: violência; médico; saúde pública.

ABSTRACT

This study is aimed at identifying the prevalence of episodes of violence against medical doctors in Local Health Centres (LHCs), Regional Polyclinics and Emergency care units (ECUs) in the city of Florianopolis and investigates how these professionals perceive safety conditions and prevention of violence at workplace. This is a quantitative descriptive study. 203 doctors (82.5%) answered the questionnaire; of these, 57.2% work in LHCs, 19.1% in Polyclinics and 23.7% in ECUs. The proportion of doctors who have suffered work related violence during the last 12 months was 85.5%. The prevalence of psychological violence was 84.7%, where aggression and hostile behaviour were most frequent. Physical violence and violence on the way to work represent 4.9% each. Most of those interviewed considered the workplace to be unsafe, referring to a lack of both specific training and knowledge of violence prevention policies. The results reflect the vulnerability of medical doctors to various forms of violence, especially psychological violence.

Keywords: violence; doctor; public health.

Introdução

A violência relacionada ao trabalho transformou-se num problema mundial que atravessa fronteiras, contextos de trabalho e grupos profissionais, afetando a dignidade de milhões de pessoas em todo o mundo. É importante fonte de desigualdade, discriminação, estigmatização e conflito no trabalho. Pode ser conceituada como toda ação voluntária de um indivíduo ou grupo, contra outro indivíduo ou grupo, que venha a causar danos físicos ou psicológicos, ocorrida no ambiente de trabalho, ou que envolva relações estabelecidas no trabalho ou atividades concernentes ao trabalho^{1,2}. Acidentes e doenças do trabalho, violência decorrente de relações de trabalho deterioradas e a violência ligada às relações de gênero e ao assédio moral, caracterizada pelas agressões entre pares, chefias e subordinados, são exemplos de situações potencialmente prejudiciais à segurança no trabalho e a própria saúde do trabalhador³.

Esta realidade aproxima-se ao campo da Saúde Pública, à medida que o enfrentamento da violência passa a romper os limites da assistência, afligindo a organização dos serviços de saúde e os profissionais que os integram. Questões como a autonomia e limitação profissional, a sistematização e resolutividade do atendimento, os direitos e responsabilidades dos usuários dos serviços, e o próprio crescimento da violência geral, vêm a implicar nas relações de trabalho e gerar pontos de tensão nas equipes de profissionais de saúde.

Os médicos e enfermeiros, têm sido apontados em estudos de diversos países, inclusive no Brasil, como as categorias profissionais mais freqüentemente vítimas de violência^{4,5,6,7,8,9}. Em pesquisa realizada¹⁰ no Rio de Janeiro, 70,4% dos trabalhadores de ULSs relatam algum tipo de episódio de violência. As formas de violência mais frequentemente reportadas são: agressões verbais (65,5%), *bullying* (20%), as agressões físicas (7,3%), assédio sexual e racial (3,6% cada). Campos & Dias¹¹ alcançaram freqüência semelhante (68,9%) ao investigar a violência ao médico de ULSs de Belo Horizonte. Em um estudo¹² com 162 médicos de UPAs de Belo Horizonte, 83,3% relataram pelo menos um episódio de violência no trabalho nos 12 meses anteriores à coleta dos dados.

Em virtude do expressivo número de trabalhadores do setor da saúde atingidos pela violência no trabalho, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e outras instituições associadas estabeleceram diretrizes com o objetivo de orientar a sua prevenção, abordagem das vítimas e sustentabilidade das iniciativas empreendidas^{1,13}. Esta preocupação estende-se também aos

trabalhadores de saúde brasileiros, visto que vem trazendo conseqüências para o Sistema Único de Saúde (SUS) e sua organização, como acidentes, enfermidades, absenteísmo e rotatividade de funcionários. Segundo as diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS - incluídas na Portaria 2.048/MS -, a política de recursos humanos para o SUS é um eixo estruturante e deve buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde, o tratamento dos conflitos e a humanização das relações de trabalho¹⁴.

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção dos agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Ela também representa o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde como um local privilegiado na detecção de casos de violência¹⁵. No entanto, estes profissionais que deveriam ser preparados para identificar casos de violência junto a usuários dos serviços de saúde, também estão sujeitos a estes episódios em seu local de trabalho. Neste contexto, questiona-se as condições de segurança no trabalho e o suporte institucional oferecido à estes profissionais de saúde no SUS, de modo que as repercussões sobre a vida do trabalhador sejam minimizadas e a violência não represente um impacto social ainda maior.

A exposição destes trabalhadores à violência no trabalho parece acentuar-se em serviços como a Estratégia Saúde da Família (ESF) - organizada em Unidades Locais de Saúde (ULS) responsáveis por uma população adscrita -, que na sua implantação, privilegiou áreas de maior risco social. Este modelo de atenção favorece o contato estreito entre a equipe de saúde e a população atendida, e atendimentos, normalmente, em ambientes abertos ou na própria residência dos usuários, fatores que aumentam a vulnerabilidade do trabalhador¹⁵. Dando suporte à esta rede, na média complexidade, as Policlínicas Municipais oferecem consultas especializadas e exames, através do referenciamento dos profissionais das ULS. Já as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), implantadas em locais/unidades estratégicos, são estruturas de complexidade intermediária entre as ULS e hospitais, que em conjunto com estas compõe uma rede organizada de atenção às urgências e emergências, realizando atendimento 24 horas/dia¹⁵. De acordo com o relatório Assistência Médico-Sanitária 2009 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, os médicos representam a categoria profissional mais expressiva entre os postos de nível superior nos estabelecimentos de saúde do Brasil. No estado de Santa Catarina, 6.164 médicos ocupam postos da rede pública municipal, e em Florianópolis, este número é de

333 médicos¹⁷.

Considerando a magnitude da violência no trabalho em saúde já evidenciada em outros municípios brasileiros, este estudo objetivou identificar a prevalência de episódios de violência contra o médico em ULSs, Policlínicas Regionais e UPAs do município de Florianópolis-SC, e investigar a percepção deste profissional quanto às condições de segurança e prevenção da violência no trabalho.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa. A população de referência foi o universo de médicos atuantes no setor público da rede assistencial de saúde do município de Florianópolis em agosto de 2009 (n=246). Florianópolis é a capital do Estado de Santa Catarina, possui população estimada para 2009 de 408.161 habitantes e o quarto maior Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) no ano 2000, sendo o maior entre as capitais¹⁷. A rede de saúde de Florianópolis é composta por 47 Unidades Locais de Saúde, onde atuam 93 Equipes de Saúde da Família. Há quatro Policlínicas Regionais localizadas em quatro Distritos Sanitários dos cinco existentes no município. Junto às Policlínicas Norte e Sul estão situadas as duas Unidades de Pronto-Atendimento para urgências e emergências.

A coleta de dados se deu entre agosto de 2009 e maio de 2010. Como procedimento padrão foi estabelecido contato prévio com os coordenadores de cada unidade de saúde, com data e horário definidos a critério e disponibilidade dos mesmos. Nesse momento eram apresentados os objetivos e métodos da pesquisa a ser conduzida com os médicos do respectivo estabelecimento de saúde. Todos os coordenadores foram favoráveis à realização da pesquisa. Posteriormente, os médicos foram contatados em horário de trabalho e convidados a participar da pesquisa. A coleta de dados ocorreu no próprio local de trabalho, em local reservado e apenas com a presença do profissional e da pesquisadora.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi adaptado do questionário estruturado utilizado no *Survey of Violence in the Workplace for Health Care Workers*, inquérito conduzido com profissionais de saúde nos Estados Unidos da América¹⁸. Foram coletadas informações sobre idade, sexo, tempo desde a conclusão do ensino superior, local de trabalho (ULS, UPA ou Policlínica), especialidade médica que exerce no serviço, modalidade de vínculo empregatício (estatutário, contrato temporário ou outro) e tempo de

trabalho na rede pública de saúde de Florianópolis. Questionou-se a ocorrência de violência psicológica ou física para consigo em seu local de trabalho ou no trajeto do/para o trabalho nos 12 últimos meses. Como violência psicológica foi investigada a ocorrência de ofensa, gritos, silêncio deliberado, xingamento, intimidação, postura agressiva, comportamento hostil, extorsão, assédio sexual, discriminação racial, provocação e perseguição, conforme definição de Chappell e Di Martino¹⁹. Foram apuradas separadamente as ameaças das demais formas de violência psicológica, tendo em vista características específicas na forma de seu desdobramento, com possível impacto na violência física, sexual ou psicológica. Também foram descritos quem perpetrou a violência (paciente, acompanhante, assaltante/ladrão, colega de trabalho ou pessoa com a qual se mantenha relacionamento não profissional) e a proporção de profissionais que precisaram se afastar do trabalho em razão da violência sofrida.

Investigou-se ainda a percepção quanto às condições de segurança do local de trabalho e à existência de treinamento para enfrentamento da violência e de políticas de prevenção.

Os dados obtidos foram digitados no programa Epi-Data 3.4 e para a análise estatística posteriormente foram exportados para o Stata 9. Analisaram-se as prevalências das violências sofridas e seus respectivos intervalos de confiança (IC_{95%}).

A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (protocolo n° 197/2009). Atenderam-se todos os aspectos contidos na Resolução n° 196 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos²⁰.

RESULTADOS

Foram entrevistados 203 médicos dos 246 elegíveis, perfazendo taxa de resposta igual a 82,5%. Os motivos das perdas foram afastamento do trabalho por licença de saúde (n=20), licença maternidade (n=3) e licença sem vencimentos (n=9) durante o período de coleta dos dados. Adicionalmente, foi considerada a perda de 4 sujeitos, uma vez que não foi possível obter contato para entrevista após três tentativas em período regular de trabalho (excluindo-se as férias), e 7 profissionais se recusaram a participar da pesquisa. Dos respondentes, 57,2% atuavam em ULSs, 19,1% em Policlínicas e 23,7% nas UPAs. A maioria era do sexo feminino (59,1%) e a idade média foi de 37,6 anos. Os médicos

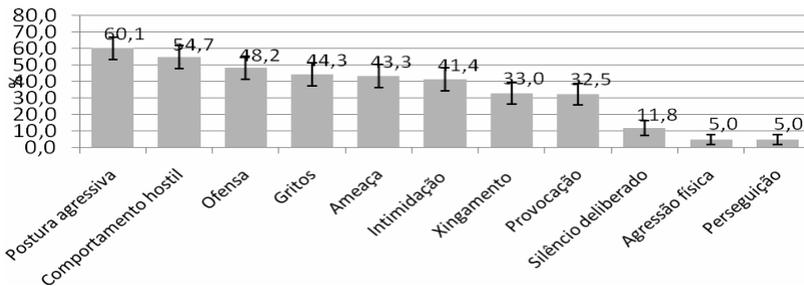
possuíam, em média, 14 anos de formados, sendo 41,4% especialistas em Medicina de Família e Comunidade, 19,2% em Pediatria, 7% em Cirurgia Geral e 4,4% em Ginecologia e Obstetrícia. Identificou-se que 73,8% dos médicos eram concursados e estavam contratados em regime estatutário, enquanto 25,2% foram admitidos sob forma de contrato administrativo temporário (Tabela 1).

Tabela 1 – Frequência absoluta e relativa de médicos segundo características demográficas, local de trabalho, formação e regime de contrato. Florianópolis, 2009-2010.

Variável	n	%
Local de Trabalho		
ULS	123	57,2
Policlínica	41	19,1
UPA	51	23,7
Sexo		
Feminino	120	59,1
Masculino	83	40,9
Idade		
20-29	31	15,8
30-39	103	52,5
40-49	35	17,9
50 ou mais	27	13,8
Tempo de trabalho		
< 1 ano	58	28,6
1 - 5 anos	103	50,7
6 - 10 anos	18	8,9
> 10 anos	24	11,8
Especialidade médica		
MFC	84	41,4
Pediatria	39	19,2
Cirurgia geral	14	7,0
Ginecologia e Obstetrícia	9	4,4
Outros	57	28,1
Vínculo empregatício		
Estatutário	149	73,8
Contrato Temporário	51	25,2
Outro	2	1,0

A proporção de médicos que sofreu alguma violência relacionada ao trabalho nos últimos 12 meses foi igual a 85,5%. A prevalência de violência psicológica foi de 84,7%, enquanto violência física e violência no trajeto para o trabalho ocorreram, cada uma, em 4,9% dos médicos.

Figura 1 - Frequência relativa de médicos segundo tipos de violência. Florianópolis, 2009-2010



Os tipos de violência psicológica mais frequentes foram postura agressiva (60,1%), comportamento hostil (54,7%), ofensa (48,2%), gritos (44,3%), ameaças (43,3%) e intimidação (41,4%) (Figura 1). Um médico registrou ocorrência de assédio sexual e nenhum afirmou ter sido vítima de discriminação racial. Os pacientes foram os perpetradores de violência psicológica mais frequentemente citados pelos médicos (61,5%), seguidos dos acompanhantes (54,5%) e colegas de trabalho (10,5%). Como consequência deste tipo de violência 5,5% médicos tiveram necessidade de afastamento do trabalho.

Quanto às ameaças, 33,5% do total de médicos relataram terem sido vítimas de ameaças realizadas por pacientes, e aproximadamente um em cada quatro médicos (24,6%) citou o acompanhante como perpetrador da mesma. Os colegas de trabalho foram responsáveis por ameaças a 4,4% dos médicos, enquanto 3,0% foram ameaçados por assaltante ou ladrão. Apenas 1 médico (0,5%) relatou ter sofrido ameaça de pessoa com a qual mantém algum relacionamento não profissional. A maior parte das ameaças (17,2% do total de médicos) foi de machucar, ferir ou matar o profissional de saúde, 4,4% referiram ameaça de causar dano a algum bem material e 29,1% dos médicos afirmaram ter sofrido outro tipo de ameaça, como por exemplo, denúncia a chefia ou processo judicial. Quanto às consequências das ameaças, a mais comum foi a necessidade de alguma mudança de comportamento no local de trabalho

(16,8%), seguido de trauma psicológico (12,8%) e afastamento do trabalho (4,0%).

Quase 5,0% dos médicos referiram que foram vítimas de agressões físicas exercendo suas atividades nos 12 meses anteriores à pesquisa. Todos os episódios foram relacionados à violência por parte de pacientes e um quinto destes também por acompanhantes. Foram relatados diversos tipos de agressão física: empurrão (2,5%), agarramento (1,5%), soco/murro (1,0%), agressão através de objetos (1,0%) e tapa (0,5%). Não foi registrada ocorrência de violência com arma de fogo ou arma branca no período investigado. Como conseqüências da agressão física foram registradas a ocorrência de contusão (1,5%), trauma psicológico (1,5%) e um registro de fratura (0,5%). Um quinto destes médicos (1,0%) teve de se afastar do trabalho em decorrência do evento.

A mesma freqüência de médicos (4,9%) foi vítima de violência no trajeto, indo ou voltando do seu local de trabalho, porém apenas 1 médico (0,5%) afastou-se do trabalho em virtude deste tipo de violência.

Constatou-se que 33,9% dos médicos notificaram ao coordenador de sua unidade de saúde algum episódio de violência em seu ambiente de trabalho e 12,8% acionaram a policia, porém somente 0,5% preencheu a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT). Em relação à existência de informações/registros nas unidades de saúde sobre usuários do serviço com história prévia de violência, 55,9% acreditam não haver este tipo de registro e 29,2% não souberam informar.

Quando questionados sobre condições de segurança no trabalho relacionadas à violência, 65,8% dos médicos consideraram inseguro o local onde exercem suas atividades. Considerando o trânsito de pessoas um dos componentes relacionados ao risco de violência no trabalho, 62,6% afirmam não haver impedimento ao acesso de pessoas não autorizadas aos locais onde o médico exerce suas atividades (consultórios, salas de observação, sala de urgência), enquanto 36,0% consideram restritos a pacientes, acompanhantes e pessoas autorizadas. Quando questionados se as condições de segurança poderiam melhorar, 95,5% afirmaram que sim.

Em relação à prevenção da violência nas unidades de saúde, 97,0% informaram não ter sido ofertado treinamento sobre como lidar com situações potencialmente violentas e 82,6% desconheciam uma política de prevenção da violência no trabalho.

Destaca-se que 48,5% dos médicos não souberam informar se estão autorizados a suspender as atividades e 36,6% se podem acionar a polícia em caso de ameaça à sua segurança no local de trabalho. Em contrapartida, 40,1% afirmaram ter autonomia para suspensão do

trabalho e 60,9% para o acionamento da polícia caso percebam sua segurança ameaçada. A segurança dos profissionais se fragiliza quando 98,0% dos entrevistados desconhecem a existência de algum programa de suporte às vítimas de violência no trabalho.

Os médicos avaliaram ainda as condições pessoais de enfrentamento da violência no trabalho. Na auto-avaliação em relação ao preparo para lidar com situações de violência no trabalho, onde 1 representa “não preparado”, e 10 “muito preparado”, os profissionais consideraram-se despreparados, quando atribuíram média 4,4 para a sua capacidade de lidar com situações de violência no trabalho. A média aumenta para 6,4 quando expressam a preocupação com as suas condições de segurança, em uma escala de 1 a 10 em que 1 representa “não preocupado”, e 10 “muito preocupado”.

Discussão

A violência psicológica compreende o uso intencional de poder, contra outra pessoa ou grupo, que pode resultar em malefício para o desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral ou sexual. Neste conceito incluem-se ameaças, agressão verbal, assédio moral e assédio sexual¹¹. 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 trabalho¹⁶.

Neste estudo obteve-se expressiva prevalência de violência psicológica contra o médico, destacando-se a postura agressiva (60,1%) e o comportamento hostil (54,7%). Em um estudo realizado por Arimatsu *et al.*²¹, com 698 médicos japoneses, em que investiga a violência ocorrida nos 6 meses anteriores ao questionário, obteve uma prevalência de violência psicológica de 7,1 a 31,8%, dependendo do local de trabalho. Em uma pesquisa realizada em Portugal²² que englobou 221 profissionais de saúde, sendo destes 59 médicos de ULSS, 24 (40,6%) afirmaram serem vítimas de violência moral, 16 verbal (27,1%) e 14 (23,7%) “violência contra a prosperidade”. No inquérito conduzido no Brasil (Rio de Janeiro) em 2001, utilizando método semelhante, 15,1% dos médicos informaram ter sofrido assédio moral²⁴. O assédio sexual e a discriminação racial revelou-se pouco evidente nos serviços de saúde de Florianópolis, sendo esta baixa frequência também verificada por Palacios *et al.*²³.

Neste estudo investigou-se separadamente as ameaças, caracterizadas pelo “uso da força ou poder resultante em medo de

violência física, sexual, moral ou psicológica ou em outras conseqüências negativas^{9,13}, de outras atitudes ou comportamentos classificados como manifestações de violência psicológica no trabalho. Em pesquisas que abordam o tema violência no trabalho, em geral não é investigada a existência de ameaça ao profissional, sendo apenas caracterizada a violência moral, verbal ou psicológica, que pela sua natureza podem incluir a ameaça.

Oliveira, Tomé & Togashi²⁴, em pesquisa realizada com 650 médicos domiciliados em São Paulo, relataram que 41,0% desses foram vítimas de pelo menos uma ocorrência de violência no local de trabalho, sendo quase a metade desses episódios (48,4%) de ameaças. Santos Jr & Dias¹³ em pesquisa realizada em Belo Horizonte com médicos de UPAs da rede municipal, utilizando o mesmo questionário deste estudo, alcançaram uma freqüência de 45,7% de médicos vítimas de ameaças, sendo 20,4% de machucar, ferir ou matar, 3,7% de dano a algum bem, e 28,4% de outros tipos, dados estes semelhantes aos obtidos em Florianópolis.

As repercussões da violência psicológica incluem sintomas de ordem psicossomática e podem se manifestar sob a forma de sensação de desconfiança, desânimo, perda de sentido do trabalho, baixa auto-estima, entre outros²⁵. Essas conseqüências tendem a agravar-se com o tempo, podendo acarretar rompimento de relações interpessoais, absenteísmo, rotatividade, adoecimentos, afastamentos do trabalho e, finalmente, a desestruturação da organização do trabalho²⁵.

A OMS compõe a violência física com um conjunto de atos, como esbofetear, empurrar, golpear, chutar, espancar e ameaçar usar ou utilizar armas²⁷. A freqüência de agressão física encontrada neste estudo (4,9%) é alta quando comparada a pesquisa de Santos Jr & Dias (2005), em que apenas 1,9% dos médicos registraram ocorrência de violência física. Já em um inquérito realizado em cooperação com ILO/ICN/WHO/PSI em 2001, com 296 médicos do Rio de Janeiro, 17 médicos (5,7%) foram vítimas de agressão física. Este mesmo estudo, realizado em outros países, revela que a violência física está substancialmente presente no trabalho do médico na maioria dos países investigados: 5,8% na Bulgária, 5,8% no Líbano, 10,5% na Tailândia e 9,8% na África do Sul^{27,28,29,30}. Em Israel, um estudo realizado com 177 médicos, sendo 82 médicos de família e pediatras da rede comunitária, registrou uma freqüência de 8,5% de violência física no ano anterior à pesquisa, sendo a maioria por soco/murro³¹.

Quanto ao perpetrador da violência, observou-se que os episódios, tanto de violência psicológica como física, foram praticados

principalmente por pacientes, o que também foi verificado em outros estudos^{23,28,29,30,31}. Deve-se pontuar que, considerando todos os indivíduos que freqüentam estes serviços, há um maior número de pacientes comparado a acompanhantes, colegas de trabalho e outros, o que justificaria sua maior prevalência.

O método utilizado não permite inferir as causas deste achado, mas supõe-se que esteja relacionado diretamente ao atendimento prestado pelo serviço, que abrange o acolhimento do usuário, agendamento de consultas e exames, demanda de pacientes, tempo e qualidade da consulta e relação médico-paciente. O caráter estressante inerente à tarefa médica, amplificado significativamente devido ao volume de pacientes e às precárias condições de trabalho vigentes na maioria dos serviços de saúde, tem gerado situações de franca hostilidade por parte dos pacientes e familiares, confundindo a realização de direitos com a satisfação de desejos individuais^{32,33}. Impasses para lidar com a liberdade no exercício de direitos sociais e humanos de forma conexa com correlatos compromissos sociais e responsabilidades éticas e civis constituem o centro dessa crise e estão expressos por um paradoxal alargamento da noção de direitos³³.

Nota-se também que significativa freqüência (mais de 10% dos médicos) relatou ter sido vítima de violência psicológica perpetrada por colega de trabalho, dado este que sinaliza para a reflexão das condições e relações no trabalho nos serviços de saúde. Freqüência semelhante foi encontrada em Belo Horizonte (9,5%)¹². Em São Paulo 9,8% dos médicos foram vítimas de violência, de diversos tipos, por colega de trabalho²⁴. Di Martino³⁴ alerta que o fato de profissionais de saúde estarem expostos a praticamente todo tipo de situação onde há risco de violência no trabalho, faz desta categoria de trabalhadores única em termos de propagação da violência e conseqüentemente estresse, o que possivelmente vem a trazer prejuízo nas relações interpessoais e em toda organização do trabalho.

Além disso, devido ao quadro de violência urbana, notadamente a relacionada ao trânsito e aos assaltos, assumem particular valor os eventos ocorridos no percurso da residência para o trabalho e vice-versa³⁵. A violência contra os médicos no trajeto para o trabalho representou freqüência idêntica a de agressões físicas neste estudo. Nestes casos, supõe-se que não haja associação com fatores relacionados ao ambiente de trabalho, nem participação de usuários do serviço de saúde no qual trabalha, e sim com a “violência externa” ou urbana que assola as capitais brasileiras.

Este estudo investigou também a notificação dos episódios de

violência, sendo observado que aproximadamente um terço dos médicos comunicou algum episódio ao coordenador da unidade de saúde em que atuam. Desta forma, salvo o registro individual do profissional em prontuário, que eventualmente possa ser consultado pelo médico antes de iniciar a consulta, não há disponibilização de dados que possam alertar para uma situação potencialmente violenta, visto que a violência é desconhecida pelo próprio serviço de saúde. Os dados apontam ainda que poucos são os médicos que acionam a polícia em casos em violência, e não há o hábito de preencher a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). Cabe ressaltar a extrema importância da comunicação, principalmente o completo e exato preenchimento do formulário, tendo em vista as informações nele contidas, não apenas do ponto de vista previdenciário, estatístico e epidemiológico, mas também trabalhista e social. Pode-se conjecturar que esta subnotificação esteja associada à desvalorização do próprio ato de violência em si, à descrença no sistema policial e à sobrecarga na rotina de trabalho, não permitindo suspender as atividades haja vista a demanda de pacientes.

Os dados de violência podem ter sido minimizados pela contratação recente de médicos, visto que o método aplica-se a ocorrência de violência nos 12 meses anteriores, e nota-se que 58 médicos (28,6%) afirmaram trabalhar há menos de um ano naquele serviço. A alta rotatividade de médicos é motivada, entre outras causas, também pela violência e condições de trabalho desfavoráveis, podendo este “efeito do trabalhador sadio” ter contribuído para subestimar a prevalência de agressões. Deve-se considerar também o viés de memória, uma vez que a arguição relativa a um longo período favorece o esquecimento dos fatos.

Nas questões relativas à segurança do médico, os resultados obtidos revelam a ambigüidade quanto à percepção da possibilidade de qualquer indivíduo abordar o profissional em seu local de trabalho, acompanhado de uma sensação de insegurança neste espaço. No contexto do trabalho em ULS, Policlínicas e UPAs, a proximidade do usuário, seja do vínculo com seus pacientes na consulta, em procedimentos diversos, ou mesmo no breve contato na recepção do estabelecimento de saúde, ainda que necessário e inerente ao tipo de serviço prestado, reflete-se como um fator complicante na gestão da violência. Não há qualquer impedimento físico que limite o trânsito de pessoas e, por tratar-se de estabelecimento público sem fluxo constante de dinheiro (como bancos, aeroportos ou correios) ou de objetos de grande valor (como museus ou comércio), não são tomados procedimentos de revista. Restringir a movimentação de pessoas em unidades de saúde^{1,36}.

(ILO/ICN/WHO/PSI, 2002; OIT/CIE/OMS/ISP, 2002), bem como evitar que o profissional preste qualquer tipo de atendimento sozinho³⁴, são intervenções no local de trabalho citadas na literatura para diminuir a violência no trabalho

Outro fator potencialmente agravante é o horário de funcionamento das unidades, especialmente no período noturno. Além das Policlínicas, algumas ULSs encerram suas atividades às 19 horas, e outras às 22 horas. Em UPAs estas questões tornam-se ainda mais importantes, em que pesam o maior fluxo de pacientes, frequentemente em estado mais grave, em que há necessidade de atendimento de urgência ou emergência, e o horário de atendimento noturno. Adicionalmente, considera-se o fato de não haver adscrição da população por área geográfica, ou seja, tratam-se de pacientes não acompanhados por aquele médico, sem vínculo prévio.

Expressiva maioria dos entrevistados afirmou que as condições de segurança no local de trabalho podem melhorar. Esta preocupação por parte dos profissionais reflete a urgência em haver um serviço de segurança eficiente no ambiente de trabalho e estende-se também aos atendimentos domiciliares, quando o médico passa a atuar fora dos limites da unidade de saúde, e a violência urbana passa a representar um risco adicional aumentando a vulnerabilidade do médico.

A insatisfação dos médicos enfatiza a importância do estabelecimento de condições mínimas de segurança trabalho, e envolvem questões estruturais físicas e organizacionais, desde simples ajustes que favoreçam a ergonomia no local de trabalho até uma vigilância ativa que minimize a sensação de insegurança. Entende-se “condições de trabalho” como tudo que caracteriza uma situação de trabalho, conjunto de fatores estes que determinam o comportamento do trabalhador, e que permitem ou impedem sua atividade^{37,38}.

As condições de trabalho são citadas também em pesquisa realizada com 650 médicos em São Paulo, que defendem que a violência é motivada tanto pelas precárias condições de atendimento ao público devido às péssimas condições de trabalho, quanto pela desigualdade social vigente no país³⁹. Conforme previsto na Constituição Federal⁴⁰, Capítulo II Art. 7º XXII, é direito dos trabalhadores

“XXII - redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança;”

Ainda que medidas como serviço de segurança com guardas seja garantido, é fundamental que ações coletivas sejam discutidas em forma

de treinamento, e implementadas a fim de minimizar o despreparo. O aparato social de combate à violência envolve estruturas complexas de segurança pública, ações individualizadas, e dispositivos de controle do comportamento, inclusive localizados na área da saúde. A interpretação da violência, aplicada a essas estruturas e dispositivos, influi profundamente no estabelecimento de políticas, programas e projetos envolvidos no tratamento social que se prescreve para o fenômeno⁴². A prevenção da violência no trabalho, sustentada por um programa eficiente de identificação de suas causas e qualificação dos profissionais, como já pregado pela OIT em suas diretrizes^{1,13} é o ponto inicial neste processo.

Chama a atenção que, apesar da insegurança apontada pelos médicos associada às condições de trabalho desfavoráveis, estes apresentaram dúvida quanto ao direito de interromper o trabalho. Deve-se ressaltar a extrema importância da ciência destes profissionais quanto ao direito de suspender suas atividades. Segundo o Capítulo II do Código de Ética Médica⁴², é direito do médico

“Art. V - Suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições mínimas para o exercício profissional ou não o remunerar condignamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina.”

Ao permanecer em meio a uma situação de grande vulnerabilidade, silenciando para o fato, o médico passa a tornar-se refém da violência. Cada vez que se tem o poder de mudar as circunstâncias, de se fazer ouvir, as práticas violentas diminuem seu apelo. Quando uma situação insatisfatória e injusta é dada como definitiva, sem direito a argumento, acolhida ou mudança, mas se supõe que ela poderia ser mudada, a violência irrompe com força e vigor⁴³.

Na opinião pessoal dos médicos dos serviços de saúde de Florianópolis, eles se julgam despreparados para lidar com situações potenciais de violência no trabalho e estão preocupados com essa situação. Em face deste resultado, nota-se uma preocupação maior com a questão da violência em detrimento a noção de preparo pessoal, configurando o quadro de inabilidade no manejo e ingerência sobre os riscos aos quais os profissionais encontram-se vulneráveis. O despreparo do profissional médico para lidar com situações

potencialmente violentas e a falta de suporte às vítimas permite iniciativas individuais de autodefesa, que podem comprometer a qualidade do serviço e a relação médico-paciente.

Esta ambivalência no conceito sugere um desconhecimento destes profissionais quanto a medidas preventivas ou de apoio em caso de violência, o que possivelmente contribui para a negligência à estas ocorrências, o desestímulo a busca pelo suporte e orientação adequada, e conseqüentemente a inexistência de informações estatísticas precisas sobre esta realidade. Para os serviços de saúde os resultados deste estudo têm especial importância para o planejamento das ações relativas à segurança dos profissionais e usuários do sistema de saúde, inserindo o tema violência no trabalho em capacitações e fomentando esta discussão em treinamentos em saúde do trabalhador.

Considerações Finais

Os resultados deste estudo refletem a vulnerabilidade do médico às diversas formas de violência, em especial à violência psicológica. A segurança do trabalhador em saúde, no que se refere à violência, é revelada como uma questão pouco discutida no ambiente de trabalho, e não há tratamento específico através de treinamentos, ou o conhecimento de políticas de prevenção à violência. Diante de uma situação de violência, observa-se a preocupação do profissional em notificar o episódio ao seu coordenador, porém, apenas uma minoria aciona a polícia e registra a Comunicação de Acidente de Trabalho, dados estes que sustentam a desinformação quanto à dimensão real do problema para a Saúde Pública.

A rede assistencial deverá ser capacitada não só para prestar a atenção aos seus usuários, mas também para acionar ações de prevenção ao seu próprio “adoecimento”. Isto implica na adoção de diferentes estratégias, entre as quais se destaca o estímulo à formação de articulações intersetoriais para discussão sobre o impacto da violência no setor saúde. A sensibilização dos gestores do SUS, dos profissionais de saúde e dos gerentes dos serviços, configura iniciativa fundamental para a monitorização adequada da ocorrência e enfrentamento desses eventos.

Colaboradores

Anne Gabrielle Erdmann participou de todas as etapas do estudo, incluindo a concepção do projeto, revisão de literatura, coleta dos dados, análise e a redação do manuscrito. Elza Berger Salema Coelho participou de todas as etapas do estudo, com ênfase na concepção do

projeto, métodos, discussão e redação final do artigo. Antônio Fernando Boing participou da estruturação dos métodos, organização e análise dos dados, revisão e incluiu modificações à versão final do manuscrito.

Conflitos de interesse e Financiamento

Os autores não apresentam conflitos de interesse relacionados à pesquisa. Este estudo não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

1. Organización Internacional del Trabajo, Consejo Internacional de Enfermeras, Organización Mundial de la Salud, Internacional de Servicios Públicos. Directrices Marco para Afrontar la Violencia Laboral en el Sector de la Salud [Internet]. Ginebra: OIT/CIE/OMS/ISP; 2002. 37p.
<http://www.icn.ch/SEWViolenceguidelineSP.pdf/> (acessado em 08 Nov/2010).
2. Oliveira RP, Nunes MO. Violência relacionada ao trabalho: uma proposta conceitual. *Saude soc.*2008; 17(4): 22-34.
3. Brasil. Resolução nº 1.253, de 24 de novembro de 2004. Aprova a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador.
http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3_081014-105206-701.pdf(acessado em 09/Mai/2010).
4. Fernandes CM, Bouthillette F, Raboud JM, Bullock L, Moore CF, Christenson JM et al. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *Canadian Medical Association Journal*; 1999; 161(10):1245-1248.
5. Dorevitch S, Forst L. The occupational hazards of emergency physicians. *American Journal of Emergency Medicine* 2000; 18(3):300-311.
6. Racette K. Violence in the workplace. *Radiologic Technology* 2001; 72(4):329-337.
7. National Institute for Occupational Safety and Health. Violence: occupational hazards in hospitals. Washington, DC: NIOSH; 2002.
<http://www.cdc.gov/niosh/2002-101.html> (acessado em 23/Abr/2009).
8. Grange JT, Corbett SW. Violence against emergency medical services personnel. *Prehospital Emergency Care* 2002; 6(2):186-190.
9. Santos AMA. O profissional de saúde e a ocorrência de violência e

agressão física sofridas durante o atendimento psiquiátrico na Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna em Belém – Pará. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2003; 8(1):399-400.

10. Palacios M, Santos ML, Val MB, Medina MI, Abreu M, Cardoso LS. Violência no ambiente de trabalho no setor saúde da cidade do Rio de Janeiro: trabalhadores da saúde vítimas e algozes. *Ciência & Saúde Coletiva*; 2003; 8(2):214, 2003.

11. Campos AS, Dias EC. Perfil de agressões em unidades básicas de Belo Horizonte, MG: é possível pensar no processo de trabalho? *Rev Médica Minas Gerais* 2006; 16:79-95.

12. Santos Jr EA, Dias EC. Médicos vítimas da violência no trabalho em unidades de pronto atendimento. *Cad. saúde colet.* 2005; 13(3):705-722.

13. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial Violência e Saúde. Genebra: OMS; 2002.

14. Brasil. Portaria nº 2.048, de 3 de setembro de 2009. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/regulamento_sus_240909.pdf (acessado em 15/Set/2010)

15. Brasil. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm> (acessado em 15/Set/2010).

16. Lancman S, Ghirardi MIG, Castro ED, Tuacek TA. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública* 2009; 43(4):682-8.

17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Estatísticas da saúde – Assistência Médico-Sanitária 2009. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoadevida/ams/2009/ams2009.pdf> (acessado em 19/Nov/2010).

18. American Federation of State, County and Municipal Employees. AFSCME Survey of violence in the workplace for healthcare workers (Appendix D). In: American Federation of State, County and Municipal

Employees, organizadores. Preventing workplace violence. Washington, DC: AFSCME; 1998.

<http://www.afscme.org/health/violad.htm>.(acessado em 09/Jan/2009).

19. Chappell D, Di Martino V. Violence at the work. Geneva: International Labour Office; 2006.

20. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/SPP_Arquivos/divulg.comite/resolucoes/Reso196.doc (acessado em 7/Jan/2009).

21. Arimatsu M, Wada K, Yoshikawa T, Oda S, Taniguchi H, Aizawa Y et al. An Epidemiological Study of Work-related Violence Experienced by Physicians who Graduated from a Medical School in Japan. *J Occup Health*, 2008; 50(4): 357-61.

22. Ferrinho P, Antunes AR, Biscaia A, Conceição C, Fronteira I, Craveiro I et al. Workplace violence in the health sector – Portuguese case studies. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector; 2003.

http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVcountrystudyportugal.pdf (acessado em 05/Nov/ 2010).

23. Xavier ACH, Barcelos CRV, Lopes JP, Chamarelli PG, Ribeiro SS, Lacerda LS et. Assédio moral no trabalho no setor saúde no Rio de Janeiro: algumas características. *Rev. bras. Saúde ocup.* 2008; 33(117): 15-22.

24. Oliveira JEG, Tomé LA, Togashi LH. (In)segurança dos médicos: violência e suas conseqüências em estabelecimento de saúde de São Paulo. In: Sindicato dos Médicos de São Paulo, organizadores. *Desgaste Físico e Mental do Cotidiano Médico*. São Paulo: SIMESP; 2002. p.152-169.

25. Tobin TJ. Organizational determinants of violence in the workplace. *Aggress Violent Behav.* 2001;6(1):91-102. In: Lancman S, Ghirardi MIG, Castro ED, Tuacek TA. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública* 2009; 43(4):682-8.

26. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. Initial results on prevalence, health outcomes and

women's responses. Geneva: World Health Organization; 2005.

27. Deeb M. Workplace violence in the health sector – Lebanon country case study. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector; 2003.

http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/en/wpv_lebanon.pdf. (acessado em 05/Nov/2010).

28 Tomev L, Daskalova N, Ivanova V. Workplace violence in the health sector – Country case study Bulgaria. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector; 2003.

Disponível em:

http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVcountrystudybulgaria.pdf (acessado em 05/Nov/2010).

29. Sripichyakan K, Thungpunkum P, Supavititpatana B. Workplace violence in the health sector – A case study in Thailand. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector; 2003. Disponível em:

http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVcountrystudythailand.pdf. (acessado em 05/Nov/2010).

30. Steinman S. Workplace violence in the health sector – Country case study: South Africa. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector; 2003.

http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVcountrystudysouthafrica.pdf. (acessado em 05/Nov/2010).

31. Carmi-Lluz T, Peleg R, Freud T, Shyartzman P. Verbal and physical violence towards hospital- and community-based physicians in the Negev: an observational study. *BMC Health Serv Res* 2005; 5:54.

32. Nogueira-Martins LA. Saúde mental dos profissionais de saúde. *Rev Bras Medicina Trabalho* 2003; 1(1):59-71.

33. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Rev. Saúde Pública* 2006; 40(spe):112-20 .

34. Di Martino V. Workplace violence in the health sector – Country case studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, plus an additional Australian study: Synthesis Report. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector; 2003.

35. Mendes JMR, Wünsch DS. Elementos para uma nova cultura em segurança e saúde no trabalho. *Rev Bras Saúde Ocupacional* 2007;

32(115):153-163.

36. International Labour Organization, International Council Of Nurses, World Health Organization, Public Services International. Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in Health Sector. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in Health Sector; 2002.

<http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/guidelines.pdf>. (acessado em 10/Nov/2010).

37. Leplat J, Cuny X. Introduction à la psychologie du travail. Paris: PUF Collection de Psychologie; 1977.

38. Montmollin M. L'ergonomie. Paris: La Découverte; 1990.

39. Oliveira JEG, Tomé LA, Togashi, L. H. (In)segurança dos médicos: violência e suas conseqüências em estabelecimento de saúde de São Paulo. In: Sindicato dos Médicos de São Paulo. Desgaste Físico e Mental do Cotidiano Médico. São Paulo: SIMESP; 2002. p.152-169.

40. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. (acessado em 03/Nov/2010).

41. Oliveira WF. Violência e Saúde Coletiva: contribuições teóricas das ciências sociais à discussão sobre o desvio. Saúde Soc. 2008;17(3):42-53.

42. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Diário Oficial da União 2009; 24 set.

43. Galheigo SM. Apontamentos para se pensar ações de prevenção à violência pelo setor saúde. Saúde Soc. 2008; 17(3):181-189.

PARTE III**APÊNDICES**

APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA SOBRE VIOLÊNCIA NO TRABALHO

QUESTIONÁRIO SOBRE VIOLÊNCIA NO TRABALHO

Nota: Suas respostas são confidenciais e serão utilizadas exclusivamente para os fins previstos no Protocolo de Pesquisa

Caro(a) colega,

Solicito sua colaboração no preenchimento deste questionário que é parte de um estudo sobre violência no trabalho contra os médicos das ULS, Policlínicas Regionais e UPAs de Florianópolis/SC. Suas respostas são confidenciais e serão utilizadas exclusivamente para os fins previstos no Protocolo de Pesquisa.

Violência no trabalho é definida, nesse estudo, como “(...) refere-se a todas as formas de comportamento agressivo ou abusivo ou mesmo quaisquer atos, posturas e atitudes que possam causar dano físico ou psicológico ou desconforto em suas vítimas ou dano ao patrimônio, praticados por quem quer que seja (cliente/paciente, assaltante, colega de trabalho ou pessoa com a qual o trabalhador mantenha alguma relação que não a profissional – cônjuge, amante, irmão, colega etc. –), estando o indivíduo (vítima) trabalhando, a serviço do trabalho ou indo para ou voltando do trabalho”.

I. Dados de qualificação do sujeito da pesquisa

1) Local de trabalho (marque com um X uma ou mais opções):	<input type="checkbox"/> ULS _____ <input type="checkbox"/> Policlínica _____ <input type="checkbox"/> UPA Norte da Ilha <input type="checkbox"/> UPA Sul da Ilha
2) Especialidade com a qual trabalha (marque com um X uma ou mais opções):	<input type="checkbox"/> Medicina de Família <input type="checkbox"/> Pediatria <input type="checkbox"/> Ginecologia <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Outra _____
3) Sexo:	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
4) Idade:	__ __ anos
5) Ano de formatura:	__ __ __ __
6) Tempo de trabalho neste	<input type="checkbox"/> Menos de 1 ano

serviço (em anos):	<input type="checkbox"/> Entre 1 e 5 anos <input type="checkbox"/> Entre 6 e 10 anos <input type="checkbox"/> Mais de 10 anos
7) Qual o seu vínculo empregatício (marque com um X uma ou mais opções):	<input type="checkbox"/> Estatutário <input type="checkbox"/> Contrato Administrativo <input type="checkbox"/> Outra _____
II. Condições de segurança do seu local de trabalho	
8) O acesso aos locais onde você exerce suas atividades (consultórios, salas de observação, sala de emergência etc.) é restrito a pacientes, acompanhantes e pessoas autorizadas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei informar
9) Você considera seguros os locais onde você exerce suas atividades?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei informar
10) Você acha que as condições de segurança do seu local de trabalho podem melhorar?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei informar
III. Treinamento em violência no trabalho	
11) O seu gerente/empregador já ofereceu a você algum treinamento sobre como lidar com situações potencialmente violentas no trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Salte para a questão 13)
12) Se Sim, o treinamento o deixou preparado para lidar com situações que possam ocorrer no seu trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
IV. Políticas de prevenção e abordagem da violência no trabalho	
13) Existe um programa ou política de prevenção da violência no trabalho no seu local de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei informar
14) Existe um programa de suporte às vítimas de	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

violência no trabalho no seu local de trabalho?	<input type="checkbox"/> Não sei informar
15) Seu gerente/empregador mantém informações sobre usuários da Unidade com história prévia de violência?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei informar
16) Seu gerente/empregador permite que você suspenda o trabalho quando você sente sua segurança ameaçada?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei informar
17) Seu gerente/empregador permite que você acione a polícia quando você sente sua segurança ameaçada?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei informar
V. Episódios de violência no trabalho	
18) Nos últimos 12 meses você foi ameaçado exercendo atividades?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Salte para a questão 23)
19) Se Sim, a(s) ameaça(s) foi(ram) feita(s) por (marque com um X uma ou mais opções):	<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Acompanhante <input type="checkbox"/> Assaltante/ladrão <input type="checkbox"/> Colega de trabalho <input type="checkbox"/> Pessoa com a qual mantenha algum relacionamento que não seja o profissional (cônjuge, amante, irmão, colega etc.)
20) Se Sim, especifique que "tipo(s)" de ameaça(s) você foi vítima (marque com um X uma ou mais opções):	<input type="checkbox"/> Ameaça de machucar, ferir ou matar você <input type="checkbox"/> Ameaça de dano de algum bem de sua propriedade (carro etc.) <input type="checkbox"/> Ameaça de machucar, ferir ou matar um familiar seu <input type="checkbox"/> Outro tipo de ameaça
21) Se Sim, a(s) ameaça(s) resultou(aram) em (marque com um X uma ou mais opções):	<input type="checkbox"/> Trauma psicológico <input type="checkbox"/> Necessidade de mudança de comportamento no local de trabalho <input type="checkbox"/> Não houve nenhuma consequência importante

22) Se Sim, você teve que se afastar do trabalho em virtude de ter sido vítima de ameaça(s)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
23) Nos últimos 12 meses você foi vítima de agressão(ões) física(s) exercendo atividades no seu local de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Salte para a questão 28)
24) Se Sim, a(s) agressão(ões) foi(ram) praticada(s) por (marque com um X uma ou mais opções):	<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Acompanhante <input type="checkbox"/> Assaltante/ladrão <input type="checkbox"/> Colega de trabalho <input type="checkbox"/> Pessoa com a qual mantenha algum relacionamento que não seja o profissional (cônjuge, amante, irmão, colega etc.)
25) Se Sim, especifique que "tipo(s)" de agressão(ões) física(s) você foi vítima (marque com um X uma ou mais opções):	<input type="checkbox"/> Agarramento <input type="checkbox"/> Empurrão <input type="checkbox"/> Tapa <input type="checkbox"/> Soco/murro <input type="checkbox"/> Chute <input type="checkbox"/> Agressão por arma de fogo <input type="checkbox"/> Agressão por arma branca <input type="checkbox"/> Agressão por outro objeto <input type="checkbox"/> Outro tipo de agressão
26) Se Sim, a(s) agressão(ões) física(s) resultou(aram) em (marque com um X uma ou mais opções)?	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Corte <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Trauma psicológico <input type="checkbox"/> Outro tipo de lesão <input type="checkbox"/> Não houve lesão
27) Se Sim, você teve que se afastar do trabalho em virtude de ter sido vítima de agressão(ões)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
28) Nos últimos 12 meses você foi vítima de algum desses outros tipos de violência no trabalho (marque com um X uma ou mais opções)?	<input type="checkbox"/> Ofensa <input type="checkbox"/> Gritos <input type="checkbox"/> Silêncio deliberado <input type="checkbox"/> Xingamento <input type="checkbox"/> Intimidação <input type="checkbox"/> Postura agressiva <input type="checkbox"/> Comportamento hostil <input type="checkbox"/> Extorsão

	<input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Discriminação racial <input type="checkbox"/> Provocação <input type="checkbox"/> Perseguição <input type="checkbox"/> Não fui vítima de nenhum desses tipos de violência (Salte para a questão 31)
29) Se você foi vítima de algum(ns) desses outros tipos de violência no trabalho, ele(s) foi(ram) praticado(s) por (marque com um X uma ou mais opções):	<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Acompanhante <input type="checkbox"/> Assaltante / ladrão <input type="checkbox"/> Colega de trabalho <input type="checkbox"/> Pessoa com a qual mantenha algum relacionamento que não seja o profissional (cônjuge, amante, irmão, colega etc.)
30) Se você foi vítima de algum(ns) desses outros tipos de violência no trabalho, você teve que se afastar do trabalho em virtude desse(s) episódio(s)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
31) Nos últimos 12 meses você foi vítima de violência indo ou voltando do seu trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Salte para a questão 33)
32) Se você foi vítima de violência indo ou voltando do seu trabalho, você teve que se afastar do trabalho em virtude desse(s) episódio(s)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
33) Nos últimos 12 meses, se você foi vítima de algum episódio de violência indo ou voltando do seu trabalho, você notificou o(s) episódio(s) ao seu gerente/empregador?	<input type="checkbox"/> Sim, notifiquei algum(ns) <input type="checkbox"/> Sim, notifiquei todos <input type="checkbox"/> Não notifiquei nenhum <input type="checkbox"/> Não fui vítima de violência no trabalho
34) Nos últimos 12 meses, se você foi vítima de algum episódio de violência o local de trabalho, ou indo ou voltando do seu trabalho, foi preenchida a Comunicação	<input type="checkbox"/> Sim, alguma(s) vez(es) <input type="checkbox"/> Sim, todas as vezes <input type="checkbox"/> Nenhuma vez <input type="checkbox"/> Não fui vítima de violência no trabalho

de Acidente do Trabalho (CAT)?	
35) Nos últimos 12 meses, se você foi vítima de algum episódio de violência o local de trabalho, ou indo ou voltando do seu trabalho, você notificou o(s) episódio(s) à polícia?	<input type="checkbox"/> Sim, notifiquei algum(ns) <input type="checkbox"/> Sim, notifiquei todos <input type="checkbox"/> Não notifiquei nenhum <input type="checkbox"/> Não fui vítima de violência no trabalho
VI. Opinião pessoal	
36) Em uma escala de 1 a 10 (1 = não preocupado, 10 = muito preocupado), quanto você está preocupado com a sua segurança no seu trabalho (marque com um X)?	(1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)(8)(9)(10)
37) Em uma escala de 1 a 10 (1 = não preparado, 10 = muito preparado), quanto você está preparado para lidar com situações de violência no trabalho (marque com um X)?	(1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)(8)(9)(10)
38) Em uma escala de 1 a 10 (1 = não comprometido, 10 = muito comprometido), quanto o seu gerente/empregador está comprometido com a prevenção da violência no trabalho (marque com um X)?	(1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)(8)(9)(10)
39) Você já pensou em abandonar o emprego ou solicitar transferência em virtude de episódios de violência no trabalho que você esteve envolvido, testemunhou ou tomou conhecimento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
40) Espaço reservado para seus comentários e sua identificação,	

apenas se desejar fazê-los.

GRATA PELA ATENÇÃO!

Anne Gabrielle Erdmann

* Adaptado do AFSCME Survey of violence in the workplace for health care workers (American Federation of State, County and Municipal Employees, 1998).

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
TEL.: (048) 3331-9847-FAX.: (048) 3231-9542

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa **“Violência no trabalho em saúde: o médico vítima de violência em Unidades Locais de Saúde, Policlínicas Regionais e Unidades de Pronto-Atendimento do município de Florianópolis-SC”**, na qual minha participação é solicitada, objetiva identificar a prevalência e caracterizar os episódios de violência praticados contra o profissional médico no âmbito do trabalho nestes serviços de saúde, nos 12 meses que precedem a data da aplicação do questionário de pesquisa.

Este estudo será desenvolvido junto a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS/PMF), em Unidades Locais de Saúde (ULS) vinculadas a Estratégia de Saúde da Família (ESF), Policlínicas Regionais e Unidades de Pronto-Atendimento, como parte integrante do projeto de dissertação de Mestrado em Saúde Pública/UFSC da mestranda Anne Gabrielle Erdmann, sob orientação da Dra. Elza Berger Salema Coelho.

Os dados serão coletados através de questionário fechado com 40 questões, em um período de dez meses, entre agosto de 2009 e maio de 2010. Trata-se de um questionário auto-explicativo, de fácil entendimento, cuja aplicação demanda entre 15 a 20 minutos.

Assim sendo, estou ciente dos objetivos e dos métodos de coleta de dados desta pesquisa. Consinto, por livre vontade, dela participar com os dados referentes a minha pessoa, reservando-me o direito de recusar ou retirar este mesmo consentimento (através dos telefones 3228-8312 ou

8432-4042), em qualquer fase da pesquisa, sem nenhuma forma de penalização.

Eu, _____, médico
(a) servidor (a) da Prefeitura Municipal de Florianópolis, na data de ____
/____/____, reafirmo meu compromisso, assinando abaixo.

(assinatura do participante)

APÊNDICE 3 – NORMAS DE SUBMISSÃO DE MANUSCRITO DA REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins.

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 - Revisão - revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);

1.2 - Artigos - resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 - Notas - nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras e 5 ilustrações);

1.4 - Resenhas - resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.5 - Cartas - crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração);

1.6 - Debate - artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.7 - Fórum - seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial.

2. Normas para envio de artigos

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês.

2.3 - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 - Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR.

3.3 - As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

1. [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](http://www.anzctr.nz.gov/)
2. [ClinicalTrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov/)
3. [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](http://www.isrctn.com/)
4. [Nederlands Trial Register \(NTR\)](http://www.trialregister.nl/)
5. [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](http://www.umin.ac.jp/ctr/)
6. [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](http://www.who.int/ictpr/)

4. Fontes de financiamento

4.1 - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 - Lembremos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [International Committee of Medical Journal Editors](http://www.icmje.org/), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas que não preencheram os critérios para serem co-autores.

8. Referências

8.1 - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>).

8.2 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote®), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsincki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da World Medical Association.

10.2 - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo).

10.4 - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar

informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão online

11.1 - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/>.

11.2 - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 - Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.4 - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 - A submissão **online** é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

12.2 - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título corrido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo, abstract e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 - O título completo (no idioma original e em inglês) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 - O título corrido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível: <http://decs.bvs.br/>.

12.7 - **Resumo.** Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha ou Cartas, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do abstract em inglês. O resumo

pode ter no máximo 1100 caracteres com espaço.

12.8 - Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumo e **abstract**; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 - Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 - Tabelas. As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 - Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão

aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 - **Formato vetorial.** O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 - **Finalização da submissão.** Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 - **Confirmação da submissão.** Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos

<http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

15. Prova de prelo

15.1 - Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site:

<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 - A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.