

Violência no trabalho em saúde da família: estudo de métodos mistos

Workplace violence in Family Health Units: a study of mixed methods

Violencia en el trabajo en salud de familia: estudio de métodos mixtos

Isabel Cristina Saboia Sturbelle¹

Daiane Dal Pai²

Juliana Petri Tavares²

Letícia de Lima Trindade³

Deise Lisboa Riquinho²

Larissa Fonseca Ampos²

Descritores

Violência no trabalho; Saúde do trabalhador; Condições de trabalho; Atenção primária em saúde; Saúde da família;

Keywords

Workplace violence; Occupational health; Working conditions; Primary health care; Family health

Descriptor

Violencia laboral; Salud laboral; Condiciones de trabajo; Atención Primaria de salud; Salud de la familia

Submetido

15 de Janeiro de 2019

Aceito

11 de Junho de 2019

Autor correspondente

Isabel Cristina Saboia Sturbelle
<https://orcid.org/0000-0003-1187-7273>
E-mail: saboia.isabel@gmail.com

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900088>



Resumo

Objetivo: Verificar a prevalência de violência no trabalho em Unidades de Saúde da Família, caracterizar as vítimas e conhecer as implicações das condições e da organização do trabalho na exposição dos trabalhadores.

Métodos: Estudo misto, do tipo concomitante. A etapa quantitativa contou com amostra de 106 profissionais de saúde de 17 unidades de saúde de família que responderam questões acerca de dados sociodemográficos e ao *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector*. Na etapa qualitativa 18 trabalhadores vítimas de violência foram intencionalmente selecionados para responder à entrevista semiestruturada. Achados quantitativos foram submetidos a estatísticas descritivas e analíticas, e os dados qualitativos à análise temática.

Resultados: Cerca de 69,8% dos trabalhadores foram expostos à violência, sendo as principais vítimas os trabalhadores mais jovens e da equipe de enfermagem ($p=0,047$). A violência também foi associada à pior avaliação sobre os relacionamentos com colegas ($p=0,003$) e chefias ($p=0,008$). Os entrevistados atribuíram à recepção da unidade o espaço de maior risco de agressões. A falta de recursos, ausência de médico na unidade e sua localização em zonas de tráfico foram aspectos relacionados à exposição dos profissionais à violência.

Conclusão: A violência se mostrou prevalente no trabalho em unidades de saúde da família e melhorias na estrutura, recursos humanos e materiais, bem como segurança pública são necessários para controlar e prevenir agressões aos trabalhadores.

Abstract

Objective: To verify the prevalence of workplace violence in Family Health Units, characterize the victims and know the implications of conditions and organization of work in workers exposure.

Methods: A mixed study of the concomitant type. The quantitative stage included a sample of 106 health professionals from 17 Family Health Units who answered questions about sociodemographic data and the *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector*. At the qualitative stage, 18 violence victims workers were intentionally selected to respond to the semi-structured interview. Quantitative findings were subjected to descriptive and analytical statistics, and qualitative data to thematic analysis.

Results: About 69.8% of the workers were exposed to violence, with the main victims being younger workers and the nursing staff ($p=0.047$). Violence was also associated with a worse assessment of relationships with colleagues ($p=0.003$) and managers ($p=0.008$). The interviewees attributed to the reception of the unit the space of greatest risk of aggression. The lack of resources, absence of a doctor in the unit and its location in areas of trafficking were aspects related to the exposure of professionals to violence.

Conclusion: Violence has proved prevalent in work in family health units and improvements in structure, human and material resources as well as public safety are needed to control and prevent worker aggression.

Resumen

Objetivo: Verificar la prevalencia de violencia en el trabajo en Unidades de Salud de Familia, caracterizar a las víctimas y conocer las consecuencias de las condiciones y de la organización del trabajo en la exposición de los trabajadores.

Métodos: Estudio mixto, de tipo concomitante. La etapa cuantitativa contó con una muestra de 106 profesionales de la salud de 17 unidades de salud de familia que respondieron a preguntas sobre datos sociodemográficos y al *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector*. En la etapa cualitativa, se seleccionaron intencionalmente 18 trabajadores víctimas de violencia para responder una entrevista semiestruturada. Los resultados cuantitativos fueron sometidos a estadísticas descriptivas y analíticas; y los datos cualitativos, a análisis temático.

Resultados: Cerca del 69,8% de los trabajadores estuvo expuesto a violencia, entre los cuales los más jóvenes y los del equipo de enfermería fueron las principales víctimas ($p=0,047$). La violencia también estuvo asociada a peores evaluaciones sobre la relación con los compañeros ($p=0,003$) y jefes ($p=0,008$). Los entrevistados señalaron la recepción de la unidad como el espacio de mayor riesgo de agresiones. La falta de recursos, la ausencia de médicos en la unidad y la ubicación en zonas de tráfico ilegal fueron aspectos relacionados con la exposición de los profesionales a la violencia.

Conclusión: La violencia demostró ser prevalente en el trabajo en unidades de salud de familia y es necesaria una mejora en la estructura y en los recursos humanos y materiales, así como en la seguridad pública para controlar y prevenir agresiones a los trabajadores.

Como citar:

Sturbelle IC, Dal Pai D, Tavares JP, Trindade LL, Riquinho DL, Ampos L. Violência no trabalho em saúde da família: estudo de métodos mistos. *Acta Paul Enferm.* 2019;32(6):632-41.

¹Universidade Tiradentes, Aracajú, SE, Brasil.

²Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

³Departamento de Enfermagem, Universidade do Estado de Santa Catarina, Chapecó, SC, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Introdução

A violência no trabalho em serviços de saúde vem sendo alvo de estudos nacionais e internacionais, principalmente no que tange os serviços hospitalares.⁽¹⁻³⁾ Porém, os Serviços de Atenção Primária à Saúde, como as Unidades de Saúde da Família (USFs), requerem que as atividades laborais sejam desenvolvidas no próprio território dos usuários, com maior aproximação dos domicílios e espaços sociais da comunidade, o que pode acarretar em uma maior exposição à violência.

Trata-se de situação que se agrava nas grandes áreas urbanas de países menos desenvolvidos, pois a rápida urbanização, associada ao aumento da criminalidade, expõe de maneira significativa os profissionais à violência.⁽⁴⁾ Estudos internacionais que anteriormente investigaram a presença de violência em serviços primários de saúde confirmaram o fenômeno, apontando que mais da metade dos participantes experimentam pelo menos um tipo de violência no local de trabalho por ano, com prevalências de 52,6% na Sérvia e 90,2% na Espanha.^(5,6)

A violência no trabalho tem sido relacionada a aspectos que permeiam as condições laborais, como ambientes com precária iluminação, excesso de ruídos, falta de materiais e estrutura física danificada; e organização do trabalho, como trabalhar só, alta circulação de pessoas não identificadas, número insuficiente de trabalhadores, ausência de treinamentos específicos para lidar com a violência.⁽⁷⁾ Para a Organização Mundial da Saúde, ambientes de trabalho saudáveis dependem da organização e das condições de trabalho, sendo a primeira referente às atitudes, valores, crenças e práticas cotidianas; e a segunda à estrutura física, materiais, produtos, substâncias químicas e processos de produção no local de trabalho.⁽⁸⁾

A organização do trabalho resulta das relações sociais e intersubjetivas dos trabalhadores com as organizações e, nessa perspectiva, trabalhar requer tomar-se pelas relações com os outros, demandando ações conjuntas, conscientes e inconscientes, a fim de criar um ambiente de coordenação e cooperação. Assim, a presente investigação parte da compreensão de que o ato de trabalhar não é somente produzir, mas tam-

bém transformar-se a si mesmo, sendo o trabalho central sobre a vida afetiva do trabalhador.^(9,10)

Face aos aspectos referidos, cabe ponderar que a fragmentação do trabalho e as fragilidades que resultam da adoção de interações marcadas por rígida hierarquia, bem como a inadequação no espaço físico das Unidades Básicas de Saúde, o sucateamento de equipamentos e materiais, já foram descritas na literatura e podem influenciar o comportamento dos usuários e da equipe de saúde, fomentando atitudes violentas nas relações laborais.^(11,12) Essas atitudes, por sua vez, confrontam pressupostos fundamentais do trabalho em USFs, o qual requer atuação em equipe, mediado por diálogo e vínculo com usuários e comunidade.^(3,4,13) Estudos anteriores destacam a importância da constituição do vínculo na implementação de ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos, e que atos de fala, escuta, vínculo e negociação fragilizados repercutem sobre a busca pelos serviços de atenção primária, bem como sobre a corresponsabilização dos usuários e na relação de confiança necessária para a longitudinalidade do cuidado.^(13,14)

Considerando o exposto, questionou-se: os profissionais que atuam em USFs estão expostos à violência no trabalho? As condições e organização do trabalho influenciam este fenômeno? O estudo objetivou verificar a prevalência de violência no trabalho em USFs, caracterizar as vítimas e conhecer as implicações das condições e da organização do trabalho na exposição dos trabalhadores.

Métodos

Tratou-se de pesquisa de métodos mistos do tipo concomitante. A etapa quantitativa utilizou delineamento transversal, descritivo e analítico; a etapa qualitativa foi do tipo exploratório-descritiva e ocorreu no mesmo encontro com o trabalhador, imediatamente após a aplicação do questionário.

O estudo foi realizado em USFs de um distrito que compõe a rede de atenção básica administrada pela prefeitura municipal de uma capital do Sul do Brasil. USFs baseiam a sua assistência pelos princípios da Estratégia de Saúde da Família e, dessa

forma, devem garantir o acesso a partir do reconhecimento das necessidades das pessoas e do território adscrito, organizando as atividades entre a demanda espontânea e ações programáticas de educação em saúde e cuidados no domicílio e na unidade. As atividades propostas devem sempre priorizar o trabalho multiprofissional e centrado nas ações de vigilância, prevenção e promoção da saúde.

O município estudado possuía uma população estimada de 1.481.019 habitantes, sendo a rede de serviços nesse nível assistencial distribuída em 17 distritos sanitários, com 45 Unidades Básicas de Saúde e 73 USFs. A presente investigação focalizou 27 equipes de 17 USFs de uma gerência distrital na qual são realizadas atividades curriculares da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, onde estudantes e docentes têm presenciado relatos e/ou situações de violência no trabalho das equipes. Além disso, a escolha do cenário do estudo se relaciona à situação de vulnerabilidade dos profissionais que atuam nas USFs, a qual necessita ser vislumbrada considerando as potenciais implicações da violência sobre a saúde dos trabalhadores e a continuidade das ações da Estratégia de Saúde da Família no município.

A população do estudo foi composta por nove médicos, 16 enfermeiros, 25 técnicos/auxiliares de enfermagem e 56 agentes comunitários de saúde (n=106). Na etapa quantitativa, foram convidados a participar do estudo todos os profissionais (n=190) que compunham a equipe mínima de saúde da família sendo excluídos aqueles com menos de 12 meses de trabalho na USFs (n=36), que estavam afastados (n=22) ou de férias (n=7) no período da coleta, e aqueles que estavam inacessíveis por suspensão de atividades devido a conflitos de tráfico no território (n=8) bem como as recusas (n=11) foram consideradas perdas. A amostra final de 106 trabalhadores da etapa quantitativa foi estatisticamente significativa, considerando 95% de confiança e erro de 5%, prevalência de 50%, calculada com auxílio do WINPEPI versão 11.32.

Na etapa qualitativa foram convidados, intencionalmente, 18 profissionais que afirmaram na etapa anterior ter sofrido violência nos últimos 12 meses. Esta subamostra foi composta por seis ACS, seis técnicos de enfermagem, cinco enfermeiros e um médi-

co. A seleção intencional adotada buscou eleger, dentre as vítimas da violência no trabalho, àqueles profissionais que se mostraram melhores informantes, ou seja, implicados com a problemática e motivados em falar sobre o assunto. O total de 18 entrevistados foi definido pelo critério de saturação dos dados, o qual se aplica quando não emerge novo elemento e o aumento de novas informações não modificam a compreensão do fenômeno estudado.⁽¹⁵⁾

A coleta ocorreu entre os meses de setembro e dezembro de 2017. A amostra de profissionais foi convidada a responder um questionário sobre dados sociodemográficos e laborais (sexo, idade, cor da pele, anos de estudo, situação conjugal, filhos, uso de tabaco, uso de medicação, doença crônica, categoria profissional, anos de experiência na saúde, anos de experiência na USFs, cargo de chefia, dias ausentes e se trabalha em outra instituição, bem como percepção dos profissionais sobre organização do trabalho, satisfação, reconhecimento e relacionamentos interpessoais) e ao *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector*, proposto pela Organização Mundial da Saúde, Organização Internacional do Trabalho e de Serviços Públicos e Conselho Internacional de Enfermagem.⁽¹⁶⁾ O instrumento foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa e utilizado em pesquisas brasileiras para avaliar a violência no trabalho em saúde nos últimos 12 meses, podendo a agressão ser física ou psicológica (esta última modalidade inclui as formas verbal, moral, sexual ou racial), as quais são avaliadas de maneira independente quanto a sua frequência e podem compor uma medida categórica global (sofreu ou não sofreu algum tipo de violência).^(3,17,18) O instrumento ainda inclui questionamentos que possibilitam caracterizar as situações de violência, as vítimas, agressores e medidas que necessitam investimentos frente à violência no trabalho.^(16,17) Os profissionais que compuseram a etapa qualitativa também responderam uma entrevista semiestruturada gravada em áudio, seguindo roteiro pré-estabelecido, que versava sobre as condições e a organização do trabalho nas USFs e suas relações com a ocorrência da violência laboral.

A análise dos dados quantitativos foi realizada pelo software *Statistical Package for the Social*

Sciences (SPSS), versão 18.0. Consideraram-se estatisticamente significantes os valores de $p \leq 0,05$. As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências relativas e absolutas e as variáveis contínuas e escalares foram descritas por meio de medidas de tendência central e dispersão. Utilizou-se teste Qui-quadrado para associação e Mann-Whitney para verificar diferenças entre medianas nos grupos, após teste de normalidade de Shapiro-Wilk.

Os dados provenientes das transcrições das entrevistas foram submetidos à técnica de análise do tipo temática, segundo Minayo,⁽¹⁹⁾ originando as seguintes categorias (e respectivas subcategorias temáticas): Caracterização da violência no trabalho em USFs (Vítimas da violência); Condições e a organização do trabalho (Estrutura e recursos, Relacionamentos interpessoais) e; (Im)possibilidades para prevenir/controlar a violência (Medidas para evitar a violência no trabalho e, Violência urbana).

Após a análise estatística dos dados numéricos e categorização das entrevistas, os achados foram confrontados e articulados, buscando identificação de convergências, diferenças e combinações, a fim de responder aos objetivos por meio da complementaridade de informações, o que permitiu maior abrangência ao olhar lançado sobre o fenômeno da violência no trabalho.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição proponente (nº 2.081.737) e coparticipante (nº 2.128.825) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa respeitou os preceitos éticos que constam Resolução n.º 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.⁽²⁰⁾ Como garantia de anonimato dos participantes no uso dos fragmentos das falas, usou-se a sigla 'ENT' para 'entrevistado', seguida pelo número da ordem de realização da entrevista.

Resultados

A amostra composta por 106 trabalhadores das USFs se caracterizou majoritariamente por mulheres (80,2%), com uma mediana de idade de 42,5 anos (34,7 - 51), mediana de 11 anos (6 - 16) de

experiência na área da saúde e quatro anos (3 - 12,2) na USFs, sendo 52,8% agentes comunitários de saúde, 23,6% técnicos de enfermagem, 15,1% enfermeiros e 8,5% médicos. A prevalência da violência no trabalho nas USFs foi de 69,8% de trabalhadores expostos nos últimos 12 meses. A tabela 1 apresenta a distribuição dos trabalhadores vítimas e não vítimas da violência no trabalho segundo as características sociodemográficas e laborais.

Tabela 1. Distribuição dos trabalhadores vítimas e não vítimas da violência no trabalho segundo as características sociodemográficas e laborais

Variáveis	Violência no Trabalho		p-value
	Sim (n=74)	Não (n=32)	
Sexo*			
Feminino	61(71,8)	24(28,2)	0,430§
Masculino	13(61,9)	8(38,1)	
Idade* (anos)	40,5(33 - 50)	44,5(40 - 53,7)	0,047**
Cor da pele*			0,194§
Negra	31(77,5)	9(22,5)	
Branca	42(64,6)	23(35,4)	
Anos de estudo*	13(11 - 18)	13(11 - 17)	0,577*
Situação conjugal*			
Solteiro, viúvo ou sem companheiro	33(67,3)	16(32,7)	0,674§
Casado ou com companheiro	41(71,9)	16(28,1)	
Filhos* (número)	1(0 - 2)	1(0 - 2)	0,776*
Uso de tabaco*			
Sim	9(60)	6(40)	0,377§
Não	65(71,4)	26(28,6)	
Uso de medicação*			
Sim	51(70,8)	21(29,2)	0,822§
Não	23(67,6)	11(32,4)	
Doença crônica*			
Sim	43(74,1)	15(25,9)	0,298§
Não	31(64,6)	17(35,4)	
Categoria profissional*			
ACS	33(58,9)	23(41,1)	0,047§
Téc./aux. de enfermagem	21(84)	4(16)	
Enfermeiro	14(87,5)	2(12,5)	
Médico	6(66,7)	3(33,3)	
Anos de experiência*	11(6,7 - 15,2)	13,5(5 - 16)	0,981**
Anos de experiência na USFs*	4(3 - 7,7)	5(3 - 16)	0,075**
Cargo de chefia*			
Sim	12(85,7)	2(14,3)	0,220§
Não	62(67,4)	30(32,6)	
Dias ausentes*	7(2 - 20)	6(1,2 - 16,5)	0,803*
Trabalha em outra instituição*			
Sim	10(76,9)	3(23,1)	0,750§
Não	64(68,8)	29(31,2)	

* - n (%); - mediana (intervalos interquartílicos); § - Qui quadrado; * - Mann Whitney; ** - t de Student

Além dos aspectos destacados na tabela, a subcategoria temática "vítimas da violência", tratou sobre a recepção enquanto local/atividade de maior exposição à violência, visto que se trata de ambiente que requer do profissional o exercício de ouvir e acolher os usuários que buscam atendimento, bem como determinar fluxos para as demandas. Além de ser o

primeiro contato entre serviço e usuário, as agendas dos profissionais, organização das visitas domiciliares e da ordem de atendimento fica sob supervisão do trabalhador em atividade na recepção. Assim, muitas vezes quem está à frente deste primeiro atendimento fica responsável por dar a informação indesejada para usuários ou ainda “negar” a assistência almejada:

O pessoal que está na recepção ali em frente sofre muito mais (...). ENT 18

(...) eu sei que não é minha função, só que eu tenho que fazer como todos os outros colegas tem que fazer (...) a recepção é uma coisa que te deixa muito estressado (...). ENT 10

(...) então eu acho que essas questões de muita aglomeração, de muita gente, deixa as pessoas tensas e essa tensão do meu ponto de vista ela pode ser um dos fatores que predispõem a uma violência, de agredir (...) de não querer esperar (...). ENT 14

E essa forma que eles encontram de ser atendidos [na recepção] é gritando, ofendendo (...). ENT 7

Considerando aspectos de avaliação sobre o labor, a tabela 2 mostra que os trabalhadores vítimas de violência possuem médias inferiores nas avaliações sobre aspectos laborais.

Tabela 2. Médias e desvio padrão das avaliações dos trabalhadores sobre aspectos laborais entre vítimas e não vítimas da violência no trabalho em USFs

Variáveis	Violência no Trabalho		p-value*
	Sim (n=74) Média	Não (n=32) Média	
Condições de trabalho	2,97 (+0,68)	3,19 (+0,86)	0,153
Organização do trabalho	3,58 (+0,84)	3,91 (+0,69)	0,068
Satisfação com o trabalho	3,29 (+1,16)	3,47(+1,27)	0,314
Reconhecimento pelo trabalho	3,14(+1,23)	3,41(+1,16)	0,367
Relacionamentos com os colegas	3,95(+0,68)	4,34(+0,65)	0,003
Relacionamento com a chefia	4,18(+0,78)	4,59(+0,56)	0,008

* - Mann Whitney

Nota: As avaliações foram pontuadas por meio de uma escala likert de cinco pontos, da pior (1) para a melhor avaliação (5). Contudo, o teste apresentado na tabela compara a diferença de medianas para facilitar a interpretação dos achados, optando-se por apresentar as médias e desvio-padrão.

As entrevistas permitiram compreender as implicações das condições de trabalho sobre a exposi-

ção à violência em USFs, ressalta-se que diz respeito a aspectos referente à falta ou sucateamento de materiais, de equipamentos e de estrutura física. As falas condizentes foram atribuídas à categoria temática “estrutura e recursos”, e isso pode ser visto nos seguintes trechos:

(...) fica difícil quando não tem medicação, às vezes a gente não tem nem material pro trabalho. Ficou um tempo sem gaze, sem esparadrapo porque eles não mandavam pra nós e não era por falta (...). ENT 5

(...) “não ter” é um motivo pra nos agredir (...). ENT 1

(...) são em torno de seis mil e quinhentos usuários pra um posto de saúde, nós deveríamos ter mais equipes, deveríamos ter três equipes, nós trabalhamos só com duas, com um quadro reduzido de funcionários (...). ENT 7

(...) a gente não tem estrutura nenhuma, é mal localizado o posto (...) são coisas referentes ao funcionamento da unidade, isso me incomoda muito, porque não é comigo, não é a relação, não é o meu trabalho que tá sendo, que a pessoa tá falando, é referente ao funcionamento da unidade. ENT 10

Ainda, na mesma categoria temática, a ausência de médicos nas unidades foi mencionada com destaque em relação à ocorrência de agressões dos usuários, trazendo à tona implicações da organização do trabalho no que corresponde ao modelo assistencial, que preconiza a integralidade da assistência, devendo ser a porta de entrada dos usuários ao Sistema Único de Saúde e representa o nível primário de atenção à saúde.

(...) se tivesse médico e esse mesmo também não demorasse pra atender (...) É a falta do médico! Até porque dependendo do material eles conseguem retirar em outro local. É mais a questão da falta de médico (...). ENT 3

(...) todo mundo quer consulta, eles querem consultar com o médico, não adianta passar por mim,

não adianta passar pela enfermeira, eles querem o médico. ENT 8

Tipo, não tem atendimento médico, a pessoa vem e não quer saber, ela tem que arrumar um culpado e o culpado é o técnico de enfermagem ou alguém que tá atendendo na ponta (...) eu acho que as pessoas acham que o posto gira em torno do médico que não tem outros serviços (...) dia sem médico é um pouco, é bem estressante (...) ter o quadro de profissionais completo, seria o mais importante. ENT 10

Conforme os relatos, os usuários são os principais perpetradores da violência no trabalho em USFs, o que se sustenta também pelos achados quantitativos, uma vez que 71,6% das agressões sofridas pelos trabalhadores nos últimos 12 meses foram praticadas pelos usuários e 6,4% por familiares/acompanhantes. As vítimas da violência perpetrada pelos usuários relataram nas entrevistas que esta prática ocorre principalmente por meio de xingamentos, insultos e ameaças.

Colegas de trabalho representaram 11% das situações quantificadas e chefias 9,2%. Nessa direção, alguns discursos destacados na categoria “relacionamentos interpessoais” evidenciam que as relações socioprofissionais também implicam nas vivências da violência nas USFs:

Tu não tens essa abertura com o teu colega às vezes pra colaborar, às vezes falta um pouco o trabalho

em equipe mesmo, (...) isso acaba gerando um estresse e tu vai levando, tu vai levando, chega uma hora que tu estoura. ENT 15

(...) acaba gerando uma tensão na equipe, porque muitas pessoas pensam nelas e com razão até porque elas querem se proteger. Mas alguém vai ter que abrir o posto, alguém vai ter que fazer esse posto funcionar e quem chegar aqui, quem fizer esse posto funcionar, ele vai ser agredido (...). ENT 17

Na Figura 1 é possível observar alguns fatores que merecem maiores investimentos nas USFs e que se melhorados poderão, na opinião dos profissionais, influenciar nas ocorrências de violência.

Ainda, o fato dos serviços estarem inseridos em territórios com brigas de facções criminosas e frequentes situações em que os comandantes do tráfico de drogas não respeitam os espaços de assistência à comunidade, desperta sentimentos de medo nos profissionais, bem como favorece a exposição à violência no trabalho em USFs. Tais aspectos foram contemplados na categoria temática “violência urbana” e podem ser evidenciados nas falas a seguir.

(...) há alguns dias a gente não saiu pra trabalhar [nas ruas e nos domicílios] porque tinha alguns conflitos no território (...). ENT 6

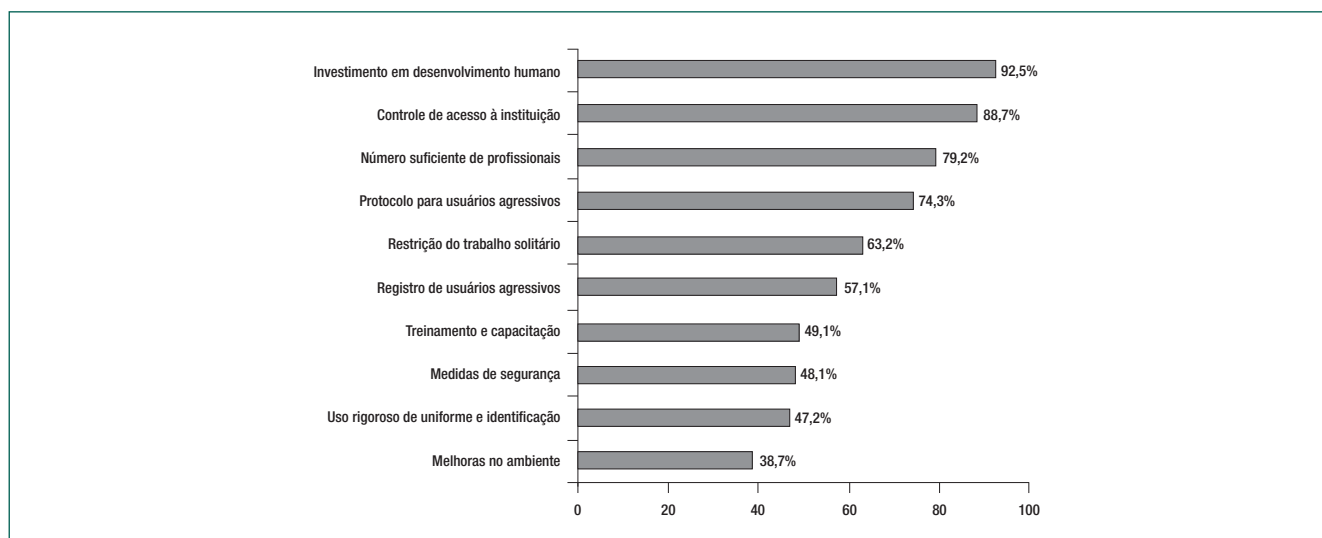


Figura 1. Medidas que necessitam investimentos para lidar com a violência no trabalho segundo a percepção dos profissionais

A gente trabalha numa zona que tem guerra de tráfico, então tu vivencia, tu fica no morro e tu acaba vivenciando todo o conflito, toda a situação de violência (...). ENT 10

Tivemos que fechar a unidade e sair, pois teve tiros próximos. ENT 13

Para os profissionais entrevistados, seu processo de trabalho é prejudicado pela falta de segurança pública, revelando a situação de vulnerabilidade da equipe de saúde nas USFs.

Discussão

Os resultados de prevalência da violência no trabalho em USFs reforçam achados de outras pesquisas.⁽⁴⁻⁶⁾ Quanto às características sociodemográficas, associadas aos episódios violentos em serviços de atenção primária, a enfermagem foi revelada em estudo na Sérvia como categoria mais exposta, sem diferenças para sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade e anos de experiência.⁽⁵⁾ Em estudo espanhol, médicos e enfermeiros foram menos expostos à violência no trabalho na Atenção Primária à Saúde do que outros profissionais que ocupam a linha de frente nos serviços.⁽⁶⁾ Este achado diverge da presente investigação quanto à categoria profissional mais exposta, mas se assemelha no que tange ao maior risco atribuído à atuação na recepção do serviço.

Em pesquisa brasileira no âmbito hospitalar, desenvolvida com 269 profissionais da equipe multiprofissional, observou-se que as vítimas se caracterizaram com sexo feminino, menor idade e escolaridade, técnicos de enfermagem e mais dias ausentes no trabalho, havendo diferença estatisticamente significativa.⁽³⁾ No presente estudo, o tempo de experiência na USFs, trabalhar em outra instituição, fazer uso de tabaco, cor da pele e número de filhos não foram variáveis associadas à violência no trabalho, resultado similar ao estudo já citado.⁽³⁾

As doenças crônicas e o uso de medicação também não foram características associadas à exposição à violência, contudo, destacam-se as altas pre-

valências de trabalhadores convivendo com doenças crônicas e fazendo uso de medicamentos. Estudo realizado com profissionais da equipe de saúde que atuam em Atenção Primária à Saúde apontou que esses trabalhadores experimentam dores e queixas físicas, as quais os mesmos relacionam ao estresse causado pela falta de recursos, conflitos no trabalho, falta de reconhecimento profissional, sobrecarga de trabalho, entre outros.⁽⁹⁾

No que tange à exposição dos trabalhadores na recepção da unidade, estudo brasileiro desenvolvido em Alagoas evidenciou que existe divergência entre o problema identificado pelo profissional e a necessidade vista pelo paciente atendido. Além disso, face ao vínculo estabelecido entre o profissional e os usuários, este último se sente com liberdade para cobrar atenção e atendimento no horário que lhe for conveniente. Ainda, o pedido por encaixes no atendimento é frequente e nem sempre possível, o que também gera contestações agressivas.⁽²¹⁾

A ausência ou ineficiência do profissional médico nas USFs foi fator atribuído pelos participantes à insatisfação do usuário, o que pode significar a reprodução do modelo médico-centrado na manifestação do usuário pela busca de atendimento, achado também constatado em outro estudo no contexto de atenção primária.⁽²²⁾ Investigação realizada em São Paulo, Brasil, demonstrou que há insegurança por parte dos usuários sobre ter as suas demandas atendidas pelos profissionais e serviços, havendo carência de informação, o que gera tensões, principalmente com os profissionais que trabalham na recepção.⁽²³⁾ Assim, a falta de resolutividade no atendimento nas USFs pode representar um fator que desencadeia ameaças e ofensas no seu ambiente laboral.⁽²⁴⁾

No cenário internacional, a escassez de recursos humanos e materiais nos serviços de atenção primária também foi relacionada à intenção de abandonar o emprego.⁽²⁵⁾ Dessa forma, a busca por assistência à saúde é incompatível com a organização e as condições laborais ofertadas na atenção primária, gerando esgotamento para os profissionais e insatisfação dos usuários^(22,26) e, nesta conjuntura, a violência acrescenta prejuízos que influenciam na produtividade e qualidade do trabalho, resultando em profissionais

insatisfeitos, que não se sentem reconhecidos, e que possuem relacionamento fragilizado ou conflituoso com colegas, chefias e usuários.⁽¹⁾

Diante dos achados pode-se inferir que os trabalhadores vítimas de violência sofrem duplamente, uma vez que além das agressões cotidianas advindas de usuários e colegas de serviço, ainda sofrem com a carência de estrutura e recursos humanos. Este aspecto foi apontado pela influência da violência estrutural sobre a integridade moral dos trabalhadores, gerando sofrimento uma vez que vivenciar estes problemas estruturais pode ser motivo de agressões entre seus pares.⁽²⁷⁾ Ainda, é possível acrescentar a violência urbana como forma de agressão no trabalho em USFs, o que permite dizer que os profissionais estão triplamente expostos à violência considerando as ameaças e o medo vivenciados na atuação junto às comunidades muitas vezes mais perigosas.

A violência estrutural também pode ser vista por meio da invisibilidade com que a exposição dos trabalhadores à violência é tratada na própria rede do Sistema Único de Saúde. Não há fluxos instituídos frente aos casos de agressão entre as pessoas, o que demonstra indiferença da instituição/estrutura com as vítimas, às quais resta o caminho solitário de buscar lidar com a situação a partir de meios próprios.

Dentre as medidas para minimizar os casos de violência no trabalho, a pesquisa apontou que figuras de autoridade, como seguranças, representam aspecto protetivo no que tange à exposição de profissionais da saúde à violência, bem como controle de acesso ao serviço, educação aos usuários dos serviços e atitudes adequadas pelos profissionais frente a situações de violência.⁽²⁸⁾

Além disso, investir em estratégias que fortaleçam o trabalho em equipe, incorporação de tecnologias que contribuam para a resolubilidade da assistência e redução da sobrecarga de trabalho podem empoderar os profissionais para o agir cotidiano. Assim, almeja-se com que participem politicamente na gestão dos serviços de saúde e nas instâncias de controle social, buscando a implementação de medidas que fortalecem os profissionais e potencializem o acesso universal.⁽²⁹⁾

Em se tratando da Atenção Primária à Saúde, os aspectos referentes a regiões com altas taxas de criminalidade e ambientes mal iluminados podem ser os fatores que merecem maior atenção, corroborando a indicação da literatura.⁽⁷⁾ Dessa forma, entende-se que trabalhar nas comunidades em que a criminalidade é constante aumenta o medo e a chance de exposição dos profissionais à violência, o que no presente estudo se mostrou afetar as atividades desenvolvidas na comunidade, repercutindo na qualidade do serviço prestado.

Ademais, a violência é um fenômeno complexo, que atinge diferentes esferas da sociedade e que engloba valores culturais, nível educacional, instabilidade econômica, injustiças sociais e impunidades. Estes aspectos se referem a uma conjuntura macropolítica que se reproduz nos contextos laborais, incluindo o setor de serviços. Dentre as estratégias para o enfrentamento da violência no cenário nacional e internacional, a Organização das Nações Unidas lança objetivos sustentáveis do milênio, dentre os quais consta a busca pela promoção de sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionando o acesso à justiça e construindo instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis. Nesse sentido, ao setor saúde cabe colaborar conjuntamente com ações intersetoriais para fomentar uma cultura de paz e respeito a todas as pessoas, trabalhadores e usuários do sistema de saúde.⁽³⁰⁾

Conclusão

Verificou-se a prevalência de 69,8% dos trabalhadores das USFs expostos à violência no trabalho, sendo as vítimas caracterizadas como trabalhadores mais jovens, com ocupação na enfermagem e piores avaliações sobre os relacionamentos no trabalho. Realizar atividades laborais na recepção da unidade representou maior suscetibilidade a agressões vindas dos usuários, seja porque estes buscam o serviço com revolta ou por se tornarem agressivos com o desfecho indesejado. A ausência do profissional médico nas equipes de saúde foi mencionada como causa principal das agressões

verbais, reforçando a expectativa do usuário pelo modelo assistencial biomédico e pouca compensação dos atributos da atenção primária em saúde. Ainda, as falhas na estrutura da unidade, a deficiência de recursos materiais e humanos, instigam à insatisfação dos usuários, direcionada aos profissionais, que também são expostos à violência urbana relacionada às zonas de tráfico de drogas no território. Assim, as condições e a organização do trabalho implicam na ocorrência da violência em USFs, e a violência presente nesse cotidiano de trabalho também repercute negativamente sobre o contexto laboral, podendo ser considerado um fenômeno complexo composto por cadências negativas e inter-relacionadas. Os resultados da presente pesquisa trazem como implicações para o campo da saúde e da Enfermagem a necessidade de investimentos em infraestrutura do serviço, segurança do trabalhador e estratégias de atenção que fomentem o modelo de assistência almejado para as USFs. Como limitação do estudo, é possível ponderar que o desenho metodológico não permite um acompanhamento sobre os efeitos que estes episódios trazem para os profissionais e para a resolutividade das USFs. Além disso, o estudo foi desenvolvido em um distrito sanitário da Capital e recomendam-se estudos de maior abrangência sobre a Atenção Primária à Saúde a fim de ampliar o panorama do agravo avaliado.

Colaborações

Sturbelle IC, Dal Pai D, Tavares JP, Trindade LL, Riquinho DL e Ampos L declaram que contribuíram com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, análise crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Fang H, Zhao X, Yang H, Sun P, Li Y, Jiang K, et al. Depressive symptoms and workplace-violence-related risk factors among otorhinolaryngology nurses and physicians in Northern China: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2018;8(1):e019514.

2. Wei CY, Chiou ST, Chien LY, Huang N. Workplace violence against nurses—prevalence and association with hospital organizational characteristics and health-promotion efforts: cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2016;56:63–70.
3. Pai DD, Lautert L, Souza SB, Marziale MH, Tavares JP. Violence, burnout and minor psychiatric disorders in hospital work. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(3):460–8.
4. Silva ATC, Peres MFT, Lopes CS, Schraiber LB, Susser E, Menezes PR. Violence at work and depressive symptoms in primary health care teams: a cross-sectional study in Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015;50(9):1347–55.
5. Fisekovic MB, Trajkovic GZ, Bjegovic-Mikanovic VM, Terzic-Supic ZJ. Does workplace violence exist in primary health care? Evidence from Serbia. *Cent Eur J Public Health*. 2015;25(4):693-98.
6. Ruiz-Hernández JA, López-García C, Llor-Esteban B, Galán-Muñoz I, Benavente-Reche AP. Evaluation of the users violence in primary health care: Adaptation of an instrument. *J Health Psychol*. 2016;16:295-305.
7. Occupational Safety e Health Administration (OSHA). Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers [Internet]. United States of América: OSHA; 2015. [cited 2018 Jul. 18]. Available from: <https://www.osha.gov/Publications/osh3148.pdf>
8. Organização Mundial da Saúde (OMS). Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais [Internet]. Brasília; OMS; 2010 [citado 2018 Jul 18]. Disponível em: http://www.who.int/occupational_health/ambientes_de_trabalho.pdf
9. Dashtipour P, Vidaillet B. Work as affective experience: the contribution of Christophe Dejours' 'psychodynamics of work'. *Organization*. 2017;24(1):18–35.
10. Dejours C, Barros J, Lancman S. A centralidade do trabalho para a construção da saúde. *Occup Ther*. 2016;27(2):228–35.
11. Medeiros PA, Silva LC, Amarante IM, Cardoso VG, Mensch KM, Naman M, et al. Condições de saúde entre Profissionais da Atenção Básica em Saúde do Município de Santa Maria – RS. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2016;20(2):115-22.
12. Maciel RH, Santos JBF, Rodrigues RL. Condições de trabalho dos trabalhadores da saúde: um enfoque sobre os técnicos e auxiliares de nível médio. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2015;40(131):75-87.
13. Kessler M, Lima SBS, Weiller TH, Lopes LFD, Ferraz L, Thumé E. A longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde: comparação entre modelos assistenciais. *Rev Bras Enferm*. 2018 ; 71(3): 1063-1071.
14. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(Spe):158-64.
15. Minayo, MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14a ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
16. Di Martino V. Workplace violence in the health sector – country case studies – Brazil, Bulgarian, Lebanon, Portugal, South África, Thailand, and an additional Australian study [Internet]. 2003 [cited 2018 Jul. 18]. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVsynthesisreport.pdf
17. Palacios M. Relatório preliminar de pesquisa. Violência no trabalho no setor saúde. [Internet]. Rio de Janeiro. Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002 [citado 2018 Jul 18]. Disponível em: http://www.assediomoral.org/IMG/pdf/pesquisa_sobre_Violencia_no_trabalho_Universidade_Federal_RJ.pdf
18. Silva IV, Aquino EM, Pinto IC. Violência no trabalho em saúde: a experiência de servidores estaduais da saúde no Estado da Bahia, Brasil. *Cad Saúde P?blica*. 2014;30(10):2112-22.

19. Minayo MC, Deslandes SF. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25a ed. Petrópolis: Vozes; 2007.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União; 2012.
21. Santos DS, Mishima SM, Merhy, EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Cienc Saúde Coletiva*. 2018;23(3):861-870.
22. Arruda CA, Bosi ML. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. *Interface*. 2017;21(61):321-332.
23. Melo SM, Cecílio LC, Andreazza R. Nem sempre sim, nem sempre não: os encontros entre trabalhadores e usuários em uma unidade de saúde. *Saúde Debate*. 2017;41(112):195-207.
24. Fontes KB, Santana RG, Pelloso SM, Carvalho MD. Factors associated with bullying at nurses' workplaces. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013;21(3):758-64.
25. Kadiri-Eneh NP, Azuiké EC, Tobin-West C, Uzochukwu BS. An Assessment of the Potentials for Retention of Primary Health Care Workers in Rivers State, Nigeria. *Afr J Med Med Sci*. 2018;6(1):35-51.
26. Maissiat GS, Lautert L, Dal Pai D, Tavares JP. Work context, job satisfaction and suffering in primary health care. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015; 36(2):42-49. DOI:
27. Dal Pai D, Sturbelle IC, Santos C, Tavares JP, Lautert L. Physical and psychological violence in the workplace of healthcare professionals. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(1):e2420016.
28. Vezyridis P, Samoutis A, Mavrikiou PM. Workplace violence against clinicians in Cypriot emergency departments: a national questionnaire survey. *J Clin Nurs*. 2015;24(9-10):1210-22.
29. de Pires DE, Machado RR, Soratto J, Scherer MA, Gonçalves AS, Trindade LL. Nursing workloads in family health: implications for universal access. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016;24(0):e2682.
30. Cerqueira D, Lima RS, Bueno S, Neme C, Ferreira H, Coelho D, et al. Atlas da violência 2018. Brasília: Ipea/ FBSP; 2018 [citado 2019 Abr 9]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=33410&Itemid=432