



**Universidade Federal do Rio de Janeiro
Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva**

Relatório Preliminar de Pesquisa

***VIOLÊNCIA NO TRABALHO NO SETOR SAÚDE –
RIO DE JANEIRO – BRASIL***

Projeto realizado em cooperação com:
Organização Internacional do Trabalho
Conselho Internacional de Enfermagem
Organização Mundial da Saúde
Internacional de Serviços Públicos

2001/2002

EQUIPE TÉCNICA:

Marisa Palácios - MD DSc (Coordenadora)
Mônica Loureiro dos Santos, Psicóloga, DSc
Margarida Barros do Val, Saúde Pública, Msc candidata
Maria Imaculada Medina, Serviço Social, MSc
Marcia de Abreu, Fonoaudióloga
Lídia Soares Cardoso, Psicóloga, DSc
Basílio Bragança Pereira, Estatístico, PhD

Estudantes

Celina Ragoni de Moraes Correia - Programa de Iniciação Científica
Daniel Eiji Ogino - Programa de Iniciação Científica
Daniela Almeida - Programa de Iniciação Científica
Danielle C. C. Muniz e Silva – Programa de Iniciação Científica
David M. Viannay S. Andrade - Programa de Iniciação Científica
Helena Roisman Cardoso
Igor Mamed Porciúncula
Jorge Ribeiro da Cunha Junior - Programa de Iniciação Científica
Juliana Costa Carvalho - Programa de Iniciação Científica
Juliana G. d'Ávila Reinicke - Programa de Iniciação Científica
Kelly C. Ferreira Folhadella
Lissa Sumi Takano
Luiz Fernando R. Junior
Mayra Roberta P. Mendes
Pedro Henrique S. Figueiredo
Raquel Buzon de Mello
Ricardo Gáudio de Almeida
Tatiana Goldgaber Borges - Programa de Iniciação Científica
Tatyana Santos Raychtock - Programa de Iniciação Científica
Thaís Helena Serta Nobre

VIOLÊNCIA NO TRABALHO NO SETOR SAÚDE – BRASIL

Relatório de Pesquisa – SEÇÃO A

I- Conceito de violência

Para a discussão das definições de violência, nos valem de dois textos^{1,2}: Minayo e Souza discutem as relações entre violência e saúde entendendo que estão inseridas num campo interdisciplinar e de ação coletiva. Zaluar e Leal realizando revisão da produção acadêmica sobre violência no campo da educação apresenta uma discussão conceitual de autores que se aproximam do conceito de violência de Arendt, isto é, a impossibilidade de negociação a falta de diálogo entre as partes em conflito, sendo essas partes indivíduos ou grupos, como por exemplo diferentes classes sociais.

Minayo e Souza referem-se a violências, considerando a pluralidade de situações que podem ser referidas ao termo. De forma genérica, o conceito estaria referido a

“Ações humanas de indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual.”

As autoras delimitam três campos interdisciplinares implicados tanto na reflexão conceitual quanto nas ações de proteção à saúde: as ciências sociais, a epidemiologia e a psicologia.

Chamam a atenção para a complexidade do objeto “violência”, que é polissêmico e controverso, e acreditam que todas as teorias apresentam visões parciais do problema. São exemplos de aspectos estudados pelas ciências sociais, por diversos autores brasileiros:

- O entendimento da violência nos marcos das relações sócio-econômicas, políticas e culturais, devendo haver diferenciação por tipo de perpetrador, vítima, local e tecnologia;
- As desigualdades sociais e a expropriação econômica, social e cultural estariam no cerne da criação de valores e códigos paralelos das gangues nos centros urbanos;
- A importância da diferenciação entre a violência das classes dominantes e a dos grupos que resistem;
- A associação da discussão acerca da violência do Estado e da ordem estabelecida;
- A importância dos aspectos culturais para a análise do fenômeno, considerando a diversidade da tolerância social à violência;
- A indicação de diretrizes metodológicas, considerando a dialética entre a forma abstrata e a realidade concreta.

As autoras destacam os estudos na área da saúde, particularmente os da Epidemiologia da Violência que trabalham com os dados de morbi-mortalidade e com a constituição de um sistema de vigilância a partir das informações da rede de saúde (particularmente maus-tratos de crianças e adolescentes e mulheres). Consideram que esse tipo de estudo embora tenha trazido grande avanço para o estudo da Violência, não é suficiente para explicar ou resolver o problema, pois a complexidade que envolve a violência não permite que ela seja erradicada como uma doença. Além disso, aponta limites por não identificar a hierarquia, a força e a forma como atuam os diferentes fatores da rede causal. Considera ainda sua insuficiência na medida em que trabalha exclusivamente com lesões físicas excluindo outras formas de violência (negligência, abandono, violência psicológica).

Discutindo os determinantes da violência sua proposição é a de que não se encontram exclusivamente em problemas de caráter econômico, mas abrangeriam a própria estruturação dos sujeitos históricos. Minayo vai buscar em Hegel a integração da violência à racionalidade

histórica e à própria origem da consciência, ao analisar a relação dialética entre senhor e escravo.

Zaluar e Leal (2001) realizam a revisão dos conceitos de violência situando-os principalmente no campo das ciências sociais e da educação.

O paradigma adotado pelos autores mencionados é o de Arendt, quando as autoras assinalam as diferenças entre poder e violência (violência como instrumento e não um fim). Os instrumentos da violência, segundo Arendt, abdicariam do uso da linguagem que caracteriza as relações de poder, baseadas na persuasão, influência ou legitimidade.

Autores brasileiros seguem o mesmo paradigma:

- Violência como **não reconhecimento, anulação ou cisão do outro;**
- Violência como **negação da dignidade humana;**
- Violência como **ausência de compaixão;**
- Violência como **palavra emparedada ou excesso de poder.**

São definições que, embora incorporando a linguagem, mantêm o pouco espaço para o “aparecimento do sujeito da argumentação, da negociação ou da demanda, enclausurado que fica na exibição da força física pelo seu oponente ou esmagado pela arbitrariedade dos poderosos que se negam ao diálogo”: Dentre estes autores, Zaluar e Leal destacam Tavares dos Santos, cuja reflexão teórica é remetida a Foucault e Bourdieu. Como forma social contemporânea da violência, este autor propõe que se considere:

“excesso de poder que impede o reconhecimento do outro – pessoa, classe, gênero ou raça – mediante o uso da força ou da coerção, provocando algum tipo de dano, configurando o oposto das possibilidades da sociedade democrática contemporânea.”

As autoras trazem à cena a distinção entre conflito e violência. Não há violência no conflito quando há negociação, onde há manifestação da autonomia do sujeito.

Propõem o conceito de violência psicológica como violência simbólica. Distingue violência psicológica da socialização necessária pela atividade pedagógica. Sua questão é como se dá ou não a autonomização dos sujeitos dentro do sistema escolar dos alunos pobres e suas oportunidades educacionais. Alguns destes autores analisam a violência psicológica praticada pela escola contra o aluno pobre.

II- Violência no trabalho

Violência no trabalho tem sido abordada no Brasil através dos estudos que discutem as repercussões do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores. Ressaltam-se os estudos do sofrimento psíquico relacionado ao trabalho, dos acidentes de trabalho (intoxicação por metais, construção civil, por exemplo), os acidentes de trânsito e o trabalho infanto-juvenil^{3,4}.

Os efeitos da reestruturação produtiva, em especial no setor bancário, sobre a saúde mental dos trabalhadores também são analisados por alguns autores no país⁵. Nesta perspectiva, o setor saúde sofre as repercussões não só dos ajustes estruturais, como também das inovações organizacionais, tendo como principal efeito a precarização do trabalho no setor público de atenção à saúde⁶.

Além disso, o conceito de Assédio Moral no trabalho começa a ganhar as páginas das revistas de grande circulação fora do meio acadêmico, a partir do lançamento do livro de Hirigoyen⁷. Traduzido e publicado no Brasil em 2001 o livro discute o assédio moral na família e no trabalho.

Define a autora:

“Por assédio em um local de trabalho temos que entender toda e qualquer conduta abusiva manifestando-se sobretudo por comportamentos, palavras, atos, gestos, escritos que possam trazer dano à personalidade, à dignidade ou à integridade física ou psíquica de uma pessoa, por em perigo seu emprego ou degradar o ambiente de trabalho”.

Dejours⁸ também tem diversos de seus trabalhos traduzidos e bastante difundidos entre nós. Este autor assinala a banalização do sofrimento e da injustiça nos locais de trabalho, considerando os efeitos da reestruturação produtiva e da dinâmica do emprego nos países desenvolvidos, o que também ocorre em países em desenvolvimento. O medo de perda do emprego gera pactos de silêncio e omissão frente a situações de injustiça, em geral dirigida aos estratos hierárquicos da base.

Quanto à discriminação racial no trabalho, o Instituto Sindical Interamericano pela Igualdade Racial (INSPIR) publicaram o “Mapa da População Negra no Mercado de Trabalho”⁹ a partir de dados das Pesquisas de Emprego e Desemprego – PED. Seus resultados apontam que entre os trabalhadores negros está a maior proporção de ocupados em funções não-qualificadas. Quanto ao acesso às funções de direção e planejamento, que caracterizam as melhores remunerações e condições de trabalho e mais alto índice de escolaridade, os trabalhadores negros encontram-se em baixas proporções. Entre os negros a maior proporção em cargos de direção e planejamento está na cidade de Brasília - Distrito Federal (15,1%), e a menor na cidade de Salvador (5,9%). São as duas principais questões relacionadas à discriminação no trabalho: a discriminação no acesso ao trabalho o que faz com que os negros ocupem prioritariamente as funções mais desqualificadas e insalubres e a discriminação no acesso a promoção o que dificulta aos negros o acesso a cargos de direção e melhores salários. Quanto à discriminação cotidiana no trabalho não há dados mas estima-se que ocorra com muita frequência embora haja leis que punem aqueles que praticam ato de discriminação, uma vez que a sociedade brasileira, ex-escravista, é racista¹⁰.

III- Gênero e violência no trabalho

No “Dossiê Violência contra a Mulher”, elaborado pela Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (regional Pernambuco)¹¹, é assinalada a questão da violência institucional, com ênfase no assédio sexual. As recomendações da Plataforma de Ação Mundial da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, da qual o Brasil é signatário, incluem a adoção e aplicação de leis contra o assédio sexual¹² e a criação de programas para eliminação do assédio sexual nos locais de trabalho.

Em pesquisa realizada pelo Sindicato dos Trabalhadores Públicos da Saúde no Estado de São Paulo (SindSaúde – SP)¹³ sobre as condições de vida e trabalho da população feminina destacamos os resultados quanto à percepção de discriminação. Dos 90.000 trabalhadores deste setor, 71% são mulheres. A pesquisa foi realizada nos anos de 1996 e 1997, tendo sido respondida por 1200 mulheres.

No que diz respeito à discriminação, observou-se que mais de um terço das entrevistadas já havia se sentido afetada (33%). Destas, 12% afirmaram que as formas mais constantes de discriminação referem-se à idade, condição social e cultural, atividades políticas exercidas, não aceitação de clientelismo, estado civil e desacato profissional. Em seguida, 5% sentem-se discriminadas pela aparência física e 3% pela raça/cor. O mesmo percentual (3%) sente-se vítima de assédio sexual.

IV- O Papel da Cultura

Quanto ao papel da cultura nacional, ocupacional e profissional sobre a aceitação de comportamento violento, podemos nos reportar de forma bastante limitada ao problema no momento. A literatura sociológica e antropológica nos fornece algumas indicações no que diz respeito à cultura nacional, como o próprio mito de fundação das colônias ibéricas a partir do imaginário europeu sobre o “paraíso tropical”,¹⁴ ou a imagem do “homem cordial” difundida até poucas décadas atrás entre os brasileiros, que apontam não só para uma certa intolerância teórica com a violência mas também encobrem a existência de conflitos sociais no país. Especialmente os estudos de Alba Zaluar e as pesquisas do CLAVES deverão ser consultadas posteriormente para um aprofundamento deste aspecto.

V- Medidas de violência existentes

Quanto à área da saúde, sua implicação na investigação e na ação ocorre não só por atender às vítimas da violência social como também por considerar-se responsável pela elaboração de estratégias de prevenção. Alguns autores tematizam os efeitos das ações violentas para os indivíduos e para os sistemas de saúde.

Minayo e Souza apontam que, no Brasil, na década de 80 a violência foi considerada a segunda causa de óbito (29%), sendo que a maior parte referia-se a acidentes de trânsito e homicídios, com pequena participação dos suicídios. Quanto à morbidade, a imprecisão das ocorrências, a escassez de dados, a pouca visibilidade de certas formas de violência e a multiplicidade de fatores não permitem uma descrição que possa inicialmente conferir inteligibilidade ao dado estatístico. No entanto, as autoras sugerem uma associação entre lesão e medo e propõe a construção de uma Epidemiologia da violência.

Para apontar a magnitude do problema da violência no Brasil e suas repercussões para a saúde dos indivíduos, Zaluar e Leal apresentam principalmente dados de mortalidade. Outro indicador utilizado foi o de expectativa de vida, adotado pelo relatório de desenvolvimento humano no país, identificando um aumento do índice de mortes violentas entre jovens, diminuindo a expectativa de vida em 1997 (66,8).

A partir de meados dos anos 80, houve uma alta acentuada de mortes violentas (homicídios, suicídios e acidentes) de jovens, nas regiões metropolitanas do Rio de Janeiro e São Paulo. No Rio de Janeiro, a faixa etária mais ameaçada é a de 15 a 19 anos (dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade, do Ministério da Saúde).

A taxa de mortalidade por assassinato quase dobrou em Recife, aumentando de forma significativa em São Paulo, Rio de Janeiro, Manaus e Porto Alegre (dados do Centro de Epidemiologia da Fundação Nacional de saúde).

As autoras apresentam a hipótese do sub-registro, considerando as contingências judiciais que ameaçam os médicos nas regiões metropolitanas onde se instalou o que Zaluar (1999) denominou de crime-negócio.

Comparativamente aos EUA, a taxa de mortes violentas no Brasil é o dobro da apresentada por aquele país. O maior contingente afetado é do sexo masculino, e o Estado do Rio de Janeiro é o que apresenta taxas mais altas (**415,7 por 1.000.000 habitantes** em 1995 na faixa etária entre 20 e 24 anos).

Dentre as mortes violentas, houve um aumento impressionante de mortes por armas de fogo, não só entre a população masculina, mas também se verificou crescimento dos índices que apontam as mulheres como vítimas (5% ao ano).

A construção de indicadores epidemiológicos para o diagnóstico da situação da violência voltou a ser objeto de discussão da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES)¹⁵ e foi apontada a dificuldade de enfrentamento das políticas voltadas para o pessoal de saúde. A subnotificação, os erros de classificação e as disparidades entre as fontes (ex. saúde e polícia quanto à qualificação de homicídios) são alguns dos problemas referentes à qualidade dos dados. Este é um aspecto que precisa ser aprofundado no sentido de reconhecer os limites das pesquisas.

Não há no entanto, sistema de informação voltado especificamente para a violência contra os profissionais de saúde. Contatos com sindicatos e conselhos profissionais da área da saúde nos revelaram que chegam denúncias em vários deles mas nada é realizado, a não ser em alguns que orientam para abertura de processo criminal. Esses dados, no entanto, não estão completos uma vez que várias dessas instituições não se pronunciaram.

VI- Conhecimento existente em violência no trabalho no setor saúde no país

A produção acadêmica sobre violência no trabalho no setor saúde é uma produção ainda restrita, considerando as bases de dados consultadas¹⁶. Considerando os limites deste trabalho, iremos apresentar a produção centrada geograficamente no eixo Rio-São Paulo, duas das maiores cidades no país em termos censitários e que apresentam problemas semelhantes no trato com a violência social.

O contexto em que se desenvolve esta pesquisa é extremamente pessimista no que diz respeito às relações entre violência e saúde na cidade do Rio de Janeiro. Os cortes econômicos anunciados¹⁷ nas áreas de saúde e educação - como saneamento e infra-estrutura urbana dentre outras - vem sobrepor-se a uma situação anterior de extrema desigualdade na utilização dos recursos sociais.

O problema da violência nas unidades de saúde permitiu uma produção científica que tenta compreender os determinantes da violência, inclusive contra os profissionais de saúde, e a propor algumas medidas de caráter imediato. Skaba¹⁸ estudou um hospital municipal público na cidade do Rio de Janeiro, tendo como arcabouço teórico os conceitos de processo de trabalho, sofrimento no trabalho e violência social. Através de um estudo etnográfico, a autora buscou identificar as representações sociais dos usuários no que diz respeito à qualidade dos serviços prestados pela emergência do hospital.

A autora assinala que os limites na distinção entre acidente e ato violento ocorrem devido à imprecisão na delimitação devida à própria complexidade dos fatores envolvidos em sua causação.

De acordo com a literatura consultada pela autora, pode-se perceber um aumento dos eventos explicitamente relacionados à violência social entre maio de 95 e maio de 96 e os principais efeitos da violência social sobre o sistema de saúde, como os custos com número de leitos, localização, distribuição e grau de complexidade e resolutividade.

A autora apresenta os resultados considerando as relações de trabalho estabelecidas no sistema de saúde de acordo com as representações dos atores sociais. Quanto à relação entre profissionais de saúde e usuários, a autora enfoca principalmente a reprodução da violência social nesta relação, quando a distribuição dos serviços de saúde pode estar vinculada ao “mérito” do paciente, ou seja, quando determinados grupos sociais são preteridos no

atendimento por sua inserção de classe ou racial. Este tipo de percepção se opõe às noções de universalidade e equidade presentes teoricamente no âmbito das políticas de saúde pública.

Quanto à situação dos profissionais de saúde enquanto vítimas da violência no local de trabalho, a autora aponta principalmente as angústias relacionadas a conflitos éticos e morais no trabalho. Além disso, assinala sua percepção do aumento de demissões voluntárias nos anos recentes devido à insegurança e aos baixos salários destes profissionais.

Quanto à representação dos usuários do sistema de saúde, um primeiro tópico a ser abordado é a procura do setor de emergência como alternativa à insuficiência de recursos ambulatoriais para a totalidade da população. Não sendo interessante abordar a violência social de forma genérica, a autora propõe políticas de prevenção que abranjam diferentes aspectos: desde a irresponsabilidade pessoal – imputada a problemas de alcoolismo – até as condições de vida precárias de grande parte da população.

Nas conclusões, a autora assinala a necessidade de reformas estruturais que fortaleçam a democracia e os direitos sociais da população, além de intervenções pontuais. Dentre elas, campanhas educativas para diminuição dos acidentes de trânsito; controle sobre as armas de fogo; qualificação dos agentes de segurança (ou vigilantes); estímulo à interação destes profissionais com os outros profissionais de saúde; supervisão à formação de jovens acadêmicos, principalmente quanto a aspectos éticos; aumentar o fluxo de informações para os familiares acerca de seus pacientes; sugestão de incrementar a alocação de mais assistentes sociais em horários que não estão disponíveis; leitos de apoio para os “casos sociais” ao lado do controle social sobre as casas de saúde que assumissem este tipo de internação; investimento na construção da consciência social do servidor público. Conclui que os profissionais encontram-se ameaçados neste contexto social e sanitário, ao lado dos pacientes em sua procura por atendimento.

Em Deslandes¹⁹, embora sua pesquisa não esteja centrada na violência desferida contra os profissionais de saúde, mas em como a inserção destes profissionais nos serviços de saúde pode até mesmo reproduzir a violência social, nos dois hospitais estudados, foi identificada em todos os profissionais uma experiência recente (própria ou entre colegas) de conflitos, ameaças e/ou agressões físicas envolvendo profissionais, pacientes e familiares. Nos depoimentos, os profissionais apontam como motivos para a agressão dos pacientes:

- ◆ Espera considerada excessiva pelo atendimento;
- ◆ Desejo do familiar que seu paciente seja tratado de forma especial ou imediatamente;
- ◆ Representação sobre descaso no atendimento;
- ◆ Iminência da morte do paciente.

Alguns profissionais perceberiam a associação que o usuário faz entre o profissional de saúde que o atende e o exercício do poder público, no caso, de forma insatisfatória ou insuficiente para este usuário. Já para outros entrevistados, a violência contra os profissionais de saúde é considerada muitas vezes “irracional” ou “gratuita”.

Além disso, o atendimento a baleados geraria o medo de invasões de bandos armados nos espaços físicos das emergências com conseqüências para a equipe, os outros pacientes e as instalações físicas. Segundo a autora, este medo não é infundado, segundo depoimentos dos entrevistados (médicos, enfermeiras e auxiliares de enfermagem).

Em pesquisa realizada por alunos da graduação em Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro como prática da disciplina Saúde e Trabalho, orientada por professores do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva, foi identificada a percepção da agressão por pacientes como acidente de trabalho em 14% de um total de 21 funcionários entrevistados de um serviço de emergência do município do Rio de Janeiro considerado exemplar na América Latina²⁰.

Não só no Rio de Janeiro, mas também em São Paulo, a descrição de situações de violência contra o profissional de saúde tem demonstrado a preocupação com o fenômeno. De forma mais articulada, o Sindicato dos Médicos do Estado de São Paulo (Simesp) desenvolveu uma pesquisa na área geográfica da Grande São Paulo, com uma amostra correspondendo a 1,52% da população de médicos²¹.

Na análise qualitativa, os dados são muito semelhantes aos encontrados por Deslandes: ameaça à integridade física dos profissionais de saúde por usuários em busca de atendimento imediato ou preferencial e resgate de presos após trocas de tiros. Os médicos referiram-se a “precárias condições de segurança nos postos de trabalho”, especialmente no setor público.

O instrumento utilizado foi um questionário com perguntas fechadas acerca da natureza da violência. Embora mais da metade (cerca de 60%) não referissem terem sido vítimas de violência, cerca de 40% dos entrevistados (homens e mulheres) foram ameaçados ou sofreram algum tipo de agressão. Os tipos de violência definidos na pesquisa são: ameaça, assalto e agressão. A maior frequência foi de ameaças, em segundo lugar ficaram os assaltos, seguidos pela agressão (cerca de 14%). Outros tipos de violência foram mencionados em menor proporção: assédio sexual e seqüestro-relâmpago.

Conferindo maior dramaticidade a estes dados, cerca de 23% assinalou que a exposição a atos violentos ocorreu de três a quatro vezes e cerca de 18% expuseram-se a mais de cinco vezes. Os relatos de violência diferem significativamente entre postos de trabalho nos hospitais públicos e nos hospitais privados: 74% e 26%, respectivamente.

Em termos de localização por especialidade, os postos de trabalho nos prontos-socorros sofreram maior violência (cerca de 62%), em seguida os ambulatórios (cerca de 24%) e por último os consultórios (cerca de 14%).

A ação preventiva sugerida pelo sindicato parte do diagnóstico da “falta de segurança” nas unidades públicas. Mas o que se entende por aumento da segurança? Este tipo de solução para o problema da violência é questionado por estudos nacionais²² e internacionais²³ quanto à sua eficácia. Colocar grades, barreiras, muros nem sempre resulta em diminuição das agressões, em especial das agressões verbais. Também não se constitui em solução seja para o assédio sexual ou o assédio moral.

Não foram encontrados estudos específicos sobre a violência como objeto privilegiado de análise entre o pessoal de enfermagem. No entanto, Loureiro dos Santos²⁴ refere-se a situações de medo da violência em um serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias/AIDS no Brasil entre trabalhadoras de enfermagem (auxiliares e técnicas de enfermagem). Eram considerados agressores potenciais (e reais segundo depoimentos) os usuários de drogas.

Mais recentemente, os profissionais de saúde do Instituto Nacional do Câncer (INCA) promoveram um debate interinstitucional sobre a questão da violência contra estes profissionais envolvendo o cuidado paliativo em atenção domiciliar²⁵. Embora não tenha sido explicitado o tipo de agressão, foram referidos problemas com agentes do narcotráfico, envolvendo armas de fogo.

SEÇÃO B (a investigação)

I- OBJETIVOS

O objetivo do estudo desses casos consiste em apresentar provas (específicas do país) e soluções práticas relativas a violência no setor de saúde. Através do recolhimento de informações existentes e analisando informações recentemente obtidas o estudo apontará para a identificação de fatores de risco como também melhores práticas de intervenções da antiviolaência no determinado contexto sócio-cultural. Este trabalho servirá como uma base para a formulação de diretrizes para prevenção e estratégias de combate a violência no setor de saúde.

II- METODOLOGIA

Foram utilizados métodos quantitativos e qualitativos de pesquisa. O material qualitativo foi constituído a partir da realização de grupos focais e entrevistas e o quantitativo, de um inquérito confidencial com questionário padronizado, respondido por 1.569 profissionais de saúde.

1.1. Parte qualitativa

Descrição dos métodos usados para coleta e análise de dados.

Foram realizados 4 grupos focais com grupos homogêneos de trabalhadores de nível elementar (1), médio (1) e superior (1), de representantes de sindicatos e de conselhos profissionais (1). Foram realizadas entrevistas com uma autoridade de saúde (responsável pelo programa violência), uma juíza do trabalho, um deputado estadual e um representante da Associação de Hospitais do Rio de Janeiro. Foi realizada uma apresentação de resultados preliminares com representantes de Conselhos Distritais de Saúde¹ e representante da Secretaria Estadual de Saúde.

Outro procedimento de pesquisa foi visitar os sindicatos e conselhos de profissionais de saúde para coletar dados estatísticos sobre violência no trabalho no setor saúde e para saber o que é feito para proteger os trabalhadores da violência. Os entrevistadores foram instruídos a ter um contato com todos as organizações. Neste contato os entrevistadores levaram uma carta solicitando dados de violência no setor de trabalho e perguntaram ao recepcionista quais os procedimentos da instituição se um membro da categoria chegar ao conselho/sindicato com uma queixa de ter sofrido uma violência.

Nos grupos focais²⁶ as coordenadoras atuaram principalmente em duplas. Foram utilizados gravadores, por vezes acompanhados de filmadoras, ou, em alguns casos, apenas as anotações dos observadores/ coordenadores.

Os grupos focais e as entrevistas seguiram o mesmo roteiro de perguntas (ANEXO 1), com o objetivo de não só obter informação em profundidade, como também permitir um espaço para autodiagnóstico dos atores implicados²⁷. Cada participante assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2).

As entrevistas foram realizadas nos locais de trabalho dos entrevistados.

¹ Conselho Distrital de Saúde – A cidade do Rio de Janeiro é dividida em regiões chamadas áreas programáticas de saúde. Para cada área existe um conselho distrital de saúde, responsável pelo controle social das ações de saúde da região. Participam dos conselhos representantes de usuários, representantes de sindicatos da área de saúde e representantes dos prestadores de serviços de saúde.

Consideramos também como material qualitativo as observações informais de campo dos entrevistadores. Todos os entrevistadores foram instruídos a relatar as visitas aos estabelecimentos de saúde, particularmente como a pesquisa foi recebida pelo pessoal de saúde e pela administração e os casos de violência relatados ou observados. Esses relatos também fazem parte do material qualitativo da pesquisa.

Limites: dificuldade de reunir os grupos focais, em geral com baixa frequência de pessoas às reuniões. No caso dos grupos de gerentes, a ausência foi total, embora convidados.

1.2. Parte quantitativa

Após estudo da distribuição dos estabelecimentos de saúde na Cidade do Rio de Janeiro (ANEXO 3), a equipe optou por estratificar os estabelecimentos em oito grupos para contemplar na amostra a mesma diversidade de estabelecimentos encontrada na cidade, levando em conta o escasso tempo para concluir a pesquisa.

Tabela 1: Classificação dos estabelecimentos de saúde estudados

	PÚBLICO		PRIVADO	
	Total de estabelecimentos	Amostra	Total de estabelecimentos	Amostra
Estabelecimento de saúde com internação	56	3	160	3
Estabelecimento de saúde sem internação	101	3	398	Vários *
Estabelecimento de saúde especializado com internação	12	2	50	2
Estabelecimento de saúde especializado sem internação	9	-	313	1

*incluídos consultórios particulares (32) e clínicas(4).

A estratégia de amostragem incluiu três estágios. O primeiro foi a seleção das unidades de estudo. Algumas unidades de saúde típicas foram selecionadas de cada grupo de acordo com o consenso da equipe (TABELA 2 e TABELA 3): um hospital universitário, um hospital geral federal, um hospital de emergência (3 unidades de saúde com internação); 2 hospitais públicos especializados, 2 centros de saúde municipais e um posto de saúde comunitário (3 estabelecimentos públicos sem internação); 3 unidades privadas com internação; 2 estabelecimentos privados especializados com internação; 1 estabelecimento de saúde especializado sem internação; unidades ambulatoriais privadas. Foram incluídas quatro equipes de ambulância do corpo de bombeiros.

O segundo estágio os trabalhadores da saúde foram estratificados em três grupos: de acordo com o nível de qualificação em universitário e técnico ou elementar e administrativo.

O terceiro estágio, de cada estabelecimento foi feita distribuição da amostra de acordo com o nível de qualificação. De cada estabelecimento foi recebida uma lista de trabalhadores incluindo o local onde eles trabalhavam e a categoria profissional independentemente do vínculo de trabalho com a instituição. Em cada estrato de nível de qualificação foram calculados os números de representantes de cada categoria profissional proporcionais a sua distribuição na unidade de saúde, garantindo que todos os cargos, setores e categorias profissionais fossem contemplados (TABELA 2 e 3).

Tabela 2: Distribuição da amostra por tipo de estabelecimento público e nível de qualificação

	TIPO DE UNIDADE DE SAÚDE															TOTAL PÚBLICO
	COM INTERNAÇÃO										SEM INTERNAÇÃO					
	Geral					Especializado					Geral					
	A	B	C	Am*	POP**	D	E	Am*	POP**	F	G	H	Am*	POP**	EMER G	
Universitário	76	81	48	205	17551	10	12	22	1918	14	14	29	57	4528		
Técnico e auxiliar	99	99	53	251	22619	10	14	24	1945	14	14	40	68	4746		
Administração	54	77	40	171	11296	10	4	14	1353	12	12	16	40	4116		
TOTAL	229	257	141	627	51469	30	30	60	5216	40	40	85	165	13390	18	

Tabela 3: Distribuição da amostra por tipo de estabelecimento privado e nível de qualificação

	TIPO DE UNIDADE DE SAÚDE														TOTAL PRIVADO
	COM INTERNAÇÃO										SEM INTERNAÇÃO				
	Geral					Especializado					Geral	Especi alizado	Consult órios ou clínicas		
	I	J	K	Am*	POP**	L	M	Am*	POP**	N	O		Am*	POP**	
Universitário	43	30	30	103	11534	18	4	22	1499	35	60		95	10002	
Técnico e auxiliar	67	40	47	154	11419	17	4	21	1467	6	15		21	2488	
Administração	72	18	47	137	9639	15	4	19	1614	---	25		25	4052	
TOTAL	182	88	124	394	32682	50	12	62	4580	41	100	102	243	16542	

* Amostra – tamanho da amostra de cada categoria

**População – número de trabalhadores de cada categoria.

O perfil demográfico da amostra pode ser visto na tabela 4.

Tabela 4: Características demográficas da amostra.

Sexo	N	%
Masculino	489	31.5%
Feminino	1061	68.5%
Idade (anos)		
19 ou menos	28	1.8%
20-24	184	11.8%
25-29	217	13.9%
30-34	233	14.9%
35-39	240	15.4%
40-44	222	14.2%
45-49	208	13.3%
50-54	136	8.7%
55-59	50	3.2%
60+	43	2.8%
Estado Civil		
solteiro	545	34.9%
casado	636	40.7%
Vivendo com parceiro	178	11.4%
Separado/divorciado	169	10.8%
Viúvo (a)	35	2.2%

Quem são os migrantes da área da saúde? (tabelas 5 e 6)

Tabela 5: Caracterização dos migrantes quanto à origem.

REGIAO	Freq	Percentual	Cumulativo
NORTE	15	7.9%	7.9%
NORDESTE	78	41.3%	49.2%
SUL	14	7.4%	56.6%
SUDESTE	64	33.9%	90.5%
CENTRO-OESTE	9	4.8%	95.2%
OUTRO PAÍS	9	4.8%	100.0%
Total	189	100.0%	

Tabela 6: Caracterização dos migrantes quanto à categoria profissional.

Categoria Profissional	N	%	Cumulativo.
MEDICO	41	20.10%	20.10%
ENFERMEIRO	9	4.40%	24.50%
PROFISSÕES ALIADAS	21	10.30%	34,80%
ADMINISTRACAO	24	11.80%	46.60%
EQUIPE TECNICA	16	7.80%	54.40%
EQUIPE APOIO	38	18.60%	73.00%
AUXILIAR	39	19.10%	92.20%
OUTRO _____	16	7.80%	100.00%
Total	204	100.00%	

Para a realização do inquérito contamos com a participação de 21 alunos da Faculdade de Medicina, 14 do curso de Fisioterapia e 06 do curso de Medicina, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Os 20 alunos selecionados receberam 20 horas de treinamento incluindo desde a abordagem da direção do estabelecimento e de cada funcionário, respeitando a autonomia dos sujeitos, a aplicação do questionário (garantindo na medida do possível a privacidade para cada um responder o formulário² - ANEXO 4), a codificação e digitação dos questionários. Foram feitos diversos pré-testes e ajustes no questionário para que fosse bem compreendido pelos entrevistados de todos os níveis socio-culturais (ANEXO 5).

O trabalho de campo se desenvolveu, com contato telefônico com o representante do estabelecimento escolhido como uma primeira aproximação para sabermos do interesse de participação no estudo. Após esse primeiro contato, um integrante da equipe técnica visitava o estabelecimento para apresentação do projeto para a diretoria ou representante designado pela mesma. Somente após a aprovação do projeto pela direção do estabelecimento um integrante da equipe do projeto conduzia os entrevistadores formalmente identificados, para que fossem apresentados aos trabalhadores e responsáveis por setores.

Em cada estabelecimento de saúde os grupos de entrevistadores seguiram os seguintes procedimentos:

- 1- distribuição para todos os trabalhadores de carta explicativa dos objetivos da pesquisa, todos os seus procedimentos, relevância, riscos e benefícios (ANEXO 6);
- 2- negociação com a direção do estabelecimento de local e horário para realização das entrevistas;
- 3- não foi solicitada a assinatura de termo de consentimento uma vez que havia tanto na carta distribuída quanto na folha de rosto do questionário, uma explicação detalhada da pesquisa e uma garantia de compromisso da equipe quanto à confidencialidade dos dados e quanto ao

² Em alguns casos foi solicitado que o entrevistador formulasse as perguntas, quando havia muita dificuldade de compreensão, em outros, quando o entrevistado era analfabeto, o entrevistador ofereceu ajuda para preencher o formulário. Na maioria dos casos o questionário foi de auto-resposta.

retorno dos dados para os sujeitos da pesquisa (admitiu-se que a assinatura do termo iria identificar os respondentes);

4- após garantir que o trabalhador lesse a carta distribuída e a folha de rosto do questionário, uma vez que o trabalhador manifestasse seu interesse em participar, ele era solicitado a preencher o formulário e o entrevistador aguardava a seu lado, ou lia o questionário quando solicitado pelo trabalhador.

As dificuldades encontradas foram muitas, em vários estabelecimentos de saúde, o tempo decorrido entre o primeiro contato e a aprovação foi muito longo, vários estabelecimentos contatados não autorizaram a realização da pesquisa. As maiores dificuldades foram encontradas na rede privada e um dos estabelecimentos públicos se recusou a participar do projeto.

Outras dificuldades enfrentadas nos estabelecimentos de saúde foram: resistência de alguns supervisores em liberar funcionários para preencher o formulário, o que em alguns momentos atrasou a realização da pesquisa; resistência encontrada com maior frequência em algumas categorias profissionais que, mesmo reconhecendo a importância do trabalho para a área, alegavam não dispor de tempo para responderem; greve no setor público, primeiro federal e depois municipal. A greve na Universidade e no serviço público federal durou mais de cem dias.

***Limites :** É importante destacar que embora a amostra tenha sido selecionada segundo os critérios expostos acima, garantindo que ela pudesse representar a população de profissionais de saúde lotados na cidade do Rio de Janeiro, o número limitado de estabelecimentos pode ter introduzido algum viés*

III - RESULTADOS

III.1 - Resultados do Inquérito

1 - Característica da violência no trabalho no setor saúde.

No questionário utilizado a violência foi classificada em 5 tipos distintos: Violência física, agressão verbal, assédio moral, assédio sexual e discriminação racial.

Quarenta e sete por cento dos entrevistados informaram ter sido vítimas de algum tipo de violência. A tabela 7 mostra a frequência de pessoas com queixa de violência. Cinquenta e três por cento informaram não ter sofrido nenhuma violência no último ano. Duas pessoas, 0,1% informaram que sofreram todos os tipos de violência, 27,5% informaram agressão de um só tipo.

Tabela 7: Frequência de pessoas que sofreram violência por frequência de tipos.

VITIMAS	Freq.	Percentual	Cumulativo
0	836	53.3%	53.3%
1 tipo	432	27.5%	80.8%
2 tipos	206	13.1%	93.9%
3 tipos	75	4.8%	98.7%
4 tipos	18	1.1%	99.9%
5 tipos	2	0.1%	100.0%
Total	1569	100.0%	

A violência mais comum é a agressão verbal com uma proporção de pessoas que experimentaram este tipo de violência no último ano de 39,5%, seguida pelo assédio moral com 15,2%, seguida pela agressão física com 6,4%, 5,7% foi a proporção de pessoas que sofreram assédio sexual e 5,3%, discriminação racial. Para caracterizar cada tipo de violência quanto à frequência de sua ocorrência a análise dos resultados revelam ser “algumas vezes” a resposta mais frequentemente dada para todos os tipos de violência. Chama atenção que 0,4% da população alvo tenha sido vítima de ataque com arma de fogo (tabela 8).

Tabela 8 – Vítimas de violência por tipo de violência - homens e mulheres

Tipo de Violência	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Total de entrevistados	489		1061		1569	
Violência física (total)	36	7.4%	65	6.1%	101	6.4%
Viol física com arma	3	0.6%	4	0.4%	7	0.4%
Viol física sem arma	33	6.7%	61	5.7%	94	6.0%
Agressão verbal (total)	191	39.1%	430	40.5%	621	39.5%
Todo o tempo	23	4.7%	37	3.5%	60	3.8%
Algumas vezes	116	23.7%	268	25.3%	384	24.4%
Uma vez	48	9.8%	120	11.3%	168	10.7%
Assédio moral (total)	83	17.0%	156	14.7%	239	15.2%
Todo o tempo	9	1.8%	15	1.4%	24	1.5%
Algumas vezes	48	9.8%	97	9.1%	145	9.2%
Uma vez	22	4.5%	38	3.6%	60	3.8%
Assédio sexual (total)	37	7.6%	52	4.9%	89	5.7%
Todo o tempo	7	1.4%	5	0.5%	12	0.8%
Algumas vezes	18	3.7%	27	2.5%	45	2.9%
Uma vez	11	2.2%	18	1.7%	29	1.8%
Discriminação racial (total)	22	4.5%	61	5.7%	83	5.3%
Todo o tempo	2	0.4%	6	0.6%	8	0.5%
Algumas vezes	13	2.7%	37	3.5%	50	3.2%
Uma vez	4	0.8%	15	1.4%	19	1.2%

2. Perpetradores relativos às diferentes formas de violência (quem)

Para caracterizar quem são os agressores, apresentamos alguns gráficos que mostram o número de agressões (primeiro qualquer tipo de violência seguido por cada tipo de violência) por tipo de agressor.

Gráfico 1

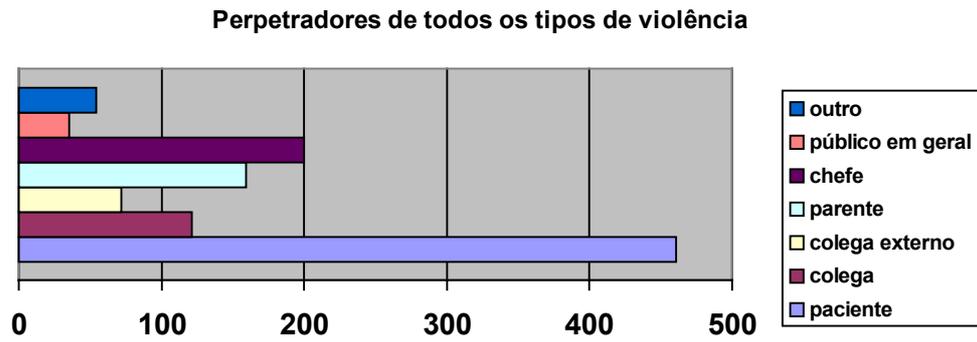


Gráfico 2:

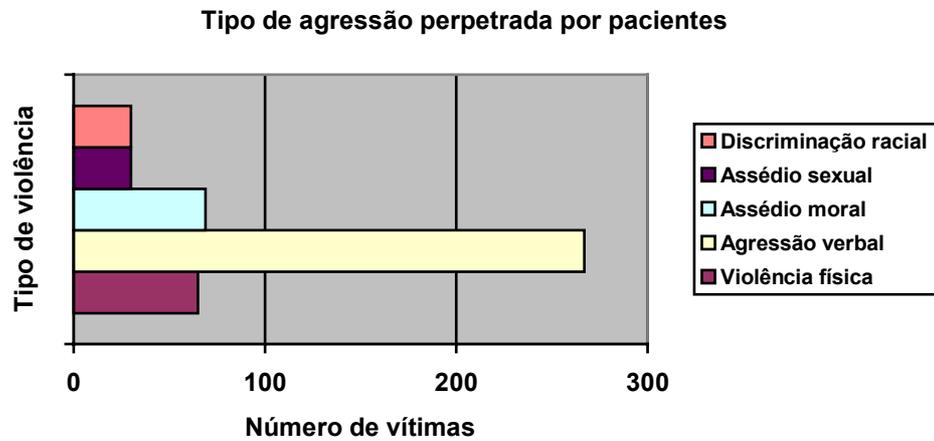


Gráfico 3

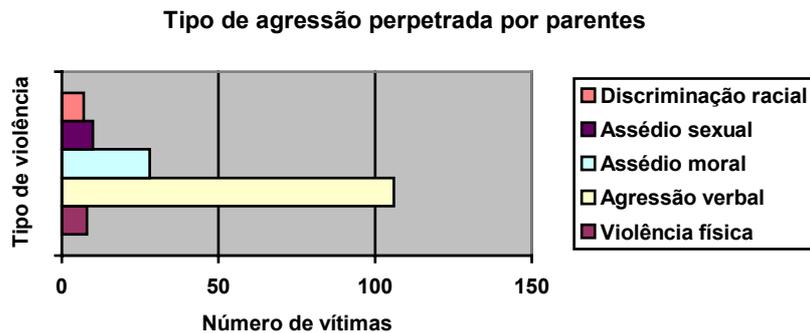


Gráfico 4

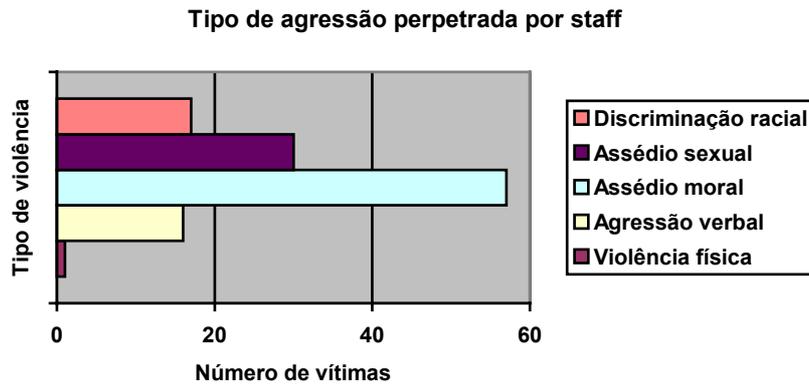
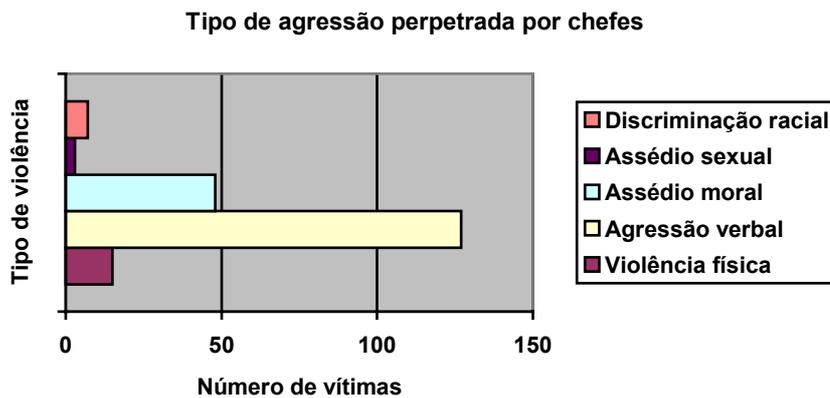
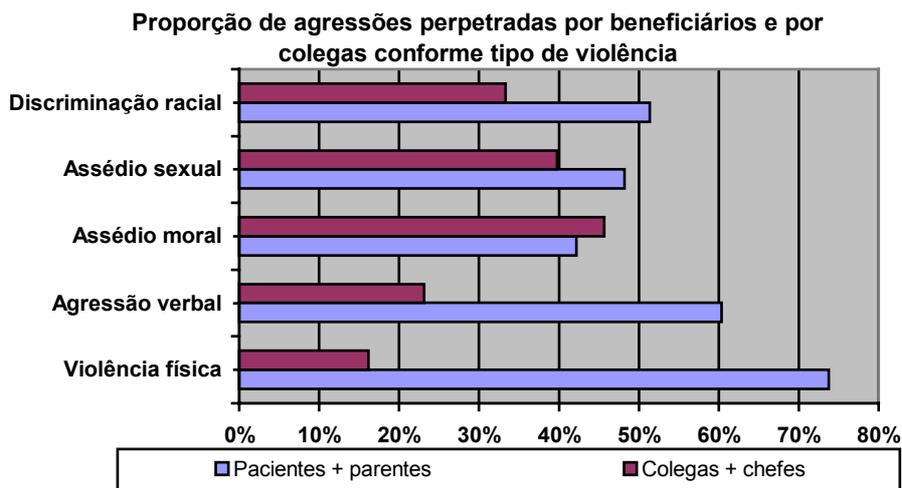


Gráfico 5



No gráfico 6 é interessante notar que entre as agressões por discriminação racial e por assédio sexual, o grupo de beneficiários dos serviços prestados é os mais implicado, embora com uma diferença menor do que o grupo colegas mais chefes. Enquanto isso, quando se trata de agressão moral o grupo de staff + chefes é o que tem a maior frequência relativa.

Gráfico 6



Conforme pode ser visto nos gráficos 7 e 8 para cada grupo de profissão há uma distribuição característica de tipos de perpetradores.

Gráfico 7

Distribuição das agressões por perpetrador por categoria profissional.

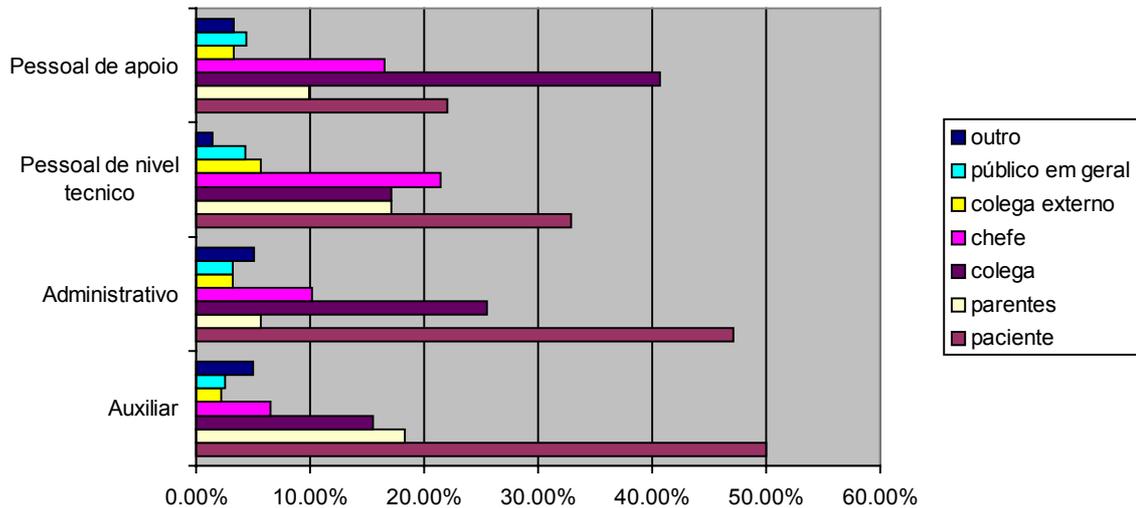
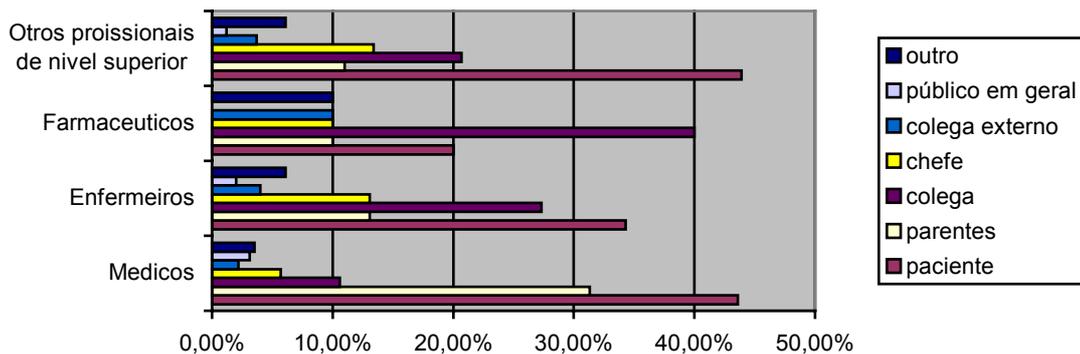


Gráfico 8

Distribuição das agressões por perpetrador por categoria profissional.



Quanto à distribuição do tipo de perpetrador por categoria profissional da vítima, quarenta e quatro por cento das agressões sofridas por médicos foram perpetradas por pacientes, e trinta e um por cento por parentes dos pacientes, que somadas 75% são os beneficiários do serviço prestado. No grupo das enfermeiras se tomarmos a proporção de agressões por colegas e chefes, essa proporção é de 40,4%. Para os auxiliares, somando as agressões por pacientes

(50%) às dos parentes teremos uma proporção de 68,3% das agressões sofridas e por staff e chefes essa proporção é de 22% (tabela 9).

Tabela 9 –Proporção de agressões praticadas pelos beneficiários dos serviços prestados (pacientes e seus parentes) e pelo pessoal de saúde (colegas e chefes) para cada categoria profissional

	Pac+parentes	Staff + chefes
Médico/a	74.9%	16.3%
Enfermeiro/a	47.4%	40.4%
Auxiliar	68.3%	22.0%
Administração	52.8%	35.7%
Outras profissões de nível superior	54.9%	34.1%
Técnicos	50.0%	38.5%
Pessoal de apoio	31.9%	57.2%

2.3. Características demográficas das vítimas da violência

Idade

A frequência da periodicidade com que ocorre este tipo de violência concentra-se, em todas as faixas etárias, porém, as que apresentam risco maior de violência no último ano estão entre 30 e 39 e entre 55 e 59 anos (tabela 10).

Tabela 10: Frequência de vítimas por faixa etária

	Amostra	Vítimas	%
19 ou menos	28	12	42.9%
20-24	184	86	46.7%
25-29	217	99	45.6%
30-34	233	117	50.2%
35-39	240	122	50.8%
40-44	222	101	45.5%
45-49	208	103	49.5%
50-54	136	51	37.5%
55-59	50	26	52.0%
60 +	43	14	32.6%

Estado Civil

O estado civil mais associado à violência é o separado/divorciado (tabela 11). Entretanto, nada nos conduz a acreditar que seja um fator causal para violência.

Tabela 11: Freqüência de vítimas por estado civil.

	Amostra	Vítimas	%
Solteiro/a	545	244	44.8%
Casado/a	636	300	47.2%
Amancebado/a	178	88	49.4%
Separado/divorciado/a	169	90	53.3%
Viúvo/a	35	11	31.4%

Grupo étnico

Entre os que responderam (1213 pessoas) à pergunta sobre pertinência a grupo étnico, 69,2% são do grupo majoritário no trabalho e 30,8% são do grupo minoritário no trabalho. Há uma maior freqüência de vítimas no grupo minoritário (52,8%). O grupo minoritário é mais atingido pela discriminação racial (9,7%) do que o grupo majoritário (3,0%) (tabela 12).

Tabela 12: Freqüência de vítimas conforme pertinência a grupo étnico majoritário ou minoritário no local de trabalho.

	Grupo étnico				RR (p-valor)
	Majoritário		Minoritário		
	N	%	N	%	
Amostra	840		373		
Vítimas	390	46.4%	197	52.8%	1.14 (p<0.05)
Violência física (total)	50	6.0%	28	7.5%	ns
Agressão verbal (total)	334	39.8%	166	44.5%	ns
Assédio moral (total)	133	15.8%	56	15.0%	ns
Assédio Sexual (total)	43	5.1%	25	6.7%	ns
Discriminação racial (total)	25	3.0%	36	9.7%	2.02 (p<0.001)

* ns – não significativo.

Sexo

Para os homens, detectam-se freqüências maiores em relação às mulheres quanto a assédio moral (16,2%) e assédio sexual (7,4%) e, em menor grau, quanto à violência física (7,4%), configurando-se a população masculina deste estudo como mais suscetível a sofrer estes tipos de violência (tabela 13). O entendimento da categoria assédio sexual pelos homens ou o medo em tornar pública esta questão pelas mulheres podem ter interferido nas diferenças encontradas entre os gêneros. Isto não implica que os homens não possam ser vítimas deste tipo de violência, especialmente considerando que existem outras orientações sexuais além da heterossexual. O nível de ocupação dos cargos de chefia no setor saúde pelas mulheres também deve ser observado, tanto em relação ao assédio sexual quanto ao assédio moral.

Tabela 13: Distribuição das vítimas por sexo e tipo de violência sofrida.

	Sexo			
	Masculino		Feminino	
	N	(%)	N	(%)
Amostra	489		1061	
Vítimas	223	45.6%	501	47.2%
Violência física (total)	36	7.4%	65	6.1%
Agressão verbal (total)	187	38.2%	425	40.1%
Assédio moral (total)	79	16.2%	150	14.1%
Assédio sexual (total)	36	7.4%	50	4.7%
Discriminação racial (total)	19	3.9%	58	5.5%

Grupo profissional

Considerando a violência sofrida no último ano pelos vários grupos profissionais, verificamos que as enfermeiras constituem o grupo com maior proporção de vítimas (62,4%) e foi o grupo que teve 1,37 vezes mais vítimas por qualquer tipo de violência no último ano do que as outras categorias profissionais considerando todas juntas.

Entretanto, como pode ser visto na tabela 14, ser homem aumenta o risco de sofrer violência para pessoal de apoio (RR = 1.58; $p < 0.05$). Ser mulher aumenta o risco de sofrer violência para os médicos (RR = 1.26; $p < 0.05$ – para as outras categorias profissionais o RR não é estatisticamente significativo).

Tabela 14: Proporção de vítimas por grupo profissional e gênero.

	Masculino			Feminino			RR	p-valor
	Amostra	Vítimas	%	Amostra	Vítimas	%		
Médico	154	70	45,5%	140	80	57,1%	1.26	$p < 0.05$
Enfermeiro/a	12	8	66,7%	88	55	62,5%	ns	
Auxiliar	60	38	63,3%	292	150	51,4%	ns	
Administração	52	22	42,3%	146	73	50,0%	ns	
Outras profissões de nível superior	44	18	40,9%	121	44	36,4%	ns	
Técnicos	49	21	42,9%	54	24	44,4%	ns	
Pessoal de apoio	57	24	42,1%	120	32	26,7%	1.58	$p < 0.05$

Quanto à violência física, destacam-se os auxiliares, grupo que teve 12% dos profissionais agredidos fisicamente, seguido pelo grupo de enfermeiras (9,9% de vítimas de violência física) e pelos médicos com 5,7% (tabela 15).

Os grupos que apresentaram maiores frequências de abuso verbal, foram enfermeiros, farmacêuticos e médicos. O grupo pertencente às outras profissões de nível superior apresentou frequência de 29,9% (tabela 15).

Quanto ao assédio moral os profissionais mais atingidos foram os enfermeiros, os auxiliares e o pessoal administrativo (tabela 15).

Considerando as profissões mais atingidas, notam-se diferenças quanto aos relatos de assédio sexual. Os médicos foram os que mais sofreram assédio sexual com 8,1% (tabela 15).

Os profissionais que mais sofreram discriminação racial foram o pessoal técnico e o de suporte com 10,6% e 8,4%, respectivamente (tabela 15).

Tabela 15: Vítimas por grupo profissional e por tipo de violência.

	Amostra	Vítimas	Violência física	Agressão verbal	Assédio moral	Assédio sexual	Discriminação racial
Médico/a	296	150	17	135	44	24	7
		50,7%	5,7%	45,6%	14,9%	8,1%	2,4%
Enfermeiro/a	101	63	10	55	21	5	5
		62,4%	9,9%	54,5%	20,8%	5,0%	5,0%
Farmacêutico/a	14	7	0	7	2	0	1
		50,0%	0,0%	50,0%	14,3%	0,0%	7,1%
Ambulância	8	2	0	2	0	0	0
		25,0%	0,0%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Auxiliar	359	191	43	160	63	16	20
		53,2%	12,0%	44,6%	17,5%	4,5%	5,6%
Administração	200	96	6	87	34	12	13
		48,0%	3,0%	43,5%	17,0%	6,0%	6,5%
Outras profissões de nível superior	167	62	6	50	9	10	2
		37,1%	3,6%	29,9%	5,4%	6,0%	1,2%
Técnicos	104	46	4	36	15	4	11
		44,2%	3,8%	34,6%	14,4%	3,8%	10,6%
Pessoal de apoio	178	57	5	41	22	9	15
		32,0%	2,8%	23,0%	12,4%	5,1%	8,4%
Outros	126	52	7	39	20	5	4
		41,3%	5,6%	31,0%	15,9%	4,0%	3,2%

Posição hierárquica

Destacam-se quanto à violência física (tabela 16), o grupo de staff (6,4%), já que estão na linha de frente. Sete pessoas sofreram violência com arma de fogo.

O grupo dos diretores também chama atenção (11,1%) embora o número de pessoas pertencentes a essa categoria, na nossa amostra, seja muito pequeno (n=18).

Chefias intermediárias são bastante agredidas verbalmente (43,4%) embora a maior incidência no último ano seja no grupo de diretores (44,4%). As chefias intermediárias, por sua posição, devem se relacionar com níveis hierárquicos diferentes e opostos, encontrando-se frequentemente em tensão, o que pode sugerir alguma relação para a incidência encontrada.

Estudantes são os mais atingidos pelo assédio sexual e discriminação racial (9,5% e 7,1% respectivamente).

Tabela 16: Vítimas por posição no trabalho e tipos de violência.

	Amostra	Vítimas	Violência física	Agressão verbal	Assédio moral	Assédio sexual	Discriminação racial
Chefe superior	18	9	2	8	1	1	0
		50,0%	11,1%	44,4%	5,6%	5,6%	0,0%
Chefe intermediário	159	79	7	69	23	7	3
		49,7%	4,4%	43,4%	14,5%	4,4%	1,9%
Staff	905	426	58	361	138	51	50
		47,1%	6,4%	39,9%	15,2%	5,6%	5,5%
Estudantes	84	38	4	27	15	8	6
		45,2%	4,8%	32,1%	17,9%	9,5%	7,1%
Independentes	151	69	8	54	26	8	9
		45,7%	5,3%	35,8%	17,2%	5,3%	6,0%
Outros	164	71	10	65	22	5	10
		43,3%	6,1%	39,6%	13,4%	3,0%	6,1%

* 1481 responderam sobre a posição

Tempo de experiência profissional

Levando em conta o tempo de experiência profissional e todo tipo de violência, o grupo com mais de 16 anos de experiência e até 20 é o grupo que mais vítimas teve no último ano (tabela 17).

A violência física atinge mais os com mais de 20 anos de experiência (8,8%). Destaca-se o assédio sexual para os com 16-20 anos de experiência. A discriminação racial é mais prevalente entre os que têm entre 1 e 5 anos de experiência (7,4%), Este último dado se coaduna com a maior prevalência de discriminação racial contra os estudantes (tabela 17).

Tabela 17 : Vítimas por tempo de experiência profissional e tipos de violência.

Anos	Amostra	Vítimas	Violência física	Agressão verbal	Assédio moral	Assédio sexual	Discriminação racial
Menos de 1	163	53	6	42	14	6	8
		32,5%	3,7%	25,8%	8,6%	3,7%	4,9%
1 a 5	394	194	24	159	63	27	29
		49,2%	6,1%	40,4%	16,0%	6,9%	7,4%
6 a 10	307	136	16	121	41	19	12
		44,3%	5,2%	39,4%	13,4%	6,2%	3,9%
11 a 15	219	111	16	93	35	12	7
		50,7%	7,3%	42,5%	16,0%	5,5%	3,2%
16 a 20	193	103	13	89	36	14	12
		53,4%	6,7%	46,1%	18,7%	7,3%	6,2%
Mais de 20	284	135	25	114	42	8	11
		47,5%	8,8%	40,1%	14,8%	2,8%	3,9%

Jornadas/turnos

Há uma grande variedade de modalidades de jornadas de trabalho. Em geral o pessoal de enfermagem trabalha 30 horas (considerado aqui tempo parcial) e os médicos em geral trabalham 20 ou 40 horas semanais, no tempo parcial e integral, respectivamente. Nas outras categorias profissionais, ou o sujeito faz tempo parcial de 20 ou 30 horas ou faz tempo integral com 40 horas. Somente os residentes têm carga horária superior a 40 horas (fazem 60 horas semanais). Existem trabalhadores temporários na rede de saúde pública, mas não foram identificados em nossa amostra. É um tipo de contrato que prevê um período de trabalho de 3 meses renováveis por mais três meses somente.

O assédio sexual destaca-se entre os trabalhadores em tempo parcial (6,4% - tabela 18).

Tabela 18: Vítimas por jornada de trabalho e tipos de violência.

	Horário integral		Horário parcial	
Amostra	948		607	
Vítimas	435	45,9%	292	48,1%
Violência física	61	6,4%	39	6,4%
Agressão verbal	365	38,5%	248	40,9%
Assédio moral	146	15,4%	85	14,0%
Assédio sexual	46	4,9%	39	6,4%
Discriminação racial	54	5,7%	25	4,1%

Trabalhar sob o regime de plantões significa, para os médicos a possibilidade de trabalhar ora em esquema que ocupa uma manhã (6 horas), uma tarde (6 horas) e uma noite (12 horas) somando 24 horas semanais, ora ocupando dois plantões de 12 horas um de dia e outro noite, ora trabalhando 24 horas seguidas. Para o pessoal de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem), em geral, os plantões são realizados em regime de 12 horas de trabalho seguidas por 36 horas de descanso o que significa trabalhar três dias durante uma semana e dois dias durante a semana seguinte, folgando nos fins de semana. Outra possibilidade também comum de esquema de trabalho para a enfermagem é a divisão do horário em 12 horas de trabalho seguidas por 64 horas de descanso. Neste último caso o profissional não tem folga nos fins de semana e também perfaz uma carga horária semanal de 30 horas. As demais profissões, em geral, não trabalham em regime de plantão.

É maior a proporção de pessoas que sofreram algum tipo de agressão física e/ou psicológica no último ano, entre os que trabalham em regime de plantão (RR = 1.12; p <0.05) (tabela 19).

Tabela 19: Vítimas por trabalho em regime de plantão e tipos de violência

	Trabalho em plantão			
	Sim		Não	
Amostra	857		675	
Vítimas	418	48,8%	293	43,4%
Violência física	57	6,7%	39	5,8%
Agressão verbal	333	38,9%	268	39,7%
Assédio moral	122	14,2%	103	15,3%
Assédio sexual	45	5,3%	37	5,5%
Discriminação racial	37	4,3%	40	5,9%

Também os que trabalham no turno noturno têm maior risco de sofrer agressão física (9,0%), podendo-se considerar que é possível atribuir-se esse risco, ao menos em parte, à violência social sofrida no trajeto para o trabalho. É significativa a associação entre plantão noturno e ser vítima de violência (RR = 1.25; $p < 0.001$); ser vítima de violência física (RR = 1.72; $p < 0.01$) e ser vítima de abuso verbal (RR = 1.32; $p < 0.001$). Para os outros tipos de violência a associação não foi estatisticamente significativa (tabela 20). Uma tentativa de explicação pode ser considerar que os assédios moral e sexual e a discriminação racial não estão tão relacionados ao aumento da criminalidade na cidade.

Tabela 20: Vítimas por turno noturno e tipos de violência.

	Trabalho noturno (entre 18h-07h)			
	Sim		Não	
Amostra	465		1067	
Vítimas	252	54,2%	464	43,5%
Violência física	42	9,0%	56	5,2%
Agressão verbal	221	47,5%	383	35,9%
Assédio moral	80	17,2%	149	14,0%
Assédio sexual	32	6,9%	52	4,9%
Discriminação racial	26	5,6%	51	4,8%

Interação/ Contato físico

Conforme pode ser notado na tabela 21, há uma parcela muito pequena de pessoal que trabalha em estabelecimentos de saúde e que não interage com pacientes/clientes. Mas pode-se dizer que estão mais protegidos da agressão seja qual for o tipo de violência a ser considerada.

Tabela 21: Vítimas por interação com paciente e tipos de violência.

	Não interage		Interage		RR (p-valor)
Amostra	181		1329		
Vítimas	45	24,9%	674	50,7%	2.04 (p<0.05)
Violência física	4	2,2%	92	6,9%	3.13 (p<0.05)
Agressão verbal	34	18,8%	573	43,1%	2.30 (p<0.05)
Assédio moral	14	7,7%	213	16,0%	2.07 (p<0.05)
Assédio sexual	4	2,2%	81	6,1%	2.76 (p<0.05)
Discriminação racial	5	2,8%	72	5,4%	ns

Quando consideramos o contato físico com os pacientes/clientes, também observamos que para quase todos os tipos de violência há um maior risco para aqueles que têm contato físico. Mas quando se trata de discriminação racial, há maior proporção de vítimas entre o grupo que não possui contato físico com pacientes (tabela 22).

Tabela 22: Frequência de vítimas por terem ou não contato físico com os pacientes

	Contato físico		Sem contato físico	
Amostra	886		504	
Vítimas	458	51,7%	228	45,2%
Violência física	75	8,5%	23	4,6%
Agressão verbal	385	43,5%	195	38,7%
Assédio moral	145	16,4%	73	14,5%
Assédio sexual	55	6,2%	27	5,4%
Discriminação racial	42	4,7%	31	6,2%

2.4. LOCAIS EM RISCO

Antes de entrarmos em considerações acerca dos dados do inquérito, é necessário ter em conta que os trabalhadores da saúde possuem, em geral, vários empregos. Isso pode afetar a validade dos resultados porque o local onde o respondente sofreu a agressão pode não ser necessariamente o local onde ele passa a maior parte do tempo de trabalho (ver questionário anexo 4).

A proporção de vítimas entre a população que trabalha em hospitais é de 52% no setor público e 44% no setor privado (tabela 23). Comparativamente ao setor privado, pode-se verificar nos hospitais do setor público maior frequência de abuso verbal (43.2%), assédio moral (18.5%) e discriminação racial (6.5%). As proporções de agredidos fisicamente e de vítimas de assédio sexual são semelhantes nos dois setores, público e privado.

Tabela 23: Vítimas nos hospitais públicos e privados, por tipo de violência.

	Hospital público		Hospital privado		RR
Amostra	634		478		
Vítimas	329	51.9%	210	43.9%	1.18 (p<0.05)
Violência física	46	7.3%	38	7.9%	ns
Agressão verbal	277	43.7%	180	37.7%	1.16(p<0.05)
Assédio moral	120	18.9%	62	13.0%	1.46(p<0.05)
Assédio sexual	40	6.3%	30	6.3%	ns
Discriminação racial	44	6.9%	22	4.6%	ns

A tabela 24 apresenta as proporções de vítimas nos setores onde trabalham dentro dos hospitais, ainda que consideremos a ressalva feita no início desta seção, representam um mapa aproximado do risco de violência no interior dos hospitais da cidade.

Tabela 24: Vítimas de acordo com setor de trabalho

	PRIVADO		PÚBLICO	
	AMOSTRA	VÍTIMAS	AMOSTRA	VÍTIMAS
Ambulatório	95	52 54.7%	113	74 65.5%
Clínica médica	92	34 37.0%	65	28 43.1%
Cirurgia geral	40	20 50.0%	53	31 58.5%
Psiquiatria	15	10 66.7%	19	16 84.2%
Emergência	57	38 66.7%	102	77 75.5%
Sala de cirurgia	28	15 53.6%	24	11 45.8%
Cuidado intensivo	55	23 41.8%	29	14 48.3%
Administração	48	19 39.6%	72	30 41.7%
Serviços especializados	58	28 48.3%	91	38 41.8%
Serviços técnicos	25	11 44.0%	44	17 38.6%
Serviços de apoio	63	16 25.4%	42	21 50.0%
Outros	57	27 47.4%	99	50 50.5%

Emergências

Entre os profissionais entrevistados que trabalham em emergências no setor público, 75,5% sofreram algum tipo de agressão no último ano. Essa proporção cai para 66,7% se considerarmos o setor privado. A proporção de vítimas de violência física no setor público é de 17,6% e no setor privado é de 12,3%. Também chama a atenção no setor público, que 25,5% dos que lá trabalham tenham sofrido assédio moral (tabela 25).

No setor privado, na emergência, a frequência de violência física é de 12,3%, e a de assédio moral de 17,5%.

Tabela 25: Vítimas nas emergências dos hospitais públicos e privados, por tipo de violência.

	Emergência			
	Público		Privado	
	N	(%)	N	(%)
Amostra	102		57	
Vítimas	77	75.5%	38	66.7%
Violência física	18	17.6%	7	12.3%
Agressão verbal	63	61.8%	36	63.2%
Assédio moral	26	25.5%	10	17.5%
Assédio sexual	11	10.8%	6	10.5%
Discriminação racial	8	7.8%	3	5.3%

Psiquiatria

É importante também esclarecer que a psiquiatria, tanto a pública quanto a privada, no Rio de Janeiro é praticada em hospitais especializados, não pode ser considerada, portanto, um setor de um hospital geral.

Na psiquiatria, todos os tipos de violência têm a frequência aumentada em relação ao restante dos hospitais, com exceção do assédio sexual. Destaca-se a violência física que atinge 47.4% dos que trabalham nesse setor.

No setor privado, na psiquiatria, chama a atenção os altos índices de violência física (46.7%), assédio verbal (60%) e assédio moral (20.0%). O assédio sexual (13.3%), embora maior do que a média, é menor do que no ambulatório. Podemos nos perguntar se os índices apresentados nesta investigação refletem também a violência social, já que a psiquiatria no Brasil muitas vezes assume atribuições que seriam de abrigos ou até mesmo de manicômios judiciários. No entanto, não houve registro de discriminação racial.

Tabela 26: Vítimas nos setores de psiquiatria públicos e privados, por tipo de violência.

	Psiquiatria			
	Público		Privado	
	N	(%)	N	(%)
Amostra	19		15	
Vítimas	16	84.2%	10	66.7%
Violência física	9	47.4%	7	46.7%
Agressão verbal	12	63.2%	9	60.0%
Assédio moral	4	21.1%	3	20.0%
Assédio sexual	1	5.3%	2	13.3%
Discriminação racial	2	10.5%	0	0.0%

Centros de saúde**Tabela 27: Vítimas que trabalham em centros de saúde, por tipo de violência.**

	Centro de Saúde	
	N	%
Amostra	54	
Vítimas	38	70,40%
Violência física	4	7,3%
Agressão verbal	36	65,5%
Assédio moral	11	20,0%
Assédio sexual	2	3,6%
Discriminação racial	2	3,6%

Setenta por cento dos que trabalham em Centro de Saúde foram vítimas de algum tipo de violência no último ano. A frequência dos que foram agredidos verbalmente foi maior do que em hospitais (65,5%).

No setor privado, a ausência de violência física nos centros de saúde e nos trabalhos comunitários, deve-se considerar que se refere a um número reduzido de funcionários (menos de vinte pessoas). O mesmo pode ser considerado em relação aos outros tipos de violência.

Nos centros de reabilitação, a frequência de violência é menor que a dos hospitais, com exceção da discriminação racial (5.3%).

Preocupação com a violência**Tabela 28: Preocupação com a violência por Categoria Profissional**

Perfil profissional da vítima	Muito preocupado		Responderam
	N	%	
Médicos	62	21,2%	293
Enfermeiros	35	35,0%	100
Farmacêuticos	3	21,4%	14
Ambulância	2	25,0%	8
Auxiliares	131	38,3%	342
Administração	52	27,1%	192
Outras profissões de nível superior (1)	30	19,9%	151
Técnicos	23	23,2%	99
Pessoal de apoio	47	27,0%	174
Outros	34	28,6%	119

Tabela 28 mostra maiores percentuais de pessoas muito preocupadas com a violência entre enfermeiros e auxiliares. Esses são profissionais mais afetados pela violência no local de trabalho (conforme anteriormente mostrado).

Tabela 29: Preocupação com a violência por tipo de estabelecimento de saúde por setor público ou privado.

Tipo de estabelecimento de saúde	Setor público			Setor privado		
	Muito preocupado			Muito preocupado		
	N	%	Resp.	N	%	Resp
Total	234	33.4%	701	149	22.1%	673
Hospital (total)	207	33.1%	626	115	24.8%	463
Ambulatório	41	36.3%	113	17	18.3%	93
Clínica Médica	15	23.4%	64	29	33.3%	87
Cirurgia geral	19	36.5%	52	9	23.1%	39
Psiquiatria	11	57.9%	19	7	46.7%	15
Emergência	49	49.5%	99	15	27.3%	55
Sala de cirurgia	8	33.3%	24	7	25.9%	27
Terapia intensiva	8	27.6%	29	11	20.4%	54
Administrador	21	29.6%	71	12	25.5%	47
Unidade especializada	26	29.2%	89	7	12.5%	56
Serviços técnicos	8	18.6%	43	5	20.0%	25
Serviços de suporte	13	31.0%	42	14	23.0%	61
Outros	29	29.3%	85	11	19.6%	56
Ambulância	5	35.7%	14	0	0.0%	3
Centro de saúde	18	34.0%	53	3	21.4%	14
Serviços comunitários	1	100.0%	1	2	9.5%	21
Abrigo	0	0.0%	0	0	0.0%	0
Casa para idosos	0	0.0%	0	1	0.0%	5
Centros de reabilitação	1	25.0%	4	6	8.1%	74
Outros	2	66.7%	3	14	24.6%	57

Em torno de um terço dos entrevistados no setor público demonstra estar muito preocupado com a violência. No setor privado essa porcentagem cai para 22,1%.

Dentre as especialidades hospitalares, trabalhadores dos serviços de psiquiatria e emergência mostram maior preocupação (57,9% e 49,5%) no setor público. No setor privado são também esses os setores onde existe maior frequência de trabalhadores muito preocupados com a violência (psiquiatria – 46,7% e emergência 27,3%).

3. Fatores que influenciam no contexto de violência no trabalho

Fatores contributivos

Nos questionários padronizados, as respostas discursivas sobre fatores contribuintes à violência física mencionaram principalmente:

- Medidas de segurança (alarmes, identificação, guardas ou policiais);
- Educação (qualificação profissional) dos profissionais;
- Falta de diálogo/ comunicação;
- Baixa capacidade de atendimento do setor saúde;
- Falta de respeito;
- Falta de informação;
- Desentendimentos na equipe.
- Mencionaram em escala reduzida fatores do ambiente físico. Ex:
pouca iluminação; calor;
- Estrutura física insatisfatória.

Quanto à violência psicológica, práticas de abuso de poder ou autoridade foram mencionadas como relevantes para a eclosão de episódios de violência deste tipo nas respostas discursivas aos questionários.

6. Impacto no empregado / trabalhador individual

O questionário utilizado abordou o impacto psicológico da violência sobre as vítimas indagando quão incomodada a vítima tem se sentido por apresentar:

- a) Memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras?
- b) Evitar pensar ou falar sobre a agressão ou evitar sentimentos relacionados à mesma?
- c) Permanecer “superalerta”, vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso (a)?
- d) Sentimento de que suas atividades passaram a ser mais penosas?

As respostas em todos os itens tendiam da resposta de jeito nenhum, a mais freqüente, para extremamente incomodado, a menos freqüente. Essa tendência mostrou-se invertida nas seguintes situações: As vítimas de violência física, de assédio moral e de discriminação racial informaram com maior freqüência que se sentiam bastante ou extremamente incomodadas com o fato de terem se tornado superalertas; as vítimas de assédio moral também se mostraram bastante ou extremamente incomodadas com as repetidas lembranças do incidente violento.

O dano advindo da agressão física foi maior para os homens (26,5% das agressões físicas resultaram em ferimentos) do que para as mulheres (21,9%).

Tabela 30: Violência física com lesão corporal.

	Vítimas de violência física	Lesão corporal		Necessitou de tratamento formal	
		N	%	N	%
Masculino	34	9	26,5%	7	20,6%
Feminino	73	16	21,9%	8	11,0%

Conseqüências em relação ao trabalho

Conseqüências da violência sobre a relação com o trabalho, foram investigadas segundo dois indicadores – dias de trabalho perdidos após violência física e transferência de setor solicitada após episódio de violência (física ou psicológica).

Solicitação de transferência não é freqüente entre as possíveis respostas imediatas das vítimas.

Tabela 31: Distribuição da resposta individual “pediu transferência” por tipo de violência.

Tipo de violência	Vítimas	Vítimas que requeriram transferência	
		N	%
Violência física	101	1	0.99%
Abuso verbal	621	16	2.58%
Intimidação/assédio moral	239	7	2.93%
Assédio sexual	89	0	0.00%
Discriminação racial	83	0	0.00%

A informação sobre o tempo de trabalho perdido após o episódio de violência só foi colhida para a violência física. Das 101 pessoas agredidas fisicamente 12 informaram ter perdido algum tempo de trabalho devido ao incidente. Uma delas ficou mais de 6 meses afastada, duas ficaram afastadas um ou mais meses.

Impacto em pessoal de saúde migrante

Quando cruzamos a situação de migração com os diversos tipos de violência encontramos associação positiva entre migração e ter sofrido pelo menos um ataque de assédio sexual no último ano.

Tabela 32: Vítimas de violência por migração

	Migrantes		Não migrante		RR
	N	%	N	%	
	205		1364		
Vítimas	102	49.76%	631	46.26%	NS
Violência física	12	5.85%	89	6.52%	NS
Abuso verbal	83	40.49%	538	39.44%	NS
Intimidação/assédio moral	41	20.00%	198	14.52%	1.38 (p<0.05)
Assédio sexual	19	9.27%	70	5.13%	1.81 (p<0.05)
Discriminação racial	15	7.32%	68	4.99%	NS

7. Respostas individuais, institucionais e sistemáticas contra a violência

Estratégias de enfrentamento das vítimas / testemunhas (reação imediata).

É interessante notar que a reação imediata das vítimas difere de acordo com o tipo de violência. As vítimas de violência física, agressão verbal ou assédio moral, optaram mais frequentemente pela resposta “reportou ao chefe” como resposta imediata às agressões. Essa resposta pode ser caracterizada como uma tentativa de resposta dentro dos limites do local de trabalho. Considerando assédio sexual e discriminação racial.

Tabela 33: Reação das vítimas por tipo de violência

	Violência física		Agressão verbal		Assédio moral		Assédio sexual		Discriminação racial	
Vítimas	101		621		239		89		85	
Não teve reação	20	19,80%	151	24,32%	65	27,20%	19	21,35%	29	34,12%
Tentou fingir que nada aconteceu	7	6,93%	137	22,06%	64	26,78%	39	43,82%	35	41,18%
Pediu à pessoa para parar	32	31,68%	194	31,24%	57	23,85%	35	39,33%	14	16,47%
Tentou defender-se fisicamente	30	29,70%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Contou para amigos / familiares	21	20,79%	166	26,73%	64	26,78%	20	22,47%	20	23,53%
Buscou aconselhamento	7	6,93%	58	9,34%	32	13,39%	4	4,49%	9	10,59%
Contou para um colega	24	23,76%	206	33,17%	82	34,31%	20	22,47%	17	20,00%
Relatou para um chefe	44	43,56%	235	37,84%	92	38,49%	10	11,24%	17	20,00%
Pediu transferência	1	0,99%	16	2,58%	7	2,93%	0	0,00%	0	0,00%
Buscou ajuda do sindicato/associação/ conselho	1	0,99%	6	0,97%	8	3,35%	1	1,12%	0	0,00%
Registrou o evento	18	17,82%	44	7,09%	18	7,53%	1	1,12%	3	3,53%
Abriu processo	3	2,97%	6	0,97%	4	1,67%	1	1,12%	0	0,00%
registrou pedido de indenização	1	0,99%	1	0,16%	1	0,42%	0	0,00%	0	0,00%
Outro	14	13,86%	79	12,72%	26	10,88%	6	6,74%	6	7,06%

Quanto aos procedimentos existentes para o relato de violência, a tabela 34 mostra a frequência com que o pessoal de saúde reconhece tais procedimentos no seu local de trabalho. Perguntados se existe procedimentos, 37% responderam que sim e destes, 71% responderam que sabiam como usá-lo. Isso significa que apenas 26% do pessoal entrevistado alegaram saber da existência de procedimentos de registro de eventos violentos e sabiam usá-lo. Perguntados se há algum tipo de estímulo para o relato da violência, 72,4% responderam que não há estímulo.

Tabela 34: Procedimentos para relato de violência no local de trabalho

	Há procedimento padrão?		Sabe como usa-los?		Há estímulo?	
	N	%	N	%	N	%
Sim	555	36.8%	392	70.63%	396	27.6%
Não	535	35.5%	93	29,37%	1040	72.4%
Não sabe	418	27.7%				

. Respostas institucionais à violência

Somente 19% das vítimas relataram que o episódio de violência sofreu investigação institucional. Sendo que 27% dos que sofreram violência física viram alguma providência ser tomada para investigação do incidente e em se tratando de assédio sexual essa proporção cai para 8% e para discriminação racial, 9,2%.

Tabela 35: Resposta institucional para investigar as causas do incidente

Tipos de violência	Investigação
Todos os tipos de violência	18.86%
Violência física (total)	26.51%
Agressão verbal (total)	20.49%
Assédio moral (total)	18.59%
Assédio sexual (total)	8.00%
Discriminação racial (total)	9.23%

8- Estratégias Anti-Violência**8.1 Ações Institucionais Anti-Violência**

A existência de política institucional anti-violência foi indagada no questionário. Eram apresentados os temas e o entrevistado dizia se eram ou não empreendidas ações nas áreas de saúde e segurança e cada tipo de violência. O resultado, na tabela 36, é uma maior frequência de política institucional relacionada a “saúde e segurança” do trabalho. Entretanto, nas ações institucionais relacionadas a cada tipo de violência as respostas dos entrevistados “NÃO” e “NÃO SABE”, sugerem que são temas que têm tido pouca reflexão por parte dos empregadores e trabalhadores dos estabelecimentos de saúde.

Tabela 36 – Existência de política institucional anti-violência, de acordo com os entrevistados

	Sim	Não	Não sabe
Saúde e Segurança	59.4% (n=787)	24.6%(n=326)	16.0% (n=212)
Violência Física	24.7%(n=303)	46.1%(n=567)	29.2%(n=359)
Agressão Verbal	22.3%(n=272)	48.7% (n=595)	29.1%(n=355)
Assédio Sexual	17.1%(n=209)	48.0%(n=586)	34.9%(n=427)
Discriminação Racial	17.5%(n=213)	47.8%(583)	34.8%(424)
Agressão Moral	20.9%(n=255)	47.3%(n=578)	31.8%(n=389)
Ameaça	20.6%(n=251)	46.7%(n=569)	32.7%(n=399)

- ***Medidas institucionais para prevenir a violência**

Dentre as medidas de controle da violência apresentadas pelo questionário, as “*medidas de segurança*” têm maior visibilidade para os trabalhadores portanto apresentam maiores frequências. Chama a atenção a frequência de 6,5% (n=81) dos entrevistados que relataram não haver nenhuma medida anti-violência em seu local de trabalho, o que pode refletir a inexistência de medidas ou mesmo o não entendimento da natureza das medidas descritas como anti-violência.

Para as medidas “*classificação do paciente*”, “*treinamento*”, e “*desenvolvimento de recursos humanos*”, percebemos que pode não ter havido entendimento da questão por parte dos trabalhadores respondentes do questionário, pois estas seriam políticas resultantes de reflexão sobre a violência no local de trabalho, o que constatamos anteriormente ser muito restrita em nossos estabelecimentos de saúde, como apresentado na tabela 37:

Tabela 37: Medidas de prevenção existentes nos estabelecimentos de saúde

MEDIDAS ANTI VIOLÊNCIA	SIM	NÃO
Medidas de segurança	78,6% (n=1033)	21,4% (n=281)
Melhoras no ambiente	67,2% (n=872)	32,8% (n=425)
Acesso restrito ao público	49,1% (n=635)	50,9% (n=658)
Classificação do paciente	28,4% (n=358)	71,6% (n=904)
Protocolos de conduta para o paciente	34,8% (n=440)	65,2% (n=826)
Restrição da manipulação de dinheiro feitas no local de trabalho	28,7% (n=359)	71,3% (n=891)
Aumento no número de funcionários	27,1% (n=343)	72,9% (n=923)
Procedimentos de checagem para os funcionários	20,7% (n=260)	79,3% (n= 996)
Equipamento ou vestimenta especial	50,5% (n=647)	49,5% (n=635)
Troca de plantão ou escala	44,5% (n=567)	55,5% (n=707)
Redução dos períodos em que está trabalhando sozinho	15,0% (n=188)	85,0% (n=1062)
Treinamento	19,3% (n=243)	80,7% (n= 1017)
Desenvolvimento de recursos humanos	20,8% (n=261)	79,2% (n=992)
Nenhuma	6,5% (n=81)	93,5% (n=1167)
Outra	1,4% (n=17)	98,6% (n=1200)

As medidas anti-violência existentes nos estabelecimentos de saúde, segundo a percepção de seus funcionários, variam de acordo com seu setor (público e privado). Os dados da tabela 38, nos sugere uma preocupação maior do setor público com as medidas de controle da violência, que pode resultar da localização dos estabelecimentos públicos participantes da amostra (perto de áreas urbanas favelizadas e pontos de tráfico de drogas), como também por muitos deles terem unidades de emergência, setor que atende as vítimas das chamadas “*causas externas*”, ou seja, atropelamentos, acidentes de trânsito, vítimas da violência social, trazendo como resultado um maior número de casos de violência em todas as categorias nos estabelecimentos de saúde. Além disso, todas as medidas que dependem de inversão de recursos são mais frequentes nos estabelecimentos particulares.

Tabela 38- Medidas de prevenção existentes nos estabelecimentos de saúde por setor - privado e público

Medidas anti violência	Privado	A	Público	B	Medida de associação- A/B ou B/A	p <	
Medidas de segurança	451	65,1 %	550	74,5%	B/A	1,26	0,001
Melhorias no ambiente	442	63,8 %	401	54,3%	A/B	1,23	0,001
Acesso restrito ao público	274	39,5 %	348	47,2%	B/A	1,16	0,005
Classificação do paciente	159	22,9 %	193	26,2%			Não sign.
Protocolos de conduta para o paciente	191	27,6 %	237	32,1%			Não sign
Restrição da manipulação de dinheiro feitas no local de trabalho	219	31,6 %	132	17,9%	A/B	5,73	0,001
Aumento no número de funcionários	175	25,3 %	155	21,0%			Não sign
Procedimentos de checagem para os funcionários	106	15,3 %	143	19,4%	B/A	1,14	0,05
Equipamento ou vestimenta especial	328	47,3 %	302	40,9%	A/B	1,14	0,02
Troca de plantão ou escala	263	38,0 %	287	38,9%			Não sign
Redução dos períodos em que está trabalhando sozinho	93	13,4 %	188	25,5%	B/A	1,4	0,001
Treinamento	107	15,4 %	129	17,5%			Não sign
Desenvolvimento de recursos humanos	128	18,5 %	126	17,1%			Não sign
Nenhuma	48	6,9%	27	3,7%	A/B	1,35	0,01
Outra	7	1,0%	9	1,2%			

9-Estratégias de prevenção recomendadas pelos entrevistados

Perguntados sobre “quanto você acha que essas medidas poderiam melhorar o seu local de trabalho?” os entrevistados responderam “muito” mais frequentemente para as opções “desenvolvimento de recursos humanos”, “treinamento” e “medidas de segurança”. O que provavelmente expressa o desejo de que medidas desses tipos sejam mais implementadas, uma vez que as duas primeiras medidas são raras nos estabelecimentos de saúde. Sugerem, que os trabalhadores do setor acreditam que estas medidas teriam maior eficácia contra a violência no trabalho.

Chama a atenção o “*acesso restrito ao público*” e o “*aumento no número de funcionários*” com altas frequências que podem estar associadas à violência social e sua influência direta nos locais de trabalho.

Tabela 39 - Avaliação da eficácia das ações antiviolaência

MEDIDAS	Muito	Moderadamente	Pouco	Nada
Medidas de segurança	70,0%(n=893)	17,6%(n=225)	6,5%(n=83)	5,9%(n=75)
Melhoras no ambiente	63,3%(n=778)	19,4%(n=239)	8,5%(n=104)	8,9%(n=109)
Acesso restrito ao público	55,9%(n=665)	18,0%(n=214)	10,8%(n=129)	15,3%(n=182)
Classificação do paciente	45,6%(n=498)	22,0%(n=240)	13,3%(n=145)	19,1%(n=208)
Protocolos de conduta para o paciente	48,7%(n=501)	20,8%(n=214)	13,7%(n=141)	16,7%(n=172)
Restrição da manipulação de dinheiro feitas no local de trabalho	33,7%(n=344)	12,4%(n=127)	14,3%(n=146)	39,6%(n=405)
Aumento no número de funcionários	53,9%(n=637)	16,1%(n=190)	13,9%(n=164)	16,2%(n=191)
Procedimentos de checagem para os funcionários	42,0%(n=433)	20,5%(n=211)	15,1%(n=156)	22,3%(n=230)
Equipamento ou vestimenta especial	46,1%(n=510)	16,8%(n=186)	13,8%(n=153)	23,2%(n=257)
Troca de plantão ou escala	35,7%(n=374)	15,6%(n=163)	15,8%(n=166)	32,9%(n=345)
Redução dos períodos em que está trabalhando sozinho	47,2%(n=499)	14,0%(n=148)	12,2%(n=129)	26,7%(n=282)
Treinamento	68,8%(n=828)	16,4%(n=197)	6,2%(n=75)	8,6%(n=104)
Desenvolvimento de recursos humanos	73,3%(n=851)	15,2%(n=176)	5,7%(n=66)	5,9%(n=68)
Outra	45,5%(n=66)	4,8%(n=07)	2,1%(n=03)	47,6%(n=69)

10- Medidas para reduzir a violência no local de trabalho

- PRIORIDADES DOS TRABALHADORES

As categorias abaixo refletem as opiniões dos entrevistados no que se refere às medidas que consideram importantes para reduzir a violência no setor saúde.

Humanização
Melhoria salarial
Acompanhamento psicológico para trabalhadores, pacientes e familiares
Organização administrativa
Punição de infratores
Respeito
Segurança
Melhores condições de trabalho
Educação (social)
Segurança
Reconhecimento profissional
Educação (treinamento)
Treinamento
Investimentos em programas sociais
Nenhuma medida precisa ser tomada

III.2 - RESULTADOS DA PARTE QUALITATIVA

Nessa seção apresentaremos os resultados da parte qualitativa da pesquisa. Como apontado na seção Metodologia desse relatório, estamos nos referindo ao material produzido pelos grupos focais e entrevistas

Sobre o significado de violência

- Insuficiência e deficiência do atendimento médico-social aos funcionários; (pessoal de saúde de nível médio/elementar).
 - Salário: embora os três grupos do pessoal de saúde tenham se referido aos baixos salários recebidos pelos trabalhadores, em cada grupo os salários determinam diferentes padrões de consumo. Para o pessoal de nível elementar foi feita referência a dificuldade a falta de acesso aos serviços privados de saúde ou acesso imediato ao serviço de saúde; boa nutrição; diminuição da qualidade de vida. - - . Violência pela “falta de comunicação” (psicológica), principalmente entre colegas e chefias (nível elementar), ou como apontado por um membro do grupo de nível técnico, as agressões por colegas quando fumam dentro de salas sem janelas.
 - Histórico de discriminação nas relações de trabalho, com maior incidência de situações de discriminação de classe (nível elementar).
 - Outras modalidades de discriminação (psicológica): clientelismo; (nível elementar).
 - Entendimento de roubo (do patrimônio público ou de pertences pessoais) como violência “física” a partir do relato das emoções envolvidas (nível elementar).
- Violência “extra-muros” (descaso dos governantes quanto à manutenção, à qualidade da alimentação, ao salário e às condições de trabalho; privatização do setor público). (nível elementar).
- Carga de trabalho: ritmos, jornadas, plantões, absenteísmo; (nível técnico)
 - .Agressões verbais de pacientes e familiares (e/ou acompanhantes) (nível técnico)

- .Agressão física de pacientes/ acompanhantes (relato de testemunho de um tapa no rosto de uma enfermeira) (nível técnico)
- .Sensação de insegurança e medo no hospital: medo de eventuais pacientes armados; medo que a agressão verbal se transforme em violência física (nível técnico)
- .Ameaças verbais e ameaça de violência física (nível técnico)
- .Assaltos com armas de fogo e armas brancas (facas ou canivetes) na saída do hospital: relatos de agressões a colegas e pacientes, com ocorrência de ferimentos e morte (nível técnico)

Foram identificados dois problemas principais:

- Invasões ao hospital com armas de fogo, roubos e furtos;
- Assédio Moral ligado à suposta presença de clientelismo.

O pessoal de nível superior conceituou violência institucional associada às relações no trabalho, tanto com colegas quanto com pacientes. Não há consenso sobre a consolidação do trabalho interdisciplinar no hospital (discriminação entre os profissionais, relações de poder); ameaças de pacientes: "O paciente já chega armado pela própria condição"; frustrações diferentes em cada categoria; necessidade de número maior de funcionários;

Para um deputado da Assembléia Legislativa a violência no setor saúde aparece como queixas diversas, tais como: tiroteios em centros de saúde, seqüestros de trabalhadores de dentro do seu local de trabalho, assassinatos de diretores de hospital, assassinatos de líderes sindicais.

Essas são modalidades de violência que tem como principal fator contributivo a desordem social de acordo com o deputado.

"... não existem discussões sobre isso no legislativo no geral. Algumas pessoas mais ligadas às áreas da saúde, têm essa preocupação. Nós estamos ... cobrando um melhor trabalho sobre a violência, preparamos um projeto de lei, sobre a custódia dentro dos hospitais, as custódias foram retiradas, é verdade, mas continua ainda o paciente não encaminhado aos hospitais penitenciários. O legislativo pode atuar também na melhor divisão da renda para a diminuição da exclusão social, e alguns projetos que podem ajudar os profissionais". (Deputado)

● **Fatores contributivos**

Como fatores que contribuem para o aumento da violência perpetrada por pacientes no local de trabalho o grupo de nível universitário de trabalhadores da saúde, apontaram (relacionados a relação profissional/paciente):

- ;
- . falta de compromisso com o doente
- . necessidade de maior tolerância com o paciente
- . aumento da demanda
- . rede de serviços de saúde não funciona para referência e contra – referência
- . sobrecarga de trabalho para a enfermagem e outros profissionais não-médicos: "*a enfermagem trabalha infeliz*"; a assistente. social assinala a diversidade de atividades e o impacto na qualidade.
- . Os programas de tratamento de doenças específicas, como os Programas de Diabéticos, facilitam a comunicação e podem ser vistos como mecanismos antiviolência, já que são espaços de colaboração e onde o paciente ganha mais respeito.

Nos grupos focais de trabalhadores de saúde, a relação com chefias despreparadas e/ou impossibilidade de contrapor-se a cargos de confiança foi mencionado como fator contribuinte.

As condições de trabalho também foram consideradas nos grupos focais como facilitadores da violência mais no que diz respeito a condições gerais de realização do trabalho (material de consumo) e menos às condições físicas do ambiente de trabalho (iluminação, temperatura, acesso a banheiros) (grupos focais de trabalhadores de saúde).

É possível mencionar como um conjunto comum de fatores de risco de acordo com a entrevista com o deputado:

- . o aumento do sentimento de que qualquer um pode facilmente e ser vítima da violência social, acidente de trânsito ou outra modalidade de violência comum da cidade do Rio de Janeiro;
- . falta de planos de cargos e salários, que causa insegurança;
- . preocupação com a vida futura com uma aposentadoria irrisória;
- . proximidade de locais de risco especialmente emergências e centros de saúde perto de comunidades de baixa renda;
- . distribuição de renda pobre.

Contexto da violência

Não existe uma rede formal de suporte para resolver questões de violência. Ex: Ouvidoria no hospital – só para pacientes e não para funcionários. No entanto, os funcionários são muito passivos ao não reivindicarem (grupo focal de pessoal de saúde de nível universitário).

Não há suporte organizacional para as vítimas de violência tanto física como psicológica; também não há consciência pelos empregados de que estão sofrendo violência. No que diz respeito a violência psicológica nem mesmo são registradas (entrevista com o deputado).

Existe um clima de guerra em alguns bairros e/ou áreas da cidade do Rio de Janeiro, nesses lugares mais violentos o governo encontra grande dificuldade de oferecer até mesmo serviço social básico para a população. Mesmo em hospitais, que não estão dentro deste tipo de região, mas que são próximos, o governo tem dificuldade de completar equipes de trabalho nas salas de emergência.

Medidas institucionais de controle da violência

O registro

Não foi encontrado em nenhum lugar visitado no curso da pesquisa, um sistema específico para registrar casos de violência (observação de campo). Em geral, os eventos são registrados no livro de ocorrê(2)nciap oren desisteg sist2ncia.

As organizações de trabalhadores

Todos os sindicatos de trabalhadores da saúde foram procurados pela equipe da pesquisa, nenhum deles declarou ter uma estratégia anti-violência para proteger sua categoria. Alguns disseram que quando a acusação envolve um colega da mesma categoria profissional do que o ofendido, a pessoa é solicitada a abrir um processo contra o agressor no conselho que supervisiona o exercício profissional, quando o agressor é de categoria diferente o processo é mais complicado e quando o agressor é um paciente algumas outras ações sugerem impetrar o processo criminal. Desde que o sistema judiciário é bastante lento e, diferentemente dos países centrais, impunidade é bem conhecida, a agressão raramente chega punida ao final do processo. Não há como foi dito antes, uma reflexão sistemática sobre violência nos sindicatos no Rio de Janeiro, a única exceção é o Sindicato dos Médicos que tem tentado influenciar o governo do estado a tomar a decisão de não permitir que detentos permaneçam longos períodos em enfermarias de hospitais públicos.

O setor saúde tornou-se crescentemente preocupado com a violência na população, mas mostra pequeno interesse na violência entre seu *staff*.

Fora dos locais de trabalho, nos sindicatos e conselhos, por exemplo, não há qualquer esquema de atendimento às queixas de violência e nenhum encaminhamento padronizado. Quando entrevistados, os representantes de conselhos e sindicatos da área de saúde nos informavam que recebiam muitas denúncias informais. Além disso, não há canal aberto para esse tipo de denúncia, e cada denunciante, também informalmente, era orientado a procurar uma delegacia de polícia quando, ainda informalmente, aquele que ouviu a queixa avaliava que o evento justificava uma queixa-crime. Outros entrevistados manifestaram interesse pela possibilidade de um canal de denúncia, que de alguma forma possa dar visibilidade às violências sofridas por suas categorias.

Nível local de ação – o estabelecimento de saúde

Não há formalmente instituído nenhum mecanismo de suporte às vítimas de violência no trabalho no setor saúde. As iniciativas existentes são ora de colegas preocupados, ora de chefes mas não chega às direções dos estabelecimentos para que tais iniciativas transformem-se em estratégias institucionais de manejo da violência no trabalho. Ainda assim, são iniciativas acanhadas. Houve um relato de discussões informais entre colegas, o caso do pessoal de uma enfermaria que enviou solicitação à direção de maior cuidado na portaria para não deixar que todo o tipo de pessoa possa ter livre acesso ao interior do hospital em virtude de agressões sofridas.

Nível de ação municipal e estadual – as secretarias de saúde

Foi entrevistada a Assessora para Prevenção da Violência da Secretaria de Estado e Municipal de Saúde (SES/RJ e SMS?RJ). Sendo uma assessoria pioneira no Brasil e no próprio município, seu objetivo é prevenir as violências e acidentes de diversos tipos: violência doméstica, contra a criança e o adolescente, contra a mulher e o idoso, assim como os acidentes nos locais de trabalho e os acidentes domésticos.

Não existe uma atuação específica voltada para a violência no trabalho no setor saúde, nem informação a respeito nos âmbitos municipal e estadual. Os casos de violência em geral são identificados pelo âmbito municipal, e recebem orientação jurídica individual, conforme a solicitação do funcionário (entrevista).

A contribuição do Poder Legislativo

O deputado entrevistado relatou que existem muito poucas ações realizadas pelo Poder Legislativo. Ele mencionou um plano de carreira e um projeto para lidar com as custódias dentro dos hospitais como exemplos do que pode ser feito.

“... não existem discussões sobre isso no legislativo no geral. Algumas pessoas mais ligadas às áreas da saúde, têm essa preocupação. Nós estamos ... cobrando um melhor trabalho sobre a violência, preparamos um projeto de lei, sobre a custódia dentro dos hospitais, as custódias foram retiradas, é verdade, mas continua ainda o paciente não encaminhado aos hospitais penitenciários. O legislativo pode atuar também na melhor divisão da renda para a diminuição da exclusão social, e alguns projetos que podem ajudar os profissionais”.

“Estamos tentando discutir um plano de cargos e salários/ carreira, como uma maneira de diminuir a violência. É cobrar, transformar doenças problemas que não tinham notificação compulsória como, o caso da agressão à mulher, agressão ao profissional da saúde, todos esses dados estão na pauta do poder legislativo. “

Um exemplo de mudança e suas dificuldades de implementação foram mencionadas pelo deputado: *“... mudança administrativa na qual qualquer punição de chefe de serviço, teria que passar pela associação de funcionários, e isso causou um tamanho terremoto no hospital, porque na própria comissão o pessoal de nível superior, não queria que suas pendengas jurídicas internas fossem discutidas ou arbitradas por profissionais de nível médio/elementar.”*

A contribuição da Justiça do Trabalho

Entrevistado um juiz da Justiça do Trabalho, ele mostrou o que pensa sobre violência no trabalho e que tipo de processo ele costuma julgar:

“...e nunca julguei um caso onde tenha havido violência entre patrão-empregado, há sim uma animosidade muito grande entre eles, quando eles chegam na audiência, um odeia o outro mas odeia o outro por que um deixou de pagar o que um tinha direito”;

“A gente podia falar de violência psicológica, acho que mais dentro do Brasil no interior, ou na região nordeste a gente tem até no sul notícias disto que seria mais o trabalho escravo que ainda existe”;

“...já julguei também casos por exemplo, um deles foi da companhia X eu não me lembro bem da pessoa, que era uma costureira, ela fazia costuras na parte de trás dos soutiens da companhia X colocando os colchetes, e ela era chamada de burra constantemente por que por ser de uma classe que não precisa nem ler e nem escrever, isso é semi-analfabeta, elas só precisam de habilidade na máquina, nem precisam saber costurar, então elas precisam passar

“muitas peças por minuto, por que a produção é muito grande, então todas são chamadas assim de burra, estúpida, você não consegue produzir então existe muito isso, existe muito principalmente nas classes inferiores, então quanto menor o nível cultural do trabalhador maior é ,vamos dizer, a humilhação que ele passa...”

“... porque agora a gente trabalha com setores onde tem muita facilidade de você furtar, então o que acontece , as empresas de vigilância os homens só podem trabalhar de macacão nus, inteiramente nus, sem sunga sem cueca, é a bota, a meia e o macacão, pra não poderem esconder o dinheiro porque eles lidam com caixa forte, e aí quando eles têm que tirar a roupa, porque todos tiram a roupa num lugar e vão para outro lugar onde estão a roupa deles pra ele ir embora...”

Apesar do reduzido número dos grupos focais e entrevistas, os resultados dessa parte traz à luz uma série de questões particularmente, o que pode ser considerado violência e o que várias instituições tem feito em relação a violência no trabalho no setor saúde. Muitas questões surgidas nessa parte da pesquisa podem ser melhor exploradas em outras pesquisas. O papel dos poderes da República no controle da violência no trabalho e a noção, que as pessoas tem de violência psicológica, e os limites no que se pensa ser assédio moral ou sexual são exemplos.

V- DISCUSSÃO

V.1 Quanto às definições de violência

Definição de violência, como conclusão da parte qualitativa da pesquisa, é preciso incluir o desrespeito aos contratos e acordos estabelecidos. Este tipo de violência pode ser chamado violência institucional. Dificuldade de acesso à justiça, e medo de represálias estimulam os abusos de poder seja fazendo o sujeito trabalhar até a estafa, seja fazendo-o desempenhar tarefas para as quais não possui qualificação. Acrescente-se ainda os salários no setor público e privado, condições de trabalho, convivência de contratos de trabalho múltiplos, etc.

Outro tipo de violência comum no país em relação aos salários é o não pagamento dos mesmos, conforme assinalado pela juíza entrevistada, mas que não é reconhecida como violência.

V.1.1 Sobre o assédio moral

Diferentemente do assédio sexual e da discriminação racial, o termo assédio moral, no Brasil, encontra-se em estágio embrionário de discussão nos meios jurídico, acadêmico, sindical e empresarial. Isto se deve principalmente a uma dificuldade de delimitação dos comportamentos associados a estes tipos de violência tanto pela complexa rede de intersubjetividades implicadas quanto por uma difusão ainda restrita às classes média e alta no país desta noção. (A legislação sobre dano moral foi incluída na Constituição Brasileira de 1988).

Reportar-se à questão do assédio moral neste contexto requer entender que tipo de comportamento está sendo definido como assédio. Tanto contra as mulheres quanto contra o homem são reportadas situações de humilhação envolvendo invasão da intimidade corporal (ver, entrevista com jurista).

A ocorrência de ameaças veladas, emissão de prescrições contraditórias e divergentes, culpabilização e outros mecanismos psicológicos de anulação, são elementos presentes tanto no assédio moral quanto no assédio sexual.

V.2 Quem são as vítimas?

Dos resultados podemos traçar um perfil das vítimas de agressão entre os trabalhadores da saúde. Se tomarmos as agressões sem considerar o tipo, observamos que a violência atinge homens e mulheres indistintamente, de todos os grupos etários e estado civil. No que se refere a grupo étnico é diferente, a violência atinge mais o grupo minoritário, uma vez que são vítimas de discriminação racial. Os outros tipos de violência atingem ambos os grupos minoritário e majoritário, no que diz respeito à raça. Com relação as atividades desenvolvidas pelos funcionários, o perfil das vítimas é caracterizado por trabalho em plantão e a noite, trabalho com paciente, especialmente com contato físico e ser enfermeiro ou auxiliar

V.3 Onde estão as vítimas?

Algumas questões relacionadas a organização do setor saúde no Rio de Janeiro, são elementos do contexto do trabalho em saúde profundamente relacionadas a violência vivida nos serviços. No Brasil, existem algumas diferenças nos serviços de saúde : serviço público (a maior rede), serviços vinculados as companhias de seguro de saúde (privado) e serviços estritamente privados. No Rio de Janeiro, pode ser encontrada a maior rede de hospitais públicos.

Cada uma dessas divisões tem aspectos que as caracterizam como por exemplo tipo de contrato de trabalho e salário. No setor público recentemente os trabalhadores de nível superior (maior salário) da SES/RJ passaram a ganhar cerca de 500 dólares mensais. Anteriormente, um médico (contrato de 20 horas semanais) e um psicólogo (contrato de 30 horas semanais) ganhavam cerca de 100 dólares mensais cada um. No Ministério da Saúde, estes profissionais não chegam a ganhar 700 dólares mensais por contratos semelhantes. Com algumas exceções, o setor privado não é melhor pagador.

Dentre estes profissionais de nível universitário, os médicos e, em menor escala, os enfermeiros têm acesso a saídas individuais (múltiplos empregos) que permitem uma melhor "qualidade de vida". No entanto, a situação de precarização vem crescendo, como na contratação de cooperativas destes profissionais de saúde, principalmente médicos e auxiliares de enfermagem. Além disso, o trabalho temporário (máximo de seis meses) começa a ser outra alternativa contratual no serviço público .

Outras alternativas mais coletivas tem sido tentadas através de acordos informais entre trabalhadores e as direções de alguns estabelecimentos públicos . Esse acordos algumas vezes reduzem a jornada contratual de trabalho como por exemplo uma jornada de 8 horas de trabalho 5 vezes na semana pode ser reduzida para 8 horas 3 vezes na semana. Essas alternativas são formas de compensação dependendo do nível de exposição à violência, a distância entre

moradia e local de trabalho, o nível das condições gerais de trabalho (como ausência de material de consumo básico – material para curativo, remédios, etc) e o salário.

Estamos chamando de precarização as atuais formas de inserção por contratos com cooperativas ou firmas de contratação, onde os trabalhadores têm seus direitos trabalhistas diminuídos, como a perda de direitos a férias e licenças, proteção à saúde e perda de estabilidade. Muitas vezes os salários maiores em relação aos funcionários estáveis correspondem a diferenças de carga horária.

As desigualdades entre o emprego nos países centrais e nos países periféricos como o Brasil mostra-se evidente. Da mesma forma, a proteção social destes trabalhadores é menor.

Embora pouco divulgadas, ações de complementação dos deveres do Estado pela iniciativa individual dos profissionais de saúde podem ser encontradas nos serviços de saúde, como doação de alimentos, roupas, brinquedos e livros, e até mesmo pagamento de passagens para outros Estados (Ver, por exemplo, Revista Isto É, 20 de março de 2002).

Este tipo de resposta solidária à violência social não parece estar sendo hegemônica nos serviços de saúde. O quadro de violência é agravado pela tentativa dos profissionais de saúde de sobrevivência em múltiplos empregos, o que, aliado às condições acima descritas, tem prejudicado a qualidade do serviço prestado à população.

Nos serviços privados, especialmente em hospitais onde são encontrados serviços de alta complexidade, existem várias opções possíveis de contrato de trabalho. Cooperativas podem ser responsáveis por serviços no interior do hospital (por exemplo tratamento intensivo, UTI neonatal, etc.) através de um tipo de arrendamento de uma área do hospital ou pela manutenção de equipes de especialistas. Trabalhadores plantonistas e diaristas contratados são usualmente responsáveis pela manutenção do serviço hospitalar. Profissionais de nível superior podem ser contratados pelo hospital (plantonistas) ou simplesmente usam os serviços do hospital e recebem pagamento direto do paciente ou da companhia de seguro. Como apresentado no capítulo Metodologia, a seleção dos estabelecimentos de saúde englobou todos os tipos de estabelecimentos de acordo com a estratificação feita. Entretanto, dentro de cada estrato, uma infinidade de características não puderam ser levadas em consideração por causa do número limitado de estabelecimentos da amostra, ao lado disso, nós não obtivemos a aprovação em nenhum hospital situado na região bastada do Rio de Janeiro, assim como optamos por não incluir na amostra nenhum estabelecimento em região de alta criminalidade, para não expor a risco nossa equipe de pesquisa. Portanto, particularmente para os estabelecimentos privados é provável que a taxa de incidência de violência esteja subestimada.

Por causa dessas múltiplas situações de contratos e contexto social variado no setor saúde, o número limitado de estabelecimentos da amostra e múltiplos empregos dos trabalhadores, temos que considerar com muito cuidado qualquer comparação entre os resultados da violência nos setores público e privado.

V.4- Quem são os agressores?

Como apontado no resultado anteriormente apresentado, podem ser identificados dois grandes grupo de agressores: um composto pelos pacientes e seus parentes – os beneficiários do serviço de saúde, e outro grupo composto por colegas de trabalhos e chefes – equipe de saúde. Essa é uma classificação que nos ajuda a compreender a violência e só assim ela poderá ser controlada.

V.5 – Quais são os fatores contributivos e preventivos?

V.5.1 – Fatores contributivos

Podemos organizar os fatores contributivos em aqueles de ordem geral, que dependem de políticas públicas e aqueles relacionados ao processo de trabalho e a seu contexto imediato.

V.5.1.1 - Os fatores de ordem geral são, por exemplo, educação para a população (no sentido de diminuir o fosso cultural existente entre a população assistida e o pessoal de saúde, principalmente os de nível universitário), mais empregos, menos miséria (menos pessoas estressadas para serem atendidas e menor número de pessoas doentes), política de segurança eficiente.

V.5.1.2- Fatores diretamente relacionados ao processo de produção do serviço de saúde.

V.5.1.2.1 -Para a violência perpetrada pelos beneficiários dos serviços de saúde (pacientes e parentes) podemos agrupar os fatores contributivos já apresentados anteriormente. Na primeira tentativa de classificação destes fatores, podemos considerar:

- relacionados com a criminalidade
 - invasão dos estabelecimentos de saúde por criminosos a procura de tratamento, roubos, seqüestro ou vingança, assim como ocorrência de tiroteios e balas perdidas nos locais de trabalho e nos percurso casa/trabalho – trabalho/casa
- reação dos usuários à violência dos serviços - classificar as agressões como reações é uma tentativa de compreender as razões de suas ocorrências para que se possa empreender ações efetivas em seu combate, portanto podemos considerar neste grupo:
 - fatores relacionados com a organização do serviço de saúde que deixa parte significativa da população aguardando atendimento, ou oferece atendimento com baixa capacidade de resolver os problemas de saúde , ou faltam materiais e equipamentos para um atendimento de boa qualidade, ou falta pessoal para um atendimento adequado aos usuários, ou ainda falta treinamento técnico para pessoal de saúde.
- fatores relacionados a relação dos usuários com os serviços como a ausência de canais de participação da comunidade – falta comunicação entre pessoal de saúde e usuário (desde como se locomover dentro do serviço de saúde às explicações acerca de sua patologia)
- fatores relacionados aos precários mecanismos de controle para um exercício ético das profissões de saúde (atualmente no Rio de Janeiro temos o programa de humanização do atendimento à saúde em desenvolvimento que tem como princípio básico o reconhecimento dos usuários como uma pessoa autônoma independentemente de suas precárias condições sociais) – falta humanidade no tratamento com os pacientes e também a falta de respeito a autonomia do paciente.

V.5.1.2.2- Em relação a violência praticada por chefes e colegas há uma concentração dos tipos assédio moral, assédio sexual e discriminação racial. Dos resultados da pesquisa emergiram fatores contributivos (partes quantitativa e qualitativa) que podem ser classificadas da seguinte forma:

→ relacionados as características individuais – falta de treinamento para o exercício da liderança.

→ relacionados a violência institucional – falta de respeito aos direitos laborais e acordos sindicais; condições insalubres de trabalho, baixos salários , insegurança em relação a aposentadoria

→ relacionados com a organização do trabalho – ameaça de desemprego; falta de reposição das perdas de pessoal (abandono do emprego pelos baixos salários e aposentadoria); sobrecarga horária; intensificação do trabalho; estagiários em excesso desempenhando papel do profissional formado; vários tipos de contrato de trabalho convivendo no serviço público, com salários diferentes para mesmas funções.; interesses econômicos presentes no interior dos hospitais públicos (corrupção)

→ relacionados as relações de poder e abuso de poder no interior da equipe de saúde – falta de negociação dentro das equipes e falta de espaço de discussão para lidar com conflitos na equipe e relacionados a invisibilidade da violência (falta registro, falta de espaço de reflexão, discussão e negociação) – impunidade e estresse foram os fatores apontados na pesquisa .

V.5.2 –Fatores preventivos

Em nossa cidade não há muitas experiências de diminuição da violência no trabalho no setor saúde. Algumas recomendações apresentadas foram:

➤ Estreitamento de relações com a comunidade circunvizinha.

Um dos fatores apontados foi a participação da comunidade na vida do hospital, seja através dos conselhos distritais de saúde, seja ampliando os canais de negociação entre os interesses da comunidade e as possibilidades do sistema local de saúde.

➤ Ampliação dos espaços de discussão

São espaços dentro da jornada regular de trabalho, nos locais de trabalho que possam ser utilizados para discussão do tema. Esta não é uma questão trivial no Brasil na medida em que são raríssimas as oportunidades de encontro entre colegas para discussão de qualquer tema relacionado ao trabalho e sua organização, não se prevê tempo de reunião no planejamento do funcionamento dos serviços, em geral. Na área da saúde mental, há exceções onde esses espaços são mais frequentes.

V.6 – Quais são as conseqüências da violência?

V.6.1 Relações de trabalho, violência e angústia

Considerando as relações de trabalho entre colegas e chefes, surgem algumas questões relacionadas ao assédio moral e sexual, assim como a discriminação racial, que podem ser importantes fontes de desconforto e angústia no trabalho. Como podemos ver nos resultados apresentados anteriormente, as mais frequentes reações das vítimas são “não teve reação”, “tentou fingir que nada aconteceu”, “pediu a pessoa para parar” ou “contou para amigos/familiares”, o que significa que as vítimas tentaram lidar sozinhas com a agressão e suas conseqüências psicológicas. Isso pode significar que o suporte social dentro dos locais de trabalho, que é baseado nas relações de trabalho, está ausente. Sem coesão na equipe de trabalho a angústia é uma conseqüência esperada das agressões.

Esta pesquisa não investigou especificamente as possíveis conseqüências psicológicas para as vítimas, mas com seus resultados está clara a necessidade de mais investigações sobre este tema.

V.6.2 – Impacto na prestação do serviço para os pacientes e clientes (qualidade de cuidado)

Embora não tenha sido inquirido diretamente através do questionário, o impacto sobre a prestação dos serviços é gritante. Os jornais de grande circulação a todo o momento divulgam a escassez de pessoal devida tanto aos baixos salários, escassez de recursos materiais e de infraestrutura, quanto ao medo da violência. Tais denúncias são particularmente importantes para determinadas regiões violentas da região metropolitana do Rio de Janeiro.

Um hospital público que possui um serviço de atendimento domiciliar, o único já consolidado na cidade, realizou um seminário reunindo pessoas de diversas áreas do conhecimento para discutir o “*Cuidar para não excluir*”. Esta expressão tem um duplo sentido: o de oferecer cuidados de saúde e dessa forma estar elevando o sujeito à condição de cidadão, e o sentido de que se deve tomar cuidado para não deixar que o medo faça com que parcela da população deixe de ser atendida. Nesse último sentido, foram ouvidos depoimentos diversos apontando a dificuldade de organizar equipes para esse tipo de trabalho. Diversas estratégias foram assinaladas para procurar proteger a equipe que penetra em regiões controladas pelo tráfico.

Outros depoimentos (grupo de sindicalistas) afirmaram que o prejuízo sobre o atendimento é claramente visível.

V.7 Quais são as razões?

V.7.1 – A invisibilidade

Em primeiro lugar, não encontramos, em nenhum local, um sistema específico para relato de violência. Em geral os eventos eram assinalados no livro de ocorrências da enfermagem. Quando reportados ao chefe também nenhuma providência era tomada.

Fora dos locais de trabalho, nos sindicatos e conselhos, por exemplo, não há qualquer esquema de atendimento às queixas de violência e nenhum encaminhamento padronizado. Quando entrevistados, os representantes de conselhos e sindicatos da área de saúde nos informavam que recebiam muitas denúncias informais. Além disso, não há canal aberto para esse tipo de denúncia, e cada denunciante, também informalmente, era orientado a procurar uma delegacia de polícia quando, ainda informalmente, aquele que ouviu a queixa avaliava que o evento justificava uma queixa-crime. Outros entrevistados manifestaram interesse pela possibilidade de um canal de denúncia, que de alguma forma possa dar visibilidade às violências sofridas por suas categorias. Alguns conselhos profissionais informaram que se a queixa envolver membros da categoria (vítima e perpetrador) a vítima era estimulada a formalizar denúncia para que o conselho pudesse julgar como infração ética.

Ainda fora dos locais de trabalho, o local de acolhida desse tipo de denúncia é o judiciário. O judiciário é dividido em áreas de atuação. Há a justiça do trabalho e a justiça comum. As queixas de agressão são encaminhadas, em geral para o juizado especial criminal

que as julga ao final de um processo judicial muito moroso. Em entrevista um juiz criminal nos informou que nunca havia tomado conhecimento de qualquer queixa de agressão em local de trabalho. Uma juíza do trabalho também nos informou que a justiça do trabalho não acolhe para julgamento queixas desse tipo. A competência desse tipo de julgamento é Penal.

Além de não ter um canal formal claramente estabelecido para acolher as denúncias de violência e dar tratamento adequado a elas, algumas outras razões para o não registro surgiram tanto nos grupos focais quanto nas entrevistas, nos questionários e nas conversas informais durante a realização do trabalho de campo.

Há muitas diferenças de tratamento dos eventos violentos de acordo com o tipo de violência. A violência física é muito mais visível porque tem uma expressão penal (consta do código), é também mais inaceitável e vista como crime. O subregistro nesse caso tem como razões o descrédito na justiça e o medo do revide. Se o agressor for uma pessoa que convive diariamente com a vítima, um colega de trabalho (independente de categoria profissional ou cargo que ocupe), a tendência é que o evento seja mantido entre quatro paredes e se encontre uma solução doméstica.

A tolerância é apontada como uma das razões para o subregistro. Numa cidade onde a violência é intensamente marcada por grande número de homicídios, de agressões físicas de policiais e bandidos, marcada também pela cultura da virilidade, há muita tolerância às agressões. Nos locais de trabalho aquele que reclama ou denuncia agressões, principalmente psicológicas, é tido como fraco, pessoa desprezível.

Recentemente, Lacerda (2002) revelou através de pesquisa realizada junto a sindicalistas, lideranças do movimento negro, que o papel mais atribuído ao sindicato é o de divulgação da causa do movimento negro. A luta contra a discriminação no trabalho está submetida ao movimento social negro, não é entendida como uma luta sindical.

Em síntese, por tudo que foi relatado anteriormente e embora violência em geral venha sendo assunto de discussão em cada esquina, não há canal onde a violência no trabalho no setor saúde possa ser registrada e tornada visível, principalmente a violência psicológica.

No campo da Saúde Pública, violência continua restrita as conseqüências da criminalidade em termos de morbidade e mortalidade, ou a violência doméstica (crianças e mulheres). Entretanto, há poucos estudos que colocam seu foco sobre o local de trabalho e lá examinam o fenômeno da violência.

VI- CONCLUSÕES

Essa pesquisa foi a primeira a investigar violência de uma forma abrangente, isto é, envolvendo vários tipos de violência. Sobre o inquérito a despeito de nosso cuidado para não introduzir nenhum viés, para não distorcer os resultados, o pequeno número de serviços em poucas regiões da cidade, representou um limite deste estudo. Por outro lado, este foi o primeiro inquérito com grande número de respondentes e podemos dizer que pelo menos 47% do pessoal de saúde na cidade do Rio de Janeiro foi vítima de algum tipo de violência no último ano. Além disso, esse relatório pode mostrar um detalhado diagnóstico da violência no trabalho no setor saúde.

Sobre as definições de violência seus limites e sua classificação, este estudo pode colocar em relevo algumas questões como a violência institucional entre trabalhadores do nosso país, mas isso reflete também o estágio embrionário o qual se encontra o tema da violência no trabalho. Nesse sentido, a divulgação desses resultados será o gatilho para tornar visível todo o tipo de violência no trabalho. Mais estudos qualitativos são necessários para aprofundar essa reflexão.

Os resultados e discussões apresentados aqui não esgotam as possibilidades de análise dos dados da pesquisa, esta é uma primeira análise e outros trabalhos virão brevemente. Pesquisas sobre a viabilidade de ações para controlar a violência, particularmente em nível local, são importantes iniciativas a serem implementadas. Por outro lado, pesquisas específicas sobre o impacto psicológico da violência também precisam ser implementadas.

VII- Recomendações

Em primeiro lugar, no Brasil, é preciso reconhecer a violência. Reconhecer ainda no sentido de não negar sua existência e para melhor aquilatar sua magnitude. Nesse processo de investigação foi a primeira vez que se colocou a questão da violência no setor saúde como uma questão merecedora de discussão. Não a questão da violência de uma maneira geral, essa discussão é corriqueira entre nós. Diz respeito à política de segurança e à insegurança sentida por todo cidadão em virtude das altas taxas de criminalidade na cidade do Rio. Violência no trabalho nunca foi tema de discussão. O que se descortinou com a pesquisa foi que há violência no trabalho no setor saúde, uma violência que começa a ganhar um pouco de visibilidade com esta investigação e, como tudo que começa, precisa ter-se algum cuidado para não tomarmos como absolutos esses resultados. Esse cuidado deve-se a algumas razões: não se tem bem certeza do que se deva considerar violência, o assédio moral apenas começa a ser falado, as pessoas ainda têm medo de falar de violência. Essa pesquisa foi o primeiro passo para que se começasse a pensar no assunto. Tanto para trabalhadores e suas organizações como para as autoridades de saúde esse assunto surgiu pela primeira vez nesse momento. É preciso que se dê nome a todos os tipos de violência e que se reflita sobre todos esses tipos. O primeiro passo é garantir o registro. O segundo passo é estimular todos os serviços e estabelecimentos de saúde a criar um espaço de reflexão sobre violência para todo tipo de pessoa envolvida diretamente ou indiretamente na atenção à saúde. Isso significa pensar sobre o que pode ser tolerável dentro de cada equipe e o que pode ser chamado violência. E então, num outro momento, no nível local, o pessoal de saúde poderá estabelecer procedimentos para lidar com a violência, tanto a que vem dos próprios profissionais de saúde, tanto a violência perpetrada pelos beneficiários do sistema de saúde.

No Brasil, estamos só começando a refletir sobre o tema da violência no trabalho, é necessário chamar o Judiciário, o Legislativo e o Executivo, as áreas de Educação, Saúde, Ação Social, Trabalho, Segurança Pública, para sentar todos juntos e encontrar formas de proteger a população que está sofrendo todo tipo de violência no trabalho no setor saúde.

VIII - BIBLIOGRAFIA

- 1- Minayo, M.C.S. e Souza, E.R. de. Violência e Saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *Hist. Cien. Saúde*, nov. 1997-fev. 1998 vol IV, nº 3.
- 2- Zaluar, A. e Leal, M.C. Violência Intra e Extra Muros. *Ver. Bras. De Ciências Sociais*. São Paulo, 2001:vol.16, nº 45
- 3- Tambellini, A. T. E Câmara, V. de M. A temática Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da Saúde Coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. *Ciência e Saúde Coletiva*, 1998:3(2):47-59.
- 4- Asmus, C.I.F. Avaliação do Processo Produtivo em Mineração de Diamantes e suas Repercussões sobre a Saúde dos Adolescentes Garimpeiros. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: COPPE/UFRJ, 2001
- 5- Palácios, M. (1999) Sofrimento psíquico e trabalho: um estudo de caso sobre o sofrimento psíquico dos trabalhadores e suas relações e o trabalho de caixa em uma grande empresa estatal bancária Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, COPPE/UFRJ, 1999.
- 6- Loureiro dos Santos, M. Cuidado paliativo e Organização do Trabalho: a conexão na atividade de técnicas e auxiliares de enfermagem. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: COPPE/UFRJ, 2001.
- 7- Hirigoyen, M.F. Assédio Moral: a violência perversa no cotidiano. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2ª ed., 2001.
- 8- Dejours, C. A loucura do Trabalho: um estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez/ Oboré, 2ªed., 1987.
_____ A banalização da injustiça social. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1999.
- 9- DIEESE (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos) e INSPIR (Instituto Sindical Interamericano pela Igualdade Racial)- Mapa da população negra no mercado de trabalho. Outubro de 1999.
- 10- Lacerda, L. Hoje é dia de preto. Texto apresentado para a qualificação no mestrado em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: NESC/UFRJ, 2001.
- 11- Rede Nacional feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos da Mulher – Regional Pernambuco . Dossiê Violência contra a mulher, www.redesaude.gov.br
- 12- Ver, por exemplo o Código Penal Brasileiro e a lei número 10.224, de 15 de maio de 2001(www.senado.gov.br)
- 13- SINDISAÚDE – SP. Pesquisa sobre o perfil da mulher trabalhadora na saúde. SINDISAÚDE- SP/CEERT, 1999.
- 14- Buarque de Holanda, S.. Visão do Paraíso. São Paulo: Brasiliense, 6ª ED. 1994.
- 15- SES/RJ Epidemia da Violência: Informação para a Ação. Promovida pela Secretaria de Estado Saúde (SES/RJ) e Viva Rio/ ISER. Rio de Janeiro, 29-27/09/01, 2001.
- 16- SCIELO, BIREME, LILACS.
- 17- JB. “Governo elimina 32 programas do Rio” *Jornal do Brasil*, 10/09/2001.
- 18- Skaba, M.M.V.F. O vício da adrenalina: etnografia da violência num hospital de emergência. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP, 1997.
- 19- Deslandes, S.F. Violência no cotidiano dos serviços de emergência: representações, práticas, interações e desafios. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2000.
- 20- Merino, C.; Aguiar, I.; Dantas, J.; Rodrigues Jr., J.; Borges, J.; Steinbruck.K.; Pereira, L.; Pereira, M.; Gomes, M.; Penha, M.; Cariello, P. e Bellizzi, V. Saúde e Trabalho: o que acontece na emergência do Souza Aguiar?. Rio de Janeiro: UFRJ, mimeo, junho/2000.
- 21- SIMESP. Violência contra médicos. Dr! (órgão oficial do Sindicato dos Médicos de SP) São Paulo, maio de 2000.
- 22- Deslandes, 2000. Op. Cit.

- 23- Van der Spuy, E.; Rontsch, R.; Marais, S. Crime and Violence in the workplace: effects on health workers. (s/d)
- 24- Loureiro dos Santos, 2001. op.cit.
- 25- BRASIL/MS/INCA – I Fórum Saúde e Violência: Cuidar para não Excluir, coordenado pelo Instituto Nacional de Combate ao Câncer (INCA), Secretaria de Estado de Saúde (SES/RJ) e Secretaria Municipal de Saúde (SMS/RJ). Rio de Janeiro, 21 de Setembro, 2001.
- 26- Neto, O . C . , Moreira, M.R., Sucena, L.F.M. & Marins, R. S. (2001) Grupos Focais e Pesquisa Social: o debate orientado como técnica de investigação. Rio de Janeiro: ENSP/ FIOCRUZ.
- 27- Demo, P. (1989) Metodologia Científica em Ciências Sociais. São Paulo: Atlas.

ANEXO 1

DESCRIÇÃO DOS GRUPOS FOCAIS:

Toda coleta de material foi realizada entre outubro e novembro de 2001.

A .1) Organizações representativas:

Foi realizado um grupo focal com sindicatos e conselhos profissionais.

A .2) Donos de casa de saúde

Foi realizada uma entrevista com um representante da Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro.

A .3) Pessoal de saúde

A .3.1) *Nível elementar (copeiras, vigilantes, ascensoristas, técnicos de caldeira)*

◆ Definição de violência: Perguntados sobre o que seria violência para eles, responderam:

- Insuficiência e deficiência do atendimento médico-social aos funcionários;
- Salário: referido à dificuldade de procurar atendimento médico privado/ ter acesso imediato ao serviço de saúde; alimentação de qualidade; queda do padrão de vida;
- Violência “com palavras” (psicológica), principalmente entre colegas e chefias;
- Violência pela “falta de comunicação” (psicológica), principalmente entre colegas e chefias;
- Histórico de discriminação nas relações de trabalho, com maior incidência de situações de discriminação de classe;
- Outras modalidades de discriminação (psicológica): clientelismo;
- Entendimento de roubo (do patrimônio público ou de pertences pessoais) como violência “física” a partir do relato das emoções envolvidas;
- Violência “extra-muros” (descaso dos governantes quanto à manutenção, à qualidade da alimentação, ao salário e às condições de trabalho; privatização do setor público).

◆ Foram identificados dois problemas principais:

- Invasões ao hospital com armas de fogo, roubos e furtos;
- Assédio Moral ligado à suposta presença de clientelismo.

A .3.2) *Nível médio (técnicos de RX, auxiliares e técnicos de enfermagem, por exemplo)*

- Conceito de violência:
 - Carga de trabalho: ritmos, jornadas, plantões, absenteísmo;
 - Agressões verbais de pacientes e familiares (e/ou acompanhantes);
 - Agressão física de pacientes/ acompanhantes (relato de testemunho de um tapa no rosto de uma enfermeira);
 - Agressões de colegas (fumo dentro de sala fechada);
 - Sensação de insegurança e medo no hospital: medo de eventuais pacientes armados; medo que a agressão verbal se transforme em violência física;
 - Ameaças verbais e ameaça de violência física ;
 - Assaltos com armas de fogo e armas brancas (facas ou canivetes) na saída do hospital: relatos de agressões a colegas e pacientes, com ocorrência de ferimentos e morte.
 - Deficiência no atendimento médico-social.
- Foram identificados dois problemas principais:
 - Agressão física de pacientes e acompanhantes, resultando em medo de agressão por armas de fogo;
 - Agressão verbal de pacientes e acompanhantes.

A .3.3) Nível superior (1 médico, 1 psicólogo, 1 assistente social, 1 fisioterapeuta, 1 enfermeira e 1 nutricionista)

Definição de violência:

- Violência institucional: associada às relações no trabalho, tanto com colegas quanto com pacientes; Não há consenso sobre a consolidação do trabalho interdisciplinar no hospital; Ex: discriminação entre os profissionais : relações de poder; ameaças de pacientes:” O paciente já chega armado pela própria condição”; frustrações, diferentes em cada categoria; falta de compromisso com o doente; necessidade de maior tolerância com o paciente; rede de serviços de saúde não funciona para referência e contra – referência; necessidade de número maior de funcionários; aumento da demanda;
- Insegurança externa (seqüestro relâmpago);
- A situação de vida dos pacientes, sofrimento, carência;
- Política Salarial
- Sobrecarga de trabalho para a enfermagem e outros profissionais não-médicos: “a enfermagem trabalha infeliz”; a assistente. social assinala a diversidade de atividades e o impacto na qualidade.
- Não existe uma rede formal de suporte para resolver questões de violência. Ex: Ouvidoria no hospital – só para pacientes e não para funcionários. No entanto, os funcionários são muito passivos ao não reivindicarem.
- Para o médico ,existe um canal de comunicação nas enfermarias melhor do que em qualquer hospital. No entanto, isto não é consensual, como assinalado pela fisioterapeuta: “Não é uma situação comum (normal) a enfermaria facilitar melhor a comunicação entre a equipe”.
 - Os programas de tratamento de doenças específicas, como os Programas de Diabéticos, facilitam a comunicação e podem ser vistos como mecanismos anti-violência, já que são espaços de colaboração e onde o paciente ganha mais respeito.

Recomendações:

- Para o médico, o salário melhor é uma forma de reconhecimento
- Compromisso ético dos profissionais
- Incrementar canais formais
- Melhorar a troca de informações
- A psicóloga sugeriu cursos para os funcionários

A .4) Autoridades de saúde

Foi entrevistada a Assessora para Prevenção da Violência da Secretaria de Estado de Saúde (SES/RJ). Sendo uma assessoria pioneira no Brasil e no próprio município, seu objetivo é prevenir as violências e acidentes de diversos tipos: violência doméstica, contra a criança e o adolescente, contra a mulher e o idoso, assim como os acidentes nos locais de trabalho e os acidentes domésticos.

Não existe uma atuação específica voltada para a violência no trabalho no setor saúde, nem informação a respeito no âmbito estadual. Os casos de violência em geral são identificados pelo âmbito municipal, e recebem orientação jurídica individual, conforme a solicitação do funcionário.

A .5) Gerências (gerais e intermediárias)

Houve uma tentativa de realização de grupos focais com os diretores de hospitais e centros de saúde que participaram do survey confidencial. No entanto, após prévia concordância, não compareceram ao grupo no dia e hora marcados os diretores convidados.

Deve-se levar em conta que o grupo foi marcado durante um período de greve no âmbito municipal dos serviços de saúde.

Para uma avaliação inicial dos problemas vividos por este nível gerencial, vamos nos valer de um texto produzido por pesquisadoras da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ/MS). O trabalho desenvolvido pelas autoras e apresentado no texto tem como objetivo “possibilitar a esses gestores refletir e explorar suas vivências sobre a dinâmica organizacional, enfocando particularmente os processos de mudança, a incerteza quanto a seus resultados, e as dimensões afetiva, imaginária e inconsciente nas organizações.” (Sá e Azevedo, 2001). Iremos destacar as percepções e representações de diretores de hospitais públicos acerca da violência no trabalho no setor saúde.

1. Foi identificado um sentimento de “desgoverno e impotência”, com dificuldades de exercer a autoridade;
2. Falta de controle sobre o modo de funcionamento do hospital;
3. Falta de reconhecimento do trabalho pelo nível central;
4. Rejeição pela equipe de direção do hospital;
5. Sentimento de ameaça (de substituição) pelo alto nível de ingerência político-partidária na administração pública;
6. Invasão dos hospitais de Emergência por gangues criminosas, com uso de armas de fogo;
7. Ameaças físicas e verbais aos médicos que atendem não só às vítimas da violência social, mas também à demanda crescente em serviços superlotados;

Quanto às gerências intermediárias (Diretores da Divisão Médica, Diretores Clínicos ou equivalentes), tem sido apontada a dificuldade de se encontrarem candidatos a exercerem estas atribuições devido à extrema desvalorização deste nível gerencial (Comunicação pessoal, Creuza Azevedo, 2001).

A.6) Jurista

Foi realizada uma entrevista com uma juíza do trabalho. Reproduzimos alguns trechos de sua entrevista.

Trecho 1:

“...e nunca julguei um caso onde tenha havido violência entre patrão-empregado, há

Millus colocando os colchetes, e ela era chamada de burra constantemente por que por ser de uma classe que não precisa nem ler e nem escrever, isso é semi-analfabeta, elas só precisam de habilidade na máquina, nem precisam saber costurar, então elas precisam passar muitas peças por minuto, por que a produção é muito grande, então todas são chamadas assim de burra, estúpida, você não consegue produzir então existe muito isso, existe muito principalmente nas classes inferiores, então quanto menor o nível cultural do trabalhador maior é ,vamos dizer, a humilhação que ele passa...”

Trecho 5:

“... porque agora a gente trabalha com setores onde tem muita facilidade de você furtar, então o que acontece , as empresas de vigilância os homens só podem trabalhar de macacão nus, inteiramente nus, sem sunga sem cueca, é a bota, a meia e o macacão, pra não poderem esconder o dinheiro porque eles lidam com caixa forte, e aí quando eles têm que tirar a roupa, porque todos tiram a roupa num lugar e vão para outro lugar onde estão a roupa deles pra ele ir embora...”

A .7) Comissão de Saúde do Legislativo.

Sobre a violência que atinge o profissional de saúde:

“Estamos tratando de violência do servidor da área de saúde. Existem violências de vários tipos., e se tratando do Rio de Janeiro ...“

1 – *“O profissional de saúde que é aquele que trabalha com o produto da violência, todos os casos de violência acabam na mão do profissional de saúde ... Os profissionais de saúde, que trabalham no setor de emergência, muitas vezes, são ameaçados por pessoas ligadas aos traficantes de drogas, que está preso, que está algemado nas enfermarias, eles sofrem nas enfermarias, ele sofre todo o tipo de agressão por estar tratando da violência,por estar tratando do produto da violência.”*

2 – *“Além dessa, a violência está inserida no trabalho do profissional de saúde, ele não tem garantia do seu futuro, ele vive um stress enorme. Não há um médico, principalmente um enfermeiro que eu conheça, que trabalhe nas emergências, que não conta que chegou uma pessoa atropelada, chegou um oriundo de um acidente de trânsito, que não corra para ver se é alguém de sua família.”*

“Nós hoje não temos um cargo de planos e salários, carreira normal, sabemos que daqui a pouco, por um motivo qualquer, estaremos aposentando, se chegarmos até lá, se não morrermos da violência antes disso, e ao se aposentar, estaremos expostos a um novo tipo de violência, a sobrevivência com o salário da aposentadoria.”

3 – *“Outro tipo de violência, é o daqueles que trabalham no posto de saúde, numa unidade básica de saúde, você trabalha dentro de uma comunidade, onde o tiroteio é constante. Alguns trabalhadores já vieram até aqui, a Assembléia, reclamar, porque foram seqüestrados dentro de seus próprios consultórios de atendimento, ... , o diretor do hospital Rocha Faria foi assassinado quando ia para casa ... os líderes sindicais Edna e o marido dela, foram assassinados em defesa dos profissionais de saúde. Então o que se tem hoje é uma violência com várias nuances.”*

Sobre os conceitos de violência utilizados pela pesquisa:

“Concordo plenamente, há muitas ameaças. Às vezes você é agredido violentamente pelo seu superior hierárquico, mas não está escrito [não há registro].”

“Hoje, por exemplo, exatamente em novembro de 2001, estamos vivendo um momento de reivindicação de melhores condições salariais e trabalho no município do Rio de Janeiro ... O profissional de saúde sofre uma violência camuflada e escamoteada.”

Sobre a contribuição do Legislativo para minorar a violência no setor saúde.

“... não existem discussões sobre isso no legislativo no geral. Algumas pessoas mais ligadas às áreas da saúde, têm essa preocupação. Nós estamos ... cobrando um melhor trabalho sobre a violência, preparamos um projeto de lei, sobre a custódia dentro dos hospitais, as custódias foram retiradas, é verdade, mas continua ainda o paciente não encaminhado aos hospitais penitenciários. O legislativo poder atuar também na melhor divisão da renda para a diminuição da exclusão social, e alguns projetos que podem ajudar os profissionais”.

“Estamos tentando discutir um plano de cargos e salários/ carreira, como uma maneira de diminuir a violência. É cobrar, transformar doenças problemas que não tinham notificação compulsória como, o caso da agressão à mulher, agressão ao profissional da saúde, todos esses dados estão na pauta do poder legislativo. “

“Por exemplo, quando eu dirigi o hospital Miguel Couto, fiz uma mudança administrativa que qualquer punição de chefe de serviço, teria que passar pela associação de funcionários, e isso causou um tamanho terremoto no hospital, porque na própria comissão o pessoal de nível superior, não queria que suas pendengas jurídicas internas fossem discutidas ou arbitradas por profissionais de nível médio/elementar.”

Sobre a existência de algum tipo de suporte para vítimas de violência física ou psicológica no trabalho

“É uma coisa que tem se relegado ao segundo plano, não existe! Eu não conheço!”

Sugestões de ações.

“... muitas vezes parece até agressões que não se consegue enxergar, eu acho que o caminho seria o aprofundamento dessas discussões em todos os setores, a partir do serviço público, que é mais fácil de acontecer”.

Sobre a existência de medidas institucionais de combate a violência física e psicológica.

“Não, não consigo ver, nem tem boa vontade política para isso.”

Sugestões de estratégias de combate a violência:

“Nós temos que rediscutir isso através de um programa, por exemplo, a medicina do trabalho mesmo existindo encontra grandes obstáculos para isso, eu acho que temos que reabrir as discussões nos locais de trabalho sob o ponto de vista do que significa esta agressão psicológica e física, muitas vezes relegadas a segundo plano. Eu acho que a grande modificação seria que as pessoas lutassem pelos seus direitos, todas as pessoas pudessem discutir estes fatos em reuniões, congressos, nos locais de trabalho, como se fosse uma CIPA psicológica, até porque as pessoas não sabem que estão sendo agredidas. Se você não fizer com que as pessoas acordem para isso, não é um decreto lei que vai resolver. Quem está fazendo não vai querer cumpri-lo e depois, quem está sofrendo não tem a noção de que está sofrendo. Colocar em discussão no dia a dia nos locais de trabalho é importante”.

ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NÚCLEO DE ESTUDOS DE SAÚDE COLETIVA
PROJETO VIOLÊNCIA NO TRABALHO NO SETOR SAÚDE
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado a participar de um projeto de pesquisa “*Violência no Trabalho no Setor Saúde*”. Esta pesquisa que visa conhecer melhor a que tipo de violência os profissionais da saúde estão expostos no trabalho e possibilitar o desenvolvimento de estratégias efetivas para minimizar a violência e suas consequências sobre a saúde desses profissionais.

A Organização Internacional do Trabalho, a Organização Mundial da Saúde, o Conselho Internacional de Enfermagem e a Organização Internacional de Serviços Públicos, estão coordenando e financiando esse projeto que será realizado em 7 outros países. O Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva (NESC) da UFRJ é a instituição responsável por sua realização na cidade do Rio de Janeiro, sob coordenação da Profa. Marisa Palácios.

Para chegarmos a conhecer esta realidade, uma das atividades da pesquisa é a realização de uma série de grupos focais para discussão do tema. Grupo focal é uma técnica que visa, através da discussão em grupo (de 6 a 10 pessoas), chegar ao que pensam sobre um determinado tema. No nosso caso vamos reunir diversos grupos com características particulares: grupo de usuários dos serviços de saúde, de autoridades de saúde, de gerentes, de advogados trabalhistas, de funcionários, de pessoal da saúde do trabalhador, donos de casa de saúde, etc. O grupo para o qual você está sendo convidado é o grupo de _____.

A dinâmica da discussão será tal que todos os participantes serão estimulados a expressar livremente suas opiniões acerca da violência no trabalho no setor saúde assim como os determinantes, suas consequências e estratégias de ação para minorar o problema. A reunião será coordenada por um membro da equipe da pesquisa devidamente treinado e terá também um relator também da equipe do projeto. A reunião tem duração prevista par aduas horas e será gravada.

Esse tipo de abordagem de pesquisa visa obter mais informações sobre o tema da violência no setor saúde e possibilita que um maior número de pessoas possa interferir diretamente na compreensão desse fenômeno.

O projeto de pesquisa foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do NESC e aprovado. Caso julgue necessário maiores informações, por favor entre em contato conosco pelo telefone – 99975677 (Marisa Palacios) ou 25626224 / 25626223.

A participação na pesquisa é inteiramente voluntária, só tomará parte nos grupos focais quem assim o desejar. Quem não quiser participar não sofrerá nenhum incômodo. Informamos ainda que os participantes não serão identificados e todos podem estar absolutamente seguros de que nenhum nome será vinculado a qualquer fala garantindo total sigilo das informações prestadas. Nenhum nome em nenhum momento será divulgado.

Esperamos que esta pesquisa traga maiores informações sobre a violência, suas consequências e seus determinantes no setor saúde e possa auxiliar cada unidade de saúde e as autoridades competentes na elaboração de programas que possam minimizar a ocorrência da violência e os danos sobre a saúde física e mental dela decorrentes.

Profa. Marisa Palácios/Coordenadora da pesquisa

(CRM/RJ-52-42010-5) / (Matr.ufrij: 0136405)

Eu, _____ declaro que li, pude tirar minhas dúvidas, entendi e concordo em participar da pesquisa. Uma cópia deste termo ficará em meu poder.

ANEXO 3- DISTRIBUIÇÃO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE NO RJ**Setor Saúde da Cidade do Rio de Janeiro*****Estabelecimentos de saúde na cidade do Rio de Janeiro***

O Rio de Janeiro é uma grande cidade, possui 5.598.953 habitantes (estimativa para 1999, segundo IBGE). É a Segunda maior cidade do Brasil. Possui 1518 estabelecimentos de saúde em atividade. Os dados disponíveis para caracterização desses estabelecimentos e postos de trabalho provêm de duas fontes de informação:

- 1) AMS – Inquérito sobre Assistência Médico-Sanitária – é um censo nacional de todos os estabelecimentos de saúde, realizado pelo IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Aqui trabalharemos exclusivamente com os dados relativos à cidade do Rio de Janeiro.
- 2) DATASUS – Sistema de informação em saúde do Ministério da Saúde. Estaremos trabalhando com dois sistemas de informação – o SIA (sistema de informações ambulatoriais) e o SIH (Sistema de informações hospitalares).

Caracterização dos estabelecimentos de saúde

Chama-se Sistema Único de Saúde - SUS o sistema de saúde público, gratuito, que abrange todo o país. Este sistema é organizado de forma diferente em cada município. Integram esse sistema unidades públicas e privadas (essas últimas através da contratação de seus serviços).

Pela Constituição Federal, a complementação da oferta de serviços públicos de saúde deve ser feita, prioritariamente em unidades públicas. Portanto, no Rio de Janeiro, a SMS utiliza a capacidade instalada dos hospitais estaduais e federais, incluindo os hospitais universitários. Em seguida, se necessário, opta pelos serviços de instituições filantrópicas (Santa Casa, por exemplo) e finalmente, emprega a oferta das instituições de saúde de propriedade particular. A entrada da população no sistema é feita sempre pelos estabelecimentos ambulatoriais ou, em casos de urgência médica, pelos hospitais de emergência.

Estabelecimentos de saúde

- O Rio possui 1518 unidades distribuídas da seguinte forma:

Público	Municipal	106
	Estadual	32
	Federal	31
Privado	Contratado - SUS	105
	Particular (plano de saúde privado, outros)	1244

- Quanto ao regime de atendimento esses estabelecimentos podem ser:

Com internação	270
Sem internação	797
Serviços de apoio à diagnose e terapia	451

Esses serviços de apoio à diagnose e terapia serão excluídos uma vez que são pequenos estabelecimentos muito especializados (laboratório de análises clínicas, clínicas radiológicas, etc.). Estaremos limitando os estabelecimentos de saúde àqueles que realizam atendimentos ambulatoriais e com internação.

Estabelecimentos de saúde com internação

Para se ter uma idéia do que representa a rede hospitalar de atenção a saúde vejamos a distribuição do número de leitos conforme o estabelecimento seja público ou privado:

Público	Federal	4.807
	Estadual	3.481
	Municipal	3.600
Privado	Contratado pelo SUS	5.806
	Particular (plano de saúde privado, outros)	7.066
		24.760

Desta forma fica evidente a maior importância do sistema público de saúde (SUS) na oferta de serviços de saúde, concentrando leitos em hospitais de grande porte .

Estabelecimentos de saúde sem internação

Distribuição do número de consultórios conforme o estabelecimento seja público ou privado (total de estabelecimentos – 1087):

Público	Federal	1.384
	Estadual	719
	Municipal	1.332
Privado	Contratado pelo SUS	475
	Particular (plano de saúde privado, outros)	3.183
Total		7.093

Estabelecimentos de saúde com e sem internação – distribuição de postos de trabalho

Distribuição do número de postos de trabalho, superior/técnico/elementar/administrativo conforme o estabelecimento seja público ou privado (total de estabelecimentos – 1087):

Nível de qualificação		superio r	técnico	element ar	Admini s- trativo
Público	Federal	9.595	8.538	5.452	3.452
	Estadual	5.620	6.507	3.415	1.093
	Municipal	8.640	9.263	4.526	3.948
Privado	Contratado pelo SUS	4.026	3.940	1.956	1.924
	Particular (plano de saúde privado, outros)	19.009	10.525	7.249	5.095
Total		46.890	38.773	22.598	15.512

Verificamos, então, a proporção da oferta de serviços de saúde (capacidade instalada) e de postos de trabalho, pelo SUS, na cidade do Rio de Janeiro é de 71,5% dos leitos, 55,1% dos consultórios, 59,5% dos postos de trabalho de nível superior, 72,8% dos postos de trabalho de nível técnico/auxiliar, 67,9% dos postos de trabalho de nível elementar, 67,2% dos postos de trabalho de pessoal administrativo.

Dados de produção

Os dados de produção de serviços de saúde são relativos ao Sistema Único de Saúde. Seu sistema de informação oficial inclui dados de todos os procedimentos ambulatoriais e de internação

Dados consolidados pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro informam que a produção ambulatorial do SUS nesta cidade, no ano de 2000, foi de 55,5 milhões de procedimentos. Destes, 50,5% foram procedimentos especializados enquanto que 39,1%

referiram-se à atenção básica e 10,3% aos procedimentos de alta complexidade. Nas unidades de administração municipal foram realizados 51,7% dos procedimentos, 23,9% nos estabelecimentos estaduais, 6,1% nos federais, 10,1% nos hospitais Universitários; 4,1% nas entidades filantrópicas e 3,4% nas empresas privadas.

A produção hospitalar, relativa às internações do ano de 2000, está distribuída da seguinte forma: 38,6% nos estabelecimentos municipais; 16,9% nos Hospitais Universitários, 16,5% nos estaduais; 13,4% nos hospitais particulares contratados, 7,9% nos filantrópicos e 6,8% nos hospitais federais. Quanto à especialidade a qual se refere a internação, encontramos a seguinte distribuição: cirurgia - 30,0%; obstetrícia – 22,3%; clínica médica – 20,9%; psiquiatria – 13,7%; pediatria - 7,9%

1) Tipos de unidades que compõem a rede ambulatorial do SUS (fonte: Datasus,

ANEXO 4- QUESTIONÁRIO**Violência no Ambiente de Trabalho do Setor Saúde
Survey Confidencial³****Número - _____**
Contexto

A violência no local de trabalho tornou-se um fenômeno alarmante no mundo todo. A violência manifesta-se em agressão física, homicídio, agressão verbal, assédio moral, sexual e racial e estresse psicológico. A violência nem sempre pode ser identificada em um único evento, mas também pode ser expressa em pequenos repetidos eventos que no seu conjunto cria um grave malefício.

A organização Internacional do Trabalho (OIT), o Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Internacional de Serviços Públicos (ISP) iniciaram um programa conjunto para reduzir a incidência de violência no setor saúde e minimizar seu impacto negativo para as vítimas e serviços. A real dimensão do problema é desconhecida e pesquisas recentes mostram que as cifras atuais representam apenas a ponta do iceberg. A coleta de dados sobre a magnitude e natureza da violência no ambiente de trabalho é, portanto, um elemento importante desse programa conjunto.

Objetivo

O objetivo desta pesquisa é obter informação sobre a violência no local de trabalho no âmbito do setor saúde de diversos países em diferentes regiões geográficas do planeta. Em particular, esse questionário está investigando fatores que podem contribuir para a violência e as estratégias que podem preveni-la. Os resultados do questionário serão utilizados pelo Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da UFRJ para preparar um relatório sobre a natureza da violência no setor saúde na cidade do Rio de Janeiro. Os relatórios dos 7 países que estão participando do projeto irão fornecer informações de base para o desenho de políticas apropriadas dirigidas para a violência no local de trabalho no âmbito nacional e internacional.

Solicitamos a participação de vocês nesse esforço conjunto para promover a segurança do pessoal de saúde pelo mundo todo. Seu questionário completo é uma valiosa contribuição para aumentar a reflexão sobre o assunto e implementar políticas efetivas. Nós esperamos que isto forneça a vocês a oportunidade de expressar suas opiniões e balizar futuras ações diretas.

A decisão de participar da pesquisa respondendo esse questionário é sua e deve ser tomada depois que você tiver tirado todas as suas dúvidas com o pessoal da equipe de pesquisa. Você pode desistir de participar a qualquer momento. Seu nome não constará do questionário nem aparecerá em nenhum material público. Caso você não concorde em participar basta que nos devolva o questionário em branco.

Por favor, leia estas instruções atentamente

A maioria das questões fornece respostas de múltipla escolha que podem ser rapidamente respondidas assinalando os espaços vazios (quadrados). Quando responder **NÃO** a determinadas perguntas, você será solicitada/o a avançar para a próxima seção no sentido de poupar tempo.

Você pode parar em qualquer ponto. Se você não entender uma questão, deixe-a sem resposta e passe para a próxima. Nós garantimos que suas respostas serão consideradas em confidência e permanecerão anônimas. Os resultados do estudo estarão disponíveis em 2002.

Para os objetivos desta pesquisa, violência no local de trabalho é definida como:

*Eventos onde o profissional sofre abuso, ameaça ou ataque em circunstâncias relacionadas a seu trabalho, incluindo trajeto ida e volta, envolvendo uma ameaça implícita ou explícita para sua segurança, bem-estar ou saúde.*⁴

³ Através de doação generosa, muitas questões foram adaptadas do trabalho desenvolvido pela UNISON, a Organização de Enfermeiras Irlandesas e a Escola Real de Enfermagem do Reino Unido.

PD 12 Você trabalha em algum período entre 18:00 e 7:00 horas?

Sim Não

PD 13 Você interage com pacientes/clientes durante seu trabalho?

Sim Por favor, responda as questões **13.1 a 13.3**
Não Por favor, responda a questão **PD 14**

13.1 Você tem normalmente contato físico (lavando, virando, erguendo, etc.) com seus pacientes? Sim Não

13.2 Os pacientes/clientes com quem você trabalha mais freqüentemente são (marque todas as opções pertinentes):

Recém-nascido	Bebês
Crianças	Adolescentes (10-18 anos)
Adultos	Idosos

13.3 Você trabalha mais freqüentemente com pacientes do sexo:

Feminino Masculino Não há predominância

PD 14 Por favor, indique se você passa mais de 50% do seu tempo trabalhando com alguma das seguintes especialidades:

Deficientes físicos	Deficientes mentais
Atenção domiciliar	Pacientes fora de possibilidades terapêuticas atuais
AIDS/ HIV	Psiquiátrico
Cuidado materno-infantil	Geriatria
Saúde escolar	Segurança e saúde ocupacional
Outro, por favor, especifique: _____	

PD 15 Onde você passa a maior parte do tempo (mais de 50%) em seu emprego principal?
Por favor, escolha o tipo de estabelecimento que melhor o descreve:

Hospital, sendo o principal serviço:

ambulatório
clínica médica
cirurgia geral
psiquiatria
emergência
sala de cirurgia
UTI
administração
unidade especializada (pediatria, ortopedia, radiologia)
serviços técnicos (laboratório, esterilização)
serviços de apoio (cozinha, manutenção)
outro, por favor, especifique: _____

Serviço de Ambulância

Centro de Saúde

Serviço comunitário (por exemplo, atenção domiciliar, consultório)

Abrigo

Asilo para idosos / Casa de apoio

Centro de Reabilitação / Casa de convalescência

Outro, por favor, especifique: _____

PD 16 O número de profissionais presente no mesmo local de trabalho com você durante a maior parte do seu tempo de trabalho (mais de 50%) é:

nenhum 1-5 6-10 11-15 mais
de 15

PD 17 O quanto você está preocupado (a) com a violência em seu atual local de trabalho?
(Por favor dê valores de **1 = não está nem um pouco preocupado** a **5= muito preocupado**)

1 2 3 4 5

PD 18 Existem procedimentos para o relato de violência em seu local de trabalho?

Sim Não Não sabe

Se não ou não sabe, passe para a questão **PD 19**.

18.1 Se sim, você sabe como usá-los? Sim Não

PD 19 Existe algum estímulo para o relato de violência no local de trabalho?

Sim Não

Se não, por favor vá para a **próxima seção: B. Violência física no local de trabalho, na página 5.**

19.1 Se sim, da parte de quem:

administração/ empregador colegas
sindicato/associação a própria família/ amigos
conselho
outro, por favor especifique: _____

B. Violência física no local de trabalho

Por favor, ATENÇÃO: Violência física refere-se ao uso de força física contra outra pessoa ou grupo, que resulta em dano físico, sexual ou psicológico. Pode incluir soco, chute, tapa, esfaqueamento, tiro, empurrão, mordida e/ou beliscão, dentre outros.

VF 1 Nos últimos 12 meses, você foi fisicamente agredido em seu local de trabalho?

Sim Por favor, responda as questões **1.1 a 1.15**
Não Se não, por favor, passe para a questão **VF 2**

1.1 Se sim, por favor, pense na última vez em que você foi fisicamente agredido em seu local de trabalho. Como você descreveria este incidente?

Violência física com arma Violência física sem arma

1.2 Você considera isto um típico incidente de violência em seu local de trabalho?

Sim Não

- 1.3** Quem agrediu você?
- | | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| paciente / cliente | parentes de paciente / cliente |
| colega de trabalho | administrador / supervisor |
| colega ou trabalhador externo | público em geral |
- outro, por favor, especifique: _____
- 1.4** Onde ocorreu o incidente?
- dentro de uma instituição ou serviço
na casa do paciente / cliente
fora (no trajeto para o trabalho / visita domiciliar / casa)
outro: _____
- 1.5** A que horas isto ocorreu?
- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| 7:00 - antes das 13:00 | 18:00 - antes das 24:00 |
| 13:00 - antes das 18:00 | 24:00 - antes das 7:00 |
- 1.6** Em qual dia da semana aconteceu?
- | | | |
|---------------|--------------|---------|
| Segunda-feira | Quinta-feira | Domingo |
| Terça-feira | Sexta-feira | |
| Quarta-feira | Sábado | |
- 1.7** Como você reagiu ao incidente? Assinale todas as opções pertinentes:
- | | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| não teve reação | tentou fingir que nada aconteceu |
| pediu à pessoa para parar | tentou defender-se fisicamente |
| contou para amigos / familiares | buscou aconselhamento |
| contou para um colega | relatou para um chefe |
| pediu transferência | buscou ajuda do |
| sindicato/associação/conselho | |
| registrou o evento | registrou pedido de indenização |
| abriu processo | |
- outro: _____
- 1.8** Você acha que o incidente poderia ter sido evitado?
- Sim Não
- 1.9** Você se machucou como resultado do incidente?
- Sim Não Se não, por favor, passe para a questão **1.10**
- 1.9.1** Se sim, você solicitou assistência médica para os ferimentos?
- Sim Não

- 1.10** Abaixo encontra-se uma lista de problemas e queixas que as pessoas às vezes apresentam como resposta a experiências de vida estressantes, como o evento que você sofreu. Para cada item, por favor indique o quão incomodado você ficou com essas experiências desde a época do ataque. Por favor, assinale uma opção por questão:

Desde que você foi agredido, o quão incomodado você tem sido por:	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
(a) Memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras?					
(b) Evitar pensar ou falar sobre a agressão ou evitar sentimentos relacionados à mesma?					
(c) Permanecer “super-alerta”, vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso (a)?					
(d) Sentimento de que suas atividades passaram a ser mais penosas?					

- 1.11** Você teve que retirar-se do trabalho após a agressão?

Sim Não

Se não, por favor, passe para a questão **1.12**

- 1.11.1** Se sim, por quanto tempo?

Um dia 2-3 semanas 7-12 meses
2-3 dias um mês
Uma semana 2-6 meses

- 1.12** Foi tomada alguma providência para investigar as causas do incidente?

Sim Não Não sabe

Se não ou não sabe, passe para a questão **1.13**

- 1.12.1** Se sim, por quem?

Administrador/ empregador

Sindicato / associação

Conselho

Comunidade

Polícia

outro, por favor,

especifique: _____

- 1.12.2** Quais foram as consequências para o agressor?

nenhuma advertência verbal interrompeu
o tratamento

registro na polícia processo ao agressor

não sabe outro: _____

- 1.13** Seu empregador ou supervisor ofereceu ajudá-lo com:

Aconselhamento

Sim

Não

Oportunidade de falar ou relatar o ocorrido

Sim

Não

Outro tipo de suporte

Sim

Não

1.14 Avalie o seu grau de satisfação em relação à forma como o incidente foi tratado. (Por favor, dê valores de **1 = muito insatisfeito** a **5 = muito satisfeito**)

1 2 3 4 5

1.15 Se você não relatou ou falou sobre o incidente com outras pessoas porque não o fez?

Por favor, assinale todas as opções pertinentes:

não foi importante
sentiu-se envergonhado
sentiu-se culpado
não sabia a quem relatar
ficou com medo de conseqüências negativas
considerou que não seriam tomadas providências
outro, especifique: _____

VF 2 Nos últimos 12 meses, você presenciou incidentes ou violência física em seu local de trabalho?

Sim Não Se não, por favor, passe para a questão **VF 3**

2.1 Se sim, com que frequência isto tem acontecido nos últimos 12 meses?

Uma vez . Várias vezes ao mês
2-4 vezes . Cerca de uma vez por semana
5-10 vezes . Diariamente

VF3 Você relatou um incidente de violência no local de trabalho nos últimos 12 meses? (testemunhou ou experimentou)

Sim Não

Se não, por favor vá para a próxima seção: **C. Violência psicológica no local de trabalho, na página 8.**

3.1 Se sim, você foi instruído a relatar incidentes de violência no local de trabalho?

Sim Não

C. Violência psicológica no local de trabalho (abuso emocional)

Por favor, ATENÇÃO: Violência psicológica é definida como: uso intencional de poder, incluindo ameaça de força física, contra outra pessoa ou grupo, que possa resultar em dano ao desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral ou social.

Violência psicológica inclui agressão verbal, intimidação/assédio moral (humilhação/desmoralização pertinente), discriminação e ameaças. Estes termos são explicados em cada seção.

Cada forma de violência psicológica será abordada separadamente com as mesmas perguntas. Isto é importante para adquirir uma compreensão detalhada da violência no trabalho que você experimentou ou testemunhou.

Por favor responda, pelo menos, a primeira pergunta de cada seção. Caso a resposta seja "NÃO", dirija-se à próxima seção.

C. I. AGRESSÃO VERBAL

Por favor, ATENÇÃO: Agressão refere-se a comportamento que humilha, degrada ou, de outra forma, indica uma falta de respeito com a dignidade e valor do indivíduo.

AV 1 Nos últimos 12 meses, você foi agredido verbalmente em seu local de trabalho?

- Sim Por favor responda as perguntas seguintes
 Não Por favor vá para seção C II. INTIMIDAÇÃO / ASSÉDIO MORAL, na página 10.

AV 2 Com que frequência você foi agredido verbalmente nos últimos 12 meses?

- todo o tempo às vezes uma vez

AV 3 Por favor pense **na última vez** que você sofreu uma agressão verbal em seu local de trabalho. Quem agrediu você?

- paciente / cliente parentes de paciente / cliente
 colega de trabalho administrador / supervisor
 colega ou trabalhador externo público em geral
 outro, por favor, especifique: _____

AV 4 Você considera este um incidente típico de agressão verbal em seu local de trabalho?

- Sim Não

AV 5 Onde ocorreu a agressão?

- dentro de uma instituição ou serviço
 na casa do paciente / cliente
 fora (no trajeto para o trabalho / visita domiciliar / casa)
 outro: _____

AV 6 Como você reagiu à agressão verbal? Por favor marque todas as opções pertinentes.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> não teve reação | <input type="checkbox"/> tentou fingir que nada aconteceu |
| <input type="checkbox"/> pediu à pessoa para parar | <input type="checkbox"/> abriu processo |
| <input type="checkbox"/> contou para amigos / familiares | <input type="checkbox"/> buscou aconselhamento |
| <input type="checkbox"/> contou para um colega | <input type="checkbox"/> relatou para um chefe |
| <input type="checkbox"/> pediu transferência | <input type="checkbox"/> buscou ajuda do sindicato/associação |
| <input type="checkbox"/> registrou o incidente | <input type="checkbox"/> registrou pedido de indenização |
| <input type="checkbox"/> outro: _____ | |

AV 7 Abaixo encontra-se uma lista de problemas e queixas que as pessoas às vezes apresentam como resposta a experiências de vida estressantes, como o evento que você sofreu. Para cada item, por favor indique o quão incomodado você ficou com essas experiências desde a época em que você foi agredido . Por favor, assinale uma opção por questão:

Desde que você foi agredido, o quão incomodado você tem sido por:	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
(a) Memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras?					
(b) Evitar pensar ou falar sobre a agressão ou evitar sentimentos relacionados à mesma?					
(c) Permanecer “super-alerta”, vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso (a)?					
(d) Sentimento de que suas atividades passaram a ser mais penosas?					

AV 8 Você acha que o incidente poderia ter sido evitado?

Sim Não

AV 9 Foi tomada alguma providência para investigar as causas do incidente?

Sim Não Não sabe

Se não ou não sabe, passe para a questão **AV 10**

9.1. Se sim, por quem:

Administrador/ empregador Sindicato / associação
Conselho
Comunidade Polícia
outro, por favor, especifique: _____

9.2. Se sim, quais foram as conseqüências para o agressor?

nenhuma advertência verbal interrompeu
tratamento
registro na polícia processo ao agressor
não sabe outro: _____

AV 10 Seu empregador ou supervisor ofereceu ajudá-lo com:

Aconselhamento Sim Não
Oportunidade de falar ou relatar o ocorrido Sim Não
Outro tipo de suporte Sim Não

AV 11 Avalie o seu grau de satisfação em relação à forma como o incidente foi tratado.
(Por favor, dê valores de **1 = muito insatisfeito** a **5 = muito satisfeito**)

1 2 3 4 5

AV 12 Se você não relatou ou falou sobre o incidente com outras pessoas porque não o fez?
Por favor, assinale todas as opções pertinentes:

- não foi importante
- sentiu-se envergonhado
- sentiu-se culpado
- não sabia a quem relatar
- ficou com medo de conseqüências negativas
- considerou que não seriam tomadas providências
- outro, especifique: _____

C. II. INTIMIDAÇÃO / ASSÉDIO MORAL

Por favor, **ATENÇÃO**: 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 trabalhadoras/es.

IA 1 Nos últimos 12 meses, foi intimidado, humilhado, desqualificado ou desmoralizado de forma persistente em seu local de trabalho?

- Sim Por favor responda as perguntas seguintes
- Não Por favor vá para seção C III. ASSÉDIO SEXUAL, na página 12

IA 2 Com que freqüência isto tem acontecido nos últimos 12 meses

- todo o tempo às vezes uma vez

IA 3 Por favor pense **na última vez** em que você foi intimidado/agredido moralmente em seu lugar de trabalho. Quem agrediu você?

- paciente / cliente parentes de paciente / cliente
- colega de trabalho administrador / supervisor
- colega ou trabalhador externo público em geral
- outro, por favor, especifique: _____

IA 4 Você considera isto um incidente típico de intimidação/agressão moral em seu local de trabalho?

- Sim Não

IA 5 Onde ocorreu a agressão?

- dentro de uma instituição ou serviço
- na casa do paciente / cliente
- fora (no trajeto para o trabalho / visita domiciliar / casa)
- outro: _____

IA 6 Como você reagiu ao incidente? Assinale todas as opções relevantes

- não teve reação tentou fingir que nada aconteceu
- pediu à pessoa para parar abriu processo
- contou para amigos / familiares buscou aconselhamento
- contou para um colega relatou para um chefe
- pediu transferência buscou ajuda do sindicato/associação
- registrou o incidente registrou pedido de indenização
- outro: _____

- IA 7** Abaixo encontra-se uma lista de problemas e queixas que as pessoas às vezes apresentam como resposta a experiências de vida estressantes, como o evento que você sofreu. Para cada item, por favor indique o quão incomodado você ficou com essas experiências desde a época do ataque. Por favor, assinale uma opção por questão:

Desde que você foi agredido, o quão incomodado você tem sido por:	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
(a) Memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras?					
(b) Evitar pensar ou falar sobre a agressão ou evitar sentimentos relacionados à mesma?					
(c) Permanecer “super-alerta”, vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso (a)?					
(d) Sentimento de que suas atividades passaram a ser mais penosas?					

- IA 8** Você acha que o incidente poderia ter sido evitado?

Sim Não

- IA 9** Foi tomada alguma providência para investigar as causas do incidente?

Sim Não Não sabe

Se não ou não sabe, passe para a questão **IA 10**

- 9.1.** Se sim, por quem?

Administrador/ empregador Sindicato / associação Conselho
Comunidade Polícia

outro, por favor, especifique: _____

- 9.2.** Quais foram as conseqüências para o agressor?

nenhuma advertência verbal interrompeu
tratamento

registro na polícia processo ao agressor
não sabe outro: _____

- IA 10** Seu empregador ou supervisor ofereceu ajudá-lo com:

Aconselhamento Sim Não
Oportunidade de falar ou relatar o ocorrido Sim Não
Outro tipo de suporte Sim Não

- IA 11** Avalie o seu grau de satisfação em relação à forma como o incidente foi tratado.
(Por favor, dê valores de **1 = muito insatisfeito** a **5 = muito satisfeito**)

1 2 3 4 5

IA 12 Se você não relatou ou falou sobre o incidente com outras pessoas porque não o fez?
Por favor, assinale todas as opções pertinentes.

- não foi importante
- sentiu-se envergonhado
- sentiu-se culpado
- não sabia a quem relatar
- ficou com medo de conseqüências negativas
- considerou que não seriam tomadas providências
- outro, especifique: _____

C. III. ASSÉDIO SEXUAL

Por favor, ATENÇÃO: 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.

AS 1 Nos últimos 12 meses, você foi assediado sexualmente em seu local de trabalho?

- Sim Por favor responda as perguntas seguintes
- Não Por favor vá para seção C. IV. DISCRIMINAÇÃO RACIAL , na página

14

AS 2 Com que freqüência isto tem acontecido nos últimos 12 meses?

- todo o tempo
- às vezes
- uma vez

AS 3 Por favor pense **na última vez** que você sofreu assédio sexual em seu lugar de trabalho.
Quem assediou você?

- paciente / cliente
- colega de trabalho
- colega ou trabalhador externo
- outro, por favor, especifique: _____
- parentes de paciente / cliente
- administrador / supervisor
- público em geral

AS 4 Você considera isto um incidente típico de assédio sexual em seu local de trabalho?

- Sim
- Não

AS 5 Onde ocorreu o incidente?

- dentro de uma instituição ou serviço
- na casa do paciente / cliente
- fora (no trajeto para o trabalho / visita domiciliar / casa)
- outro: _____

AS 6 Como você reagiu ao incidente? Assinale todas as opções relevantes

- não teve reação
- pediu à pessoa para parar
- contou para amigos / familiares
- contou para um colega
- pediu transferência
- registrou o incidente
- outro: _____
- tentou fingir que nada aconteceu
- abriu processo
- buscou aconselhamento
- relatou para um chefe
- buscou ajuda do sindicato/associação
- registrou pedido de indenização

AS 7 Abaixo encontra-se uma lista de problemas e queixas que as pessoas às vezes apresentam como resposta a experiências de vida estressantes, como o evento que você sofreu. Para cada item, por favor indique o quão incomodado você ficou com essas experiências desde a época do assédio. Por favor, assinale uma opção por questão:

Desde que você foi agredido, o quão incomodado você tem sido por:	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
(a) Memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras?					
(b) Evitar pensar ou falar sobre a agressão ou evitar sentimentos relacionados à mesma?					
(c) Permanecer “super-alerta”, vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso (a)?					
(d) Sentimento de que suas atividades passaram a ser mais penosas?					

AS 8 Você acha que o incidente poderia ter sido evitado?

Sim Não

AS 9 Foi tomada alguma providência para investigar as causas do incidente?

Sim Não Não sabe

Se não ou não sabe, passe para a questão **AS 10**

9.1. Se sim, por quem?

Administrador/ empregador Sindicato / associação Conselho
Comunidade Polícia
outro, por favor, especifique: _____

9.2. Quais foram as conseqüências para o agressor?

nenhuma advertência verbal interrompeu tratamento
registro na polícia processo ao agressor
não sabe outro: _____

AS 10 Seu empregador ou supervisor ofereceu ajudá-lo com:

Aconselhamento Sim Não
Oportunidade de falar ou relatar o ocorrido Sim Não
Outro tipo de suporte Sim Não

AS 11 Avalie o seu grau de satisfação em relação à forma como o incidente foi tratado.
(Por favor, dê valores de **1 = muito insatisfeito** a **5 = muito satisfeito**)

1 2 3 4 5

AS 12 Se você não relatou ou falou sobre o incidente com outras pessoas porque não o fez?
Por favor, assinale todas as opções pertinentes.

não foi importante
sentiu-se envergonhado
sentiu-se culpado
não sabia a quem relatar
ficou com medo de conseqüências negativas
considerou que não seriam tomadas providências
outro, especifique: _____

C. IV. DISCRIMINAÇÃO RACIAL

Por favor, **ATENÇÃO**: Discriminação racial refere-se a qualquer conduta ameaçadora que é baseada em raça, cor, idioma, nacionalidade, religião, associação com uma minoria, nascimento ou outro status que seja unilateral ou indesejável e que afeta a dignidade de mulheres e homens no trabalho.

DR 1 Nos últimos 12 meses, você sofreu discriminação racial em seu local de trabalho?

Sim Por favor responda as perguntas seguintes
Não Por favor vá para seção **D. Empregador/Patrão do Setor de Saúde, na**

página 16

DR 2 Com que frequência isto tem acontecido nos últimos 12 meses?

todo o tempo às vezes uma vez

DR 3 Por favor pense **na última vez** que você sofreu discriminação sexual em seu lugar de trabalho. Quem discriminou você?

paciente / cliente parentes de paciente / cliente
colega de trabalho administrador / supervisor
colega ou trabalhador externo público em geral
. outro, por favor, especifique: _____

DR 4 Você considera isto um incidente típico de discriminação racial em seu local de trabalho?

Sim Não

DR 5 Onde ocorreu o incidente?

dentro de uma instituição ou serviço
na casa do paciente / cliente
fora (no trajeto para o trabalho / visita domiciliar / casa)
. outro: _____

DR 6 Como você reagiu ao incidente? Assinale todas as opções relevantes

não teve reação	tentou fingir que nada aconteceu
pediu à pessoa para parar	abriu processo
contou para amigos / familiares	buscou aconselhamento
contou para um colega	relatou para um chefe
pediu transferência	buscou ajuda do sindicato/associação
registrou o incidente	registrou pedido de indenização
outro: _____	

DR 7 Abaixo encontra-se uma lista de problemas e queixas que as pessoas às vezes apresentam como resposta a experiências de vida estressantes, como o evento que você sofreu. Para cada item, por favor indique o quão incomodado você ficou com essas experiências desde a época do assédio. Por favor, assinale uma opção por questão:

Desde que você foi agredido, o quão incomodado você tem sido por:	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
(a) Memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras?					
(b) Evitar pensar ou falar sobre a agressão ou evitar sentimentos relacionados à mesma?					
(c) Permanecer “super-alerta”, vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso (a)?					
(d) Sentimento de que suas atividades passaram a ser mais penosas?					

DR 8 Você acha que o incidente poderia ter sido evitado?

Sim Não

DR 9 Foi tomada alguma providência para investigar as causas do incidente?

Sim Não Não sabe

Se não ou não sabe, passe para a questão **DR 10**

9.1. Se sim, por quem?

Administrador/ empregador Sindicato / associação Conselho
Comunidade Polícia

outro, por favor, especifique: _____

9.2. Quais foram as conseqüências para o agressor?

nenhuma advertência verbal interrompeu
tratamento

registro na polícia processo ao agressor
não sabe outro: _____

DR 10 Seu empregador ou supervisor ofereceu ajudá-lo com:

Aconselhamento Sim Não
Oportunidade de falar ou relatar o ocorrido Sim Não
Outro tipo de suporte Sim Não

DR 11 Avalie o seu grau de satisfação em relação à forma como o incidente foi tratado. (Por favor, dê valores de **1 = muito insatisfeito** a **5 = muito satisfeito**)

1 2 3 4 5

DR 12 Se você não relatou ou falou sobre o incidente com outras pessoas porque não o fez?
Por favor, assinale todas as opções pertinentes.

não foi importante
sentiu-se envergonhado
sentiu-se culpado
não sabia a quem relatar
ficou com medo de conseqüências negativas
considerou que não seriam tomadas providências
outro, especifique: _____

D. Empregador / Patrão do Setor de Saúde

EP 1 Seu empregador desenvolve condutas específicas para:

Saúde e segurança	Sim	Não	Não sabe
Violência física no local de trabalho	Sim	Não	Não sabe
Agressão verbal	Sim	Não	Não sabe
Assédio sexual	Sim	Não	Não sabe
Discriminação Racial	Sim	Não	Não sabe
Intimidação/Agressão moral	Sim	Não	Não sabe
Ameaça	Sim	Não	Não sabe

EP 2 Quais medidas para lidar com a violência no trabalho existem no local em que você trabalha? Por favor, marque todas as opções pertinentes.

Medidas de segurança (por exemplo, guardas, alarmes, telefones celulares)

Melhoras no ambiente (por exemplo, iluminação, ruídos, condicionamento do ar, limpeza, privacidade, acesso à cozinha)

Acesso restrito ao público

Classificação do paciente (para registro e para estar ciente de comportamento agressivo anterior)

Protocolos de conduta para o paciente (por exemplo, procedimentos de controle e contenção, transporte, medicação, programação de atividades, acesso à informação)

Restrição de manipulação de dinheiro feita no local de trabalho (por exemplo, taxas pagas pelo paciente)

Aumento do número de funcionários

Procedimentos de checagem para os funcionários (especialmente para visita domiciliar)

Equipamento ou vestimenta especial (por exemplo, uniforme ou ausência de uniforme)

Troca de plantão ou escala

Redução dos períodos em que está trabalhando sozinho

Treinamento (por exemplo, violência no local de trabalho, estratégias de enfrentamento, habilidade de comunicação, resolução de conflitos, defesa pessoal)

Investimentos em desenvolvimento de recursos humanos (treinamento para promoção, aposentadoria, prêmios, promoção de ambiente saudável)

Nenhuma

Outra: _____

EP 3 Quanto você acha que estas medidas poderiam melhorar seu local de trabalho?

	Muito	Moderada-mente	Pouco	Nada
Medidas de segurança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Melhoras no ambiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acesso restrito ao público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Classificação do paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protocolos de conduta para o paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restrição da manipulação de dinheiro feitas no local de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumento no número de funcionários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procedimentos de checagem para os funcionários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipamento ou vestimenta especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troca de plantão ou escala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Redução dos períodos em que está trabalhando sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treinamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desenvolvimento de recursos humanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EP 4 Quais das mudanças abaixo foram feitas no seu local de trabalho nos últimos 2 anos?

- reestruturação/reorganização adição de recursos
 demissão de funcionários contratação de funcionários
 restrição de recursos nenhuma
 outra _____ não sabe

EP 5 Na sua opinião, que impacto essas mudanças causaram no seu trabalho diário? Por favor, marque todas as opções pertinentes.

- agravou a situação dos funcionários
 melhorou a situação dos funcionários
 agravou a situação dos pacientes/clientes
 melhorou a situação dos pacientes/clientes
 nenhum
 não sabe
 Outro: _____

E. Opiniões sobre violência no trabalho

- O 1** Na sua opinião, quais são os três mais importantes fatores que contribuem para a violência física no local de trabalho?

- O 2** Na sua opinião, quais são os três mais importantes fatores que contribuem para a violência psicológica (não física) no local de trabalho?

- O 3** Na sua opinião, quais são as três mais importantes medidas que podem reduzir a violência no seu local de trabalho?

ANEXO 5 -**Escolaridade e qualificação dos profissionais participantes da pesquisa**

Participaram da pesquisa profissionais que atuam no setor saúde com diferentes funções e escolaridade.

Para a melhor compreensão dos níveis de escolaridade dos profissionais envolvidos na pesquisa ressaltamos que no Brasil, os níveis de ensino segundo legislação específica do Ministério da Educação e Cultura são classificados da seguinte forma:

NÍVEL FUNDAMENTAL – Obrigatoriedade para toda a população, abrangendo a faixa etária de 7 à 14 anos e com duração de 08 anos. Não contempla o educando com formação profissional,

NÍVEL MÉDIO – não é obrigatório, algumas escolas são profissionalizantes tendo o aluno, uma qualificação técnica em diferentes áreas de conhecimento, duração mínima de 03 anos;

NÍVEL SUPERIOR- são os considerados cursos universitários, com duração entre 04 e 06 anos

Algumas categorias profissionais de nível superior que participaram da pesquisa estão relacionadas a seguir e contribuem diretamente para o diagnóstico, tratamento e reabilitação dos usuários da rede de serviços de saúde. São elas: Médicos, Odontólogos, Fisioterapeutas, Psicólogos, Nutricionistas, Musicoterapeutas, Assistente Sociais, Enfermeiro, Fonoaudiólogos, Farmacêuticos e Biólogos.

Participaram também da pesquisa profissionais de níveis técnico e elementar. Os profissionais de *nível elementar*, são aqueles que possuem o ensino fundamental completo ou não. Alguns deles têm contato direto com o paciente e possuem cursos de treinamento para exercer suas atividades podendo citar como exemplo, os auxiliares de enfermagem. Outros profissionais de nível elementar não têm contato direto com os pacientes e nem há exigência de formação específica, como exemplo as copeiras que trabalham nas enfermarias.

Os profissionais de *nível técnico* são aqueles que têm como grau de escolaridade o ensino médio. O ensino de *nível médio* pode ser profissionalizante ou não. Quando profissionalizante, habilita-se para uma atividade específica., como exemplo os técnicos de enfermagem, laboratório, fisioterapia, raio x, etc.

Foram selecionados para participar da pesquisa, profissionais da área administrativa no setor saúde que possuem diferentes níveis de escolaridade, ou seja, fundamental, médio e superior, desempenhando funções diversas de natureza burocrática. Dentre os profissionais da administração que participaram da pesquisa podemos citar os engenheiros, analistas de sistemas com escolaridade correspondente a nível superior, operadoras de telemarketing, técnicos em administração, faturistas, recepcionistas, de nível médio; ascensoristas, copeiros, pessoal de limpeza com escolaridade correspondente ao nível elementar..

ANEXO 6— CARTA AOS TRABALHADORES
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NÚCLEO DE ESTUDOS DE SAÚDE COLETIVA

Prezado funcionário

É com um imenso prazer que informamos que esta unidade foi escolhida para participar de uma pesquisa que visa conhecer melhor a que tipo de violência os profissionais da saúde estão expostos no trabalho e possibilitar o desenvolvimento de estratégias efetivas para minimizar a violência e suas conseqüências sobre a saúde desses profissionais.

A Organização Internacional do Trabalho, a Organização Mundial da Saúde, o Conselho Internacional de Enfermagem e a Organização Internacional de Serviços Públicos, estão coordenando e financiando esse projeto de pesquisa “*Violência no Trabalho no Setor Saúde*”.

É um projeto de pesquisa multicêntrico, será realizado em 7 outros países. O Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva (NESC) da UFRJ é a instituição responsável por sua realização na cidade do Rio de Janeiro, sob coordenação da Profa. Marisa Palácios.

Este é um primeiro contato que visa informá-lo que nos dois próximos meses nossa equipe estará percorrendo as instalações desta unidade solicitando a colaboração de todos para o sucesso da pesquisa. Cada membro da equipe estará identificado com um crachá com seu nome legível, o nome da pesquisa e a instituição responsável (NESC-UFRJ). Nem todos os funcionários da unidade responderão ao questionário da pesquisa. A partir da lista de funcionários de sua unidade, selecionaremos aleatoriamente uma amostra (em torno de 15%). Esses 15% serão solicitados a responder o questionário da pesquisa. Como o trabalho em saúde é um trabalho de equipe, é a todos que solicitamos a colaboração no sentido de viabilizar que os sorteados possam dispor de 20 minutos para responder o questionário.

O projeto de pesquisa foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do NESC e aprovado. Caso julgue necessário maiores informações, por favor entre em contato conosco pelo telefone – 99975677 (Marisa Palacios) ou 25626224 / 25626223.

A participação na pesquisa é inteiramente voluntária, só responderá o questionário quem assim o desejar. O sorteio não implica em qualquer obrigatoriedade. Quem não quiser participar não sofrerá nenhum incômodo. Informamos ainda que o questionário não será identificado e todos podem estar absolutamente seguros de que nenhum nome será vinculado a qualquer questionário garantindo total sigilo das informações prestadas. Nenhum nome em nenhum momento será divulgado.

Esperamos que esta pesquisa traga maiores informações sobre a violência, suas conseqüências e seus determinantes no setor saúde e possa auxiliar cada unidade e as autoridades competentes na elaboração de programas que possam minimizar a ocorrência da violência e os danos sobre a saúde física e mental dela decorrentes.

A equipe apreciaria fazer uma apresentação e discussão dos resultados da pesquisa em sua unidade.

Desde já agradecemos.

Respeitosamente,

Profa. Marisa Palácios
Coordenadora da Pesquisa
(CRM/RJ-52-42010-5) (Matr.UFRJ: 0136405)