

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DO OESTE – CEO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

KACIANE BOFF BAUERMANN

A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO UM BOM LUGAR PARA
TRABALHAR: uma campanha para a prevenção da violência no trabalho em Santa
Catarina

CHAPECÓ-SC

2020

KACIANE BOFF BAUERMANN

**A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO UM BOM LUGAR PARA
TRABALHAR: uma campanha para a prevenção da violência no trabalho em Santa
Catarina**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC, do Centro de Educação Superior do Oeste – CEO, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Profa. PhD. Leticia de Lima Trindade

Co-orientadora: Profa. Dra. Rosana Amora Ascari

CHAPECÓ-SC

2020

FICHA CATALOGRÁFICA

**Ficha catalográfica elaborada pelo programa de geração automática da
Biblioteca Setorial do CEO/UEDESC,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

Bauermann, Kaciane Boff

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO UM BOM LUGAR

PARA TRABALHAR : uma campanha para a prevenção da
violência no trabalho em Santa Catarina / Kaciane Boff Bauermann.
-- 2020.

110 p.

Orientadora: Letícia de Lima Trindade

Coorientadora: Rosana Amora Ascari

Dissertação (mestrado) -- Universidade do Estado de Santa
Catarina, Centro de Educação Superior do Oeste, Programa de
Pós-Graduação Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à
Saúde, Chapecó, 2020.

1. Violência. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Pessoal da Saúde.
4. Enfermeiros. 5. Prevenção Primária. I. Trindade, Letícia de Lima.
II. Ascari, Rosana Amora. III. Universidade do Estado de Santa
Catarina, Centro de Educação Superior do Oeste, Programa de
Pós-Graduação Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à
Saúde. IV. Título.

KACIANE BOFF BAUERMANN

**A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO UM BOM LUGAR PARA
TRABALHAR:** uma campanha para a prevenção da violência no trabalho em Santa
Catarina

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção
Primária à Saúde, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre, da
Universidade do Estado de Santa Catarina.

Banca Examinadora

Orientador:

Profa. PhD Letícia de Lima Trindade
Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC

Co-orientador:

Profa. Dra. Rosana Amora Ascari
Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC

Membro Externo:

Profa. Dra. Daiana Dal Pai
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Membro Interno:

Prof. Dra. Carine Vendruscolo
Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC

Chapecó - SC, 24/07/2020.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço e louvo a Deus pela vida, pelas oportunidades de aprendizagem e evolução pessoal, e por ter colocado no meu caminho pessoas maravilhosas.

Agradeço a minha família pelo amor e apoio incondicional.

À orientadora Professora Letícia de Lima Trindade, pelo exemplo de profissional e ser humano, me apoiando em todos os momentos, inclusive os mais difíceis.

À co-orientadora Professora Rosana Amora Ascari, pela prestatividade, apoio e atenção.

Às minhas colegas enfermeiras Maiara Daís Schoeninger e Grasielle Fatima Busnello pelo apoio e parceria que irá perdurar. Agradeço também a todas as integrantes do Grupo de Estudos sobre Saúde e Trabalho (GESTRA).

Aos professores(as) do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) pelo aprendizado e conhecimento compartilhado.

Às colegas da segunda turma do MPEAPS pela troca de experiências, amizade, parceria, lanches, chimarrão e risadas.

Agradeço a Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela manutenção dos cursos de Pós-graduação no país.

À Gerência Regional de Saúde, principalmente às minhas colegas Simone Orlandi, Vivianne Dal Piva, Lúcia Fuzinato e Ana Cristina Kempfer pelo suporte e apoio prestado durante os dois anos.

Aos profissionais de saúde envolvidos na pesquisa, que proporcionaram voz, conteúdo e visibilidade aos produtos desenvolvidos.

RESUMO

Introdução: estudos nacionais e internacionais demonstram que a violência no local de trabalho é um problema de saúde pública em todo mundo, frequentemente enfrentado pelos profissionais de saúde nos seus ambientes laborais, perpetrada na forma psíquica e física. Nesse trabalho buscou-se olhar para o problema na Atenção Primária à Saúde, uma vez que a violência no trabalho é uma realidade presente e possui interferência negativa no processo laboral e na saúde dos trabalhadores deste setor. **Objetivos:** desenvolver uma campanha publicitária com foco na prevenção da violência no trabalho, bem como para promoção da Cultura de Paz a partir da análise do fenômeno no contexto das equipes de Saúde da Família. **Método:** para condução da Campanha realizou-se um estudo quantitativo, que teve como cenário a região Oeste de Santa Catarina, composta por 22 municípios, totalizando 49 equipes, com participação de 280 profissionais de saúde, que responderam o questionário *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector*. O estudo respeitou os aspectos éticos recomendados nas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa (pareceres n. 713.728; n. 2.835.706; n.3.414.195). Para o desenvolvimento da campanha publicitária, realizou-se (1) Criação e avaliação da mensagem; (2) Desenvolvimento criativo e execução e (3) Revisão da responsabilidade Social do conteúdo. O público alvo foram profissionais que compõe as equipes de Saúde da Família. O período estabelecido para a Campanha foi de dezembro de 2019 a dezembro de 2020. **Resultados:** com base nos achados do estudo sobre a violência na Atenção Primária à Saúde e nos achados de uma Revisão Integrativa na Literatura sobre o tema, a Campanha culminou no desenvolvimento de diferentes mídias: Webpalestra na Plataforma Telessaúde; logomarca; *podcast*; *banner*; *flyer*; boletim informativo; vídeos para televisores em salas de espera, vídeos para redes sociais direcionados para profissionais de saúde, usuários, gestores e sociedade civil. Foram selecionados como canais de comunicações aqueles de ampla e rápida divulgação, de baixo custo e acessíveis aos pesquisadores e ao público alvo. Contou-se com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina, com uma equipe de pesquisadores do Grupo de Estudos sobre Saúde e Trabalho da Universidade do Estado de Santa Catarina, bem como com as parcerias com a Universidade Federal da Fronteira Sul, que culminou no “FronteiraCast Saúde” e com a parceira já estabelecida com o Telessaúde de Santa Catarina. O material também foi divulgado e disponibilizado de modo eletrônico por meio da página de *web* específica da Universidade do Estado de Santa Catarina e do Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. **Conclusão:** como uma tecnologia social, a Campanha poderá fornecer informações que possam ampliar o debate, a reflexão e sensibilização dos profissionais de saúde, bem como os gestores e os usuários, acerca da importância de prevenir a violência no trabalho e fomentar a Cultura de Paz, especialmente nos serviços de saúde.

Descritores: Violência. Atenção Primária à Saúde. Pessoal da Saúde. Enfermeiros.

Palavras-Chave: Cultura da Paz.

ABSTRACT

Introduction: national and international studies show that violence in the workplace is a public health problem worldwide, often faced by health professionals in their work environments, perpetrated in psychic and physical form. In this work, we sought to look at the problem in Primary Health Care, since violence at work is a present reality and has a negative interference in the work process and in the health of workers in this sector. **Objectives:** to develop an advertising campaign focused on the prevention of violence at work, as well as to promote the Culture of Peace from the analysis of the phenomenon in the context of the Family Health teams. **Method:** to conduct the Campaign, a quantitative study was carried out, which took place in the western region of Santa Catarina, composed of 22 municipalities, totaling 49 teams, with the participation of 280 health professionals, who answered the Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector. The study respected the ethical aspects recommended in Resolutions 466/2012 and 510/2016 of the National Health Council, approved by the Research Ethics Committee (opinions no. 713,728; no. 2,835,706; n.3,414,195). For the development of the advertising campaign, (1) Creation and evaluation of the message; (2) Creative development and execution and (3) Social responsibility review of the content. The target audience was professionals who make up the Family Health teams. The period set for the Campaign was from December 2019 to December 2020. **Results:** based on the findings of the study on violence in Primary Health Care and the findings of an Integrative Literature Review on the topic, the Campaign culminated in the development of different media: Web lecture on the Telehealth Platform; logo; podcast; banner; flyer; informative report; videos for televisions in waiting rooms, videos for social networks aimed at health professionals, users, managers and civil society. Widespread and rapid dissemination, low cost and accessible to researchers and the target public were selected as communication channels. There was funding from the Foundation for the Support or Research and Innovation of the State of Santa Catarina, with a team of researchers from the Study Group on Health and Work of the University of the State of Santa Catarina, as well as partnerships with the Federal University of Santa Catarina. Fronteira Sul, which culminated in “FronteiraCast Saúde” and with the partner already established with Telessaúde of Santa Catarina. The material was also disseminated and made available electronically through the specific web page of the State University of Santa Catarina and the Regional Nursing Council of Santa Catarina. **Conclusion:** as a social technology, the Campaign can provide information that can broaden the debate, reflection and awareness of health professionals, as well as managers and users, about the importance of preventing violence at work and promoting a Culture of Peace, especially in health services.

Descriptors: Violence; Primary Health Care; Health Personnel; Nursing.

Key words: Culture of Peace.

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

ARTIGO DE REVISÃO	38
Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção de artigos da RI, de acordo com PRISMA	40
Tabela 1 - Artigos que abordaram a violência no trabalho dos profissionais que atuam na APS, segundo o título	41
Tabela 2 – Frequência e percentual dos artigos, segundo país de origem da pesquisa .	42
ARTIGO ORIGINAL	48
Tabela 1 - Características sociolaborais dos participantes (n= 280) e associação com a ocorrência de violência no trabalho	51
Tabela 2 – Distribuição dos diferentes tipos de violência sofrida conforme ocorrência, perpetrador e local	52
Tabela 3 – Ocorrência dos diferentes tipos de violência por categoria profissional	53
CAPÍTULO DE LIVRO	
Figura 1 – Fluxograma das etapas da metodologia da Campanha Publicitária	64
Figura 2 - Logomarca da Campanha “A APS como um bom lugar para trabalhar”	65
Figura 3 - Logomarca FronteiraCast Saúde	66
Figura 4 - Imagem criada para os flyers e banners da campanha	67
Figura 5 - Banner para as salas de reuniões das eSF	68
Figura 6 - <i>Flyer</i> para as salas de reuniões e sala de espera, respectivamente das Unidades Básicas de Saúde	69
Figura 7 - Boletim Informativo sobre formas de enfrentamento da violência	70
Figura 8 - Imagem do Vídeo "Enfrentamento da violência: Cultura da Paz"	71
Figura 9 - Imagem do Vídeo "Violência: conceito e tipos"	71
Figura 10 - Imagem da Página virtual do Centro de Educação Superior do Oeste da UDESC com os materiais da Campanha	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ACE	Agente de Combate às Endemias
AE	Auxiliar de Enfermagem
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CD	Cirurgião Dentista
Cerest	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
COREN-SC	Conselho Regional de Enfermagem, sessão Santa Catarina
ENF	Enfermeiro
eSB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe Saúde da Família
eAB	Equipe da Atenção Básica
et al	E colaboradores
FAPESC	Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina
Gestra	Grupo de Estudos sobre Saúde e Trabalho
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros
ME	Médico
MPEAPS	Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde
MS	Ministério da Saúde
n	Frequência
n°	Número
Nasf-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde

p	Página
p	Probabilidade de Significância
Pnab	Política Nacional de Atenção Básica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RI	Revisão Integrativa
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SC	Santa Catarina
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE	Técnico de Enfermagem
TSB	Técnicos em Saúde Bucal
TV	Televisor
UBS	Unidade Básica de Saúde
Udesc	Universidade do Estado de Santa Catarina
UFFS	Universidade Federal da Fronteira Sul
Unesco	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
Visat	Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO DA MESTRANDA	13
1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	19
2.1 OBJETIVO GERAL	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3 REVISÃO DA LITERATURA	20
3.1 O TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	20
3.2 VIOLÊNCIA NO TRABALHO	25
3.2.1 Violência no trabalho da Estratégia Saúde da Família	28
3.2.2 Cultura de Paz no trabalho	31
4 ABORDAGEM METODOLÓGICA DO ESTUDO	34
4.1 TIPO DE ESTUDO	34
4.2 DESENHO, LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	34
4.3 PROTOCOLO DO ESTUDO	35
4.4 PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS	36
4.5 O DESENVOLVIMENTO DA CAMPANHA PUBLICITÁRIA	36
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	37
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
5.1 ARTIGO DE REVISÃO – VIOLÊNCIA NO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: Revisão integrativa da literatura	38
5.2 ARTIGO ORIGINAL – EXPOSIÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL À VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO	47
5.3 CAPÍTULO DE LIVRO – A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO UM BOM LUGAR PARA TRABALHAR: uma campanha para a prevenção da violência no trabalho em Santa Catarina	59
CONCLUSÃO	77
REFERÊNCIAS	79

ANEXOS	87
ANEXOS A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – SURVEY QUESTIONNAIRE WORKPLACE VIOLENCE IN THE HEALTH SECTOR	87
ANEXOS B – PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO – CEP SH/ UDESC	99
ANEXOS C – DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS	105
APÊNDICES	106
APÊNDICES A – TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ...	106

APRESENTAÇÃO DA MESTRANDA

Nessa parte inicial do texto gostaria de fazer uma breve apresentação da minha trajetória profissional. Possuo graduação em Enfermagem pela Universidade do Contestado Campus de Concórdia (2003) e Licenciatura pela Universidade do Vale do Itajaí (2008). Posteriormente realizei e conclui uma especialização em Saúde Pública pela Universidade Internacional de Curitiba (2004) e em Saúde da Família pela Universidade aberta do Sistema Único de Saúde (SUS) - Universidade Federal de Santa Catarina (2011).

Atuei como Enfermeira na Sociedade Beneficente Hospitalar Maravilha por cinco anos, também atuei como professora colaboradora da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e por quatro anos na Atenção Primária à Saúde (APS), como enfermeira da Estratégia Saúde da Família no município de Maravilha. Desde de 2014, mediante concurso público, trabalho na Gerência Regional de Saúde deste município, vinculada à Vigilância em Saúde, o que no meu olhar, me coloca em uma trajetória profissional dentro do contexto da APS e motivo pelo qual procurei o Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da UDESC, na linha de Gestão e no Grupo de Estudos sobre Saúde e Trabalho (GESTRA), buscando-se qualificação para melhor atuar na gerência e apoio às equipes desse nível assistencial.

Durante minha experiência na APS, sempre foi motivo de inquietação a falta de atenção, valorização ou até mesmo um simples olhar voltado aos profissionais de saúde, pois são inúmeros os desafios por eles enfrentados durante sua atuação profissional.

Com a oportunidade da qualificação através do MPEAPS, vislumbrei a possibilidade de contribuir com algo para mudança e melhoria desse cenário. A proximidade com a linha de pesquisa e, posteriormente ao ingressar no Grupo de Estudos sobre Saúde e Trabalho, permitiram entender o quanto necessário seria trabalhar a prevenção da violência no trabalho dos profissionais de saúde da minha região.

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como “uso intencional ou ameaça de uso da força física contra outra pessoa ou si próprio, que resulta, ou tem a probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico” (OMS, 2002, p. 5).

No contexto do trabalho, observa-se que a violência se tornou um fenômeno crescente, considerada um problema de saúde pública, com forte impacto na vida das pessoas (KRUG et al., 2002). Este tem se mostrado intenso e vivo; apresenta contornos sutis que, por vezes confundem e levam a identificar a multiplicidade de atos individualizados, mal-intencionados e até perversos (BARRETO, HELOANI, 2015).

Minayo et al., (2018, p. 2) afirmam que:

A violência afeta a saúde individual e coletiva, provoca mortes, lesões, traumas físicos e mentais; diminui a qualidade de vida das pessoas e das comunidades; coloca novos problemas para o atendimento médico e para os serviços; e evidencia a necessidade de uma atuação de prevenção e tratamento de base interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e socialmente engajada.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) reconhece a violência no trabalho como qualquer ação, incidente ou comportamento fundamentado em uma atitude voluntária do agressor, em decorrência da qual um profissional é agredido, ameaçado, ou sofre algum dano ou lesão durante a realização, ou como resultado direto, do seu trabalho (OIT et al., 2002).

Tal organização classifica a violência no trabalho como violência física e psicológica. A primeira caracteriza-se pelo uso de força física contra outra pessoa ou grupo, sendo que pode causar danos físicos, sexuais ou psicológicos, dos quais inclui empurrões, tapas, socos, punhaladas, tiros e outros. Já o segundo tipo de violência mencionado é definido pelo uso intencional de poder, ameaças de agressão física, que pode prejudicar o desenvolvimento moral, físico, mental, espiritual ou social. Dentre os tipos de violência psicológica encontram-se a agressão verbal, identificada por comportamento humilhante e desrespeitoso à dignidade; a intimidação/assédio moral, reconhecida pela humilhação constante e persistente; o assédio sexual, caracterizado por constrangimento ou ofensas de natureza sexual; e por fim, a discriminação racial, sendo

a diferenciação por etnia e/ou cor, nacionalidade e religião (OIT, 2002; PALACIOS, 2002).

A violência no Brasil é um fenômeno complexo com raízes históricas e grandes desigualdades sociais, qualquer tentativa de enfrentamento necessita se fundamentar em uma política de promoção da vida, o que exige uma abordagem de cunho interdisciplinar que envolva políticas sociais inclusivas. No País, as ações de enfrentamento das violências nos últimos anos foram implementadas por meio de políticas públicas articuladas, mas muito há por fazer para reduzir mortes e lesões por violências, necessitando ser uma causa prioritária para gestores, profissionais e sociedade (MALTA et al., 2017).

Estudiosos (Rincon-Del Toro et al., 2016; Dal Pai et al., 2018) apontam que no setor da saúde a violência perpetrada é normalmente motivada pela expectativa não realizada de acesso a serviços, demora no atendimento, falta de acesso à informações, descortesia do profissional que atende, insatisfação com a assistência recebida, instalações das unidades de saúde inadequadas, problemas neurológicos ou agressividade do usuário, vulnerabilidade social, violência e criminalidade na localidade onde se situa a unidade de saúde.

Investigações nacionais e internacionais (Bordignon, Monteiro, 2016; Ferri et al., 2016; Abdellah, Salama, 2017; Rodríguez-Campo, Paravic-Klijn, 2017; Cheung, Lee, 2017; Pekurinen, 2017) apontam que a violência é um problema significativo enfrentado pelos profissionais de saúde nos seus ambientes laborais, perpetrada na maioria das vezes através da violência psíquica e física, sendo a primeira mais evidenciada nos estudos.

Diante desses aspectos e tendo em vista o quantitativo da força de trabalho advinda do setor saúde, faz-se necessário estudar o fenômeno da violência em diferentes contextos assistenciais. Nesse projeto busca-se olhar para o problema no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS).

No Brasil, a APS é uma estratégia de reordenamento do Sistema Único de Saúde (SUS), que deve estar organizada para solucionar a quase totalidade dos problemas mais frequentes que se apresentam no nível dos cuidados primários. Além disso, compete à APS a responsabilização pela saúde da população e a coordenação das redes de atenção à saúde (RAS) (MENDES, 2015).

Atualmente, a APS no país é orientada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revisada em 2017, a qual estabelece diretrizes para a organização do componente APS na Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2017).

A Pnab tem na equipe de Saúde da Família (eSF) sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da APS, também conhecida no Brasil como Atenção Básica à Saúde (ABS), sendo esta definida como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

Podem atuar na a APS no Brasil, as equipes de Atenção Básica (eAB), mas como estratégia prioritária de atenção à saúde é a Estratégia Saúde da Família (ESF), que visa a reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS (BRASIL, 2017).

A ESF é composta no mínimo por médico (preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade), enfermeiro (preferencialmente especialista em saúde da família), auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista (preferencialmente especialista em saúde da família) e auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017).

Já as equipes de Atenção Básica (eAB) devem ser compostas minimamente por médicos (preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade), enfermeiro (preferencialmente especialista em saúde da família), auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate à endemias (BRASIL, 2017).

Estudos (Dal Pai et al., 2015; Fang et al., 2018) destacaram os impactos negativos da violência para a saúde psíquica e física dos trabalhadores de saúde, assim como reflexos no desempenho de suas atividades laborais, resultando em baixa produtividade e menor qualidade do trabalho.

Entretanto, os danos provocados pela violência podem ser de difícil identificação, principalmente quando não se constituem em repercussões físicas. Pesquisadores (Ferri et al., 2016) destacam que as consequências advindas da exposição

à violência no trabalho são muitas, podendo refletir na saúde física, pessoal, profissional e emocional.

Além disso, a violência ocupacional no setor saúde pode ocasionar danos à saúde dos seus trabalhadores e interferir na qualidade de assistência prestada aos usuários (PEDRO, 2017). Já, os estudos (Belo 2015; Fernandes, 2015; Machado et al., 2016) constataram níveis elevados de desgaste profissional, adoecimento, sofrimento, afastamentos do trabalho, presenteísmo e implicações na qualidade de vida destes trabalhadores.

Nesse contexto, faz-se necessário discutir estratégias de prevenção do fenômeno da violência e a promoção de ações baseadas na cultura de paz, pois esta propõe estimular e incentivar a comunicação, diálogo, educação e respeito, desencadeando uma resolução eficaz dos conflitos e construção da cidadania, ela contribui para a construção de estruturas e relações sociais baseadas na justiça, igualdade, respeito, liberdade e na ausência de todo o tipo de violência (ORTIZ, 2014).

A violência no trabalho é considerada um fenômeno crescente, muitas vezes naturalizada no cotidiano dos serviços brasileiros, raramente mensurada, tipificada ou compreendida, considerada um risco inevitável para alguns trabalhadores, porém pouco combatida, tratada ou prevenida. No entanto, é passível de prevenção e constitui uma importante causa de lesão física por conta de agressões e principalmente de adoecimento mental (FANG et al., 2018; DAL PAI et al., 2018).

A OIT e a OMS destacaram em uma pesquisa realizada no setor saúde brasileiro, a violência psicológica, a qual é bastante frequente, principalmente o abuso verbal, manifestado por 39,5% dos 1.569 participantes nos 12 meses que antecederam a pesquisa. No estudo o bullying foi manifestado por 15,2%, e a violência física, por 6,4% dos trabalhadores brasileiros entrevistados (DI MARTINO, 2003).

A violência contra o trabalhador da saúde acarreta maior absenteísmo, falta de envolvimento com os problemas de saúde da população, desmotivação e comprometimento na qualidade de assistência prestada. Considera-se necessário que os gestores identifiquem os elementos que motivam os atos de violência e procurem eliminá-los ou saná-los. Para que isso seja possível, cabe ao trabalhador da saúde sempre notificar os casos e se necessário, acionar a polícia. A notificação é uma forma de justificar o fato da ocorrência, podendo ser um mecanismo para os gestores planejar medidas de prevenção prevendo recursos para as mesmas (BRASIL, 2011a).

O impacto da violência estrutural reproduz outras violências no ambiente de trabalho, deste modo afetando a integridade moral do trabalhador e concebendo sofrimento. As agressões entre colegas muitas vezes são modos de dar vazão à insatisfação causada por um tipo de violência (DAL PAI et al., 2018).

Diante desse cenário, Fernandes, Sala e Horta (2018) assinalam a importância desenvolver intervenções capazes de prevenir e reduzir a violência, que estas sejam planejadas e implementadas utilizando abordagens intersetoriais e multidisciplinares que envolvam todos os profissionais, instiguem o compromisso e a responsabilidade na preservação dos direitos e na construção de um ambiente de trabalho capilarizado por uma Cultura de Paz.

Acredita-se que o resultado desse estudo possa oferecer subsídios para melhor analisar e compreender a violência no trabalho da APS, reorientar medidas de cuidados com estes trabalhadores e identificar as implicações na qualidade dos cuidados por eles prestados, a qual repercute em toda assistência prestada pela APS, atendendo necessidades de usuários e de quem realiza o trabalho, fortalecendo indiretamente a defesa do SUS.

Com base nas reflexões tecidas na abordagem inicial, este estudo tem como questões norteadoras: ocorre violência no trabalho das equipes de ESF que atuam nos municípios da Regional de Saúde de Maravilha, em Santa Catarina (SC)? Quais as implicações para a saúde destes trabalhadores?

2 OBJETIVOS

Apresenta-se nesse capítulo o objetivo geral e específicos do estudo, elaborados a partir das questões de pesquisa.

2.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver uma campanha publicitária com foco na prevenção da violência no trabalho, bem como para promoção da Cultura de Paz a partir da análise do fenômeno no contexto das equipes de Saúde da Família dos municípios da região extremo-oeste de Santa Catarina.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Verificar as características sócio laborais dos profissionais das equipes de Saúde da Família dos municípios da região extremo-oeste de Santa Catarina;

Analisar a ocorrência ou não dos diferentes tipos de violência no trabalho das equipes de Saúde da Família;

Analisar as associações entre as violências e as características sócio laborais dos participantes.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Nesse capítulo apresenta-se elementos teóricos na literatura sobre as temáticas: o trabalho na Estratégia Saúde da Família, Violência no trabalho, Violência no trabalho da ESF e Cultura de Paz no trabalho as quais objetivam sustentar o debate teórico para essa pesquisa.

3.1 O TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A criação do SUS por meio da Constituição Federal permitiu o reconhecimento da saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios organizativos, entre eles, a universalidade, a integralidade e a equidade em todos os níveis de assistência à saúde (BRASIL, 2011b).

A ESF emergiu como uma política nacional de saúde, em um contexto com influências institucionais determinantes incorporadas prioritariamente para o Estado brasileiro. A caracterização do contexto desta implementação permeou a evolução dos SUS, as experiências de modelos inovadores de atenção à saúde no Brasil, o perfil epidemiológico e a influência institucional internacional por políticas consistentes de APS (ANDRADE et al., 2014).

A ESF é um espaço privilegiado de intervenções de promoção da saúde e de prevenção das condições crônicas. A consolidação da ESF passa por mudanças na forma de focar atenção à saúde e no modo de gerenciá-la, tais mudanças exigem uma ruptura ideológica com as representações da atenção primária seletiva e dos cuidados primários como um nível de atenção (MENDES, 2012).

Alguns princípios merecem destaque na atenção prestada pela equipe de profissionais da ESF: princípio do respeito aos valores, às preferências e às necessidades; princípio da coordenação e da integração da atenção; princípio da informação, educação e comunicação; princípio do conforto; princípio do suporte emocional e alívio do medo e da ansiedade; princípio do envolvimento da família e dos amigos; princípio da continuidade e transição; princípio do acesso à atenção (MENDES, 2012).

As equipes de eSF designam como meta de trabalho o estabelecimento de vínculo e corresponsabilidade com a população adstrita por meio do conhecimento dos

indivíduos, famílias e recursos disponíveis, assim como acolhimento e do atendimento humanizado (TRINDADE, 2011).

Desta forma, os trabalhadores da ESF necessitam planejar as ações, com capacidade para diagnosticar a realidade local, salientando os aspectos positivos da comunidade a serem utilizados na resolução dos problemas elencados. É necessário compreender o processo de responsabilidade compartilhada das ações em saúde, incluindo a intersetorialidade e a participação social, para que as pessoas possam tomar iniciativas que visam melhorias individuais e coletivas (TRINDADE, 2011).

A concepção da ESF como estratégia de organização do SUS exige que essa estratégia seja estruturada como o centro de comunicação das RAS. Esta organização significa que quem deve ordenar os fluxos de pessoas, produtos e informações ao longo dos segmentos de atenção secundários e terciários e dos sistemas de apoio é a equipe da ESF (MENDES, 2012).

A ESF focada como centro de comunicação da RAS tem considerável atribuição na forma de regulação do SUS. Na composição das redes, a ESF dirige-se na composição dos segmentos de atenção secundários e terciários e os papéis de atendimento às urgências menores. A regulação é diferenciada no que concerne à atenção aos procedimentos relativos às condições crônicas estáveis, os procedimentos programados, em geral denominados de procedimentos eletivos (MENDES, 2012).

Seguindo as concepções de Mendes (2012), os procedimentos que são programados pela ESF devem ser regulados, diretamente, pelas equipes da ESF que estabelecem os fluxos para a atenção secundária e terciária, ambulatorial e hospitalar, e para os sistemas de apoio, em especial o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico.

No Brasil, a atenção básica (AB) é considerada ordenadora das RAS e, enquanto um dos eixos estruturantes do SUS, é uma das prioridades do MS e do governo federal. Nos últimos anos, com a consolidação da atenção básica, houve maior oferta de ações de saúde essenciais à população brasileira (BRASIL, 2015a).

É notório e reconhecido nos últimos anos a expansão relevante do acesso às equipes de saúde da família, aumento da cobertura da ESF nas regiões urbanas e em cidades com maior densidade populacional, alguns avanços na construção da interdisciplinaridade das ações de saúde, bem como a intensificação dos processos de participação comunitária (ANDRADE et al., 2014).

Em 21 de setembro de 2017 foi publicada a Portaria nº 2.436, que aprova a nova Pnab, estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no

âmbito do Sistema Único de Saúde e organiza o componente APS na RAS (BRASIL, 2017).

A Política considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios, diretrizes e definições (BRASIL, 2017). A Pnab reforça que a AB deve ser a principal porta de entrada ao sistema de saúde e ser ofertada integral e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2018b).

A Pnab permite dois modelos na APS brasileira, a estratégia de Atenção Básica (eAB), que se encarrega de acompanhar a saúde dos usuários, de modo a evitar o surgimento de doenças ou que elas se agravem, funciona como a porta de entrada do SUS. Já a ESF propõe o acesso universal de saúde a esses cuidados, com base em divisões territoriais, em que cada território conta com uma eSF, composta por profissionais que atuam no atendimento aos usuários e na realização de visitas domiciliares com foco em orientações às famílias, na prevenção de agravos, entre outras ações de saúde (BRASIL, 2017).

Dessa forma, a ESF visa à reorganização da APS no Brasil, de acordo com os preceitos do SUS é considerada pelo Ministério da Saúde (MS) e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da APS por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da assistência no nível primário de saúde, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2017).

Atualmente a ESF é orientada pela Pnab, que estabelece diretrizes e normas para a organização da AB, configurando-a como:

“Conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.” (BRASIL, 2017, p. 1).

A eSF deve ser composta por no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agentes

comunitários de saúde, podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias e os profissionais de saúde bucal, sendo eles cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017).

Há a obrigatoriedade de carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2017). Cada eSF deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2017).

Na nova Pnab também prevê Equipe da Atenção Básica (eAB) como modalidade que deve atender aos princípios e diretrizes propostas para a APS. A gestão municipal poderá compor equipes de eAB de acordo com características e necessidades do município. Estas deverão ser compostas minimamente por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e/ou técnicos de saúde bucal, ACS e ACE. A composição da carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de dez horas, com no máximo de três profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais. Importante ressaltar que para o funcionamento a equipe deverá contar também com profissionais de nível médio como técnico ou auxiliar de enfermagem (BRASIL, 2017).

É possível constatar a ampliação do acesso à atenção básica no País por meio da grande expansão do número de equipes de Saúde da Família implantadas, segundo os dados disponíveis no Departamento de Atenção Básica do MS, até o mês de novembro de 2018, o Brasil possui 43.454 Equipes de ESF, presentes na maioria das cidades brasileiras, com estimativa de atendimento de 134.498.736 pessoas em todo o país, o que representa 64,76% de cobertura. Já SC possui 1.790 Equipes de ESF cadastradas, com estimativa de cobertura de 5.578.525 pessoas, representando 79,67%. Esses números colocam as ESF dentre os principais serviços da área da saúde e também um dos principais locais de empregabilidade dos profissionais de saúde (BRASIL, 2018d).

Pondera-se que é fundamental aos profissionais da saúde conhecer os princípios e diretrizes que norteiam o seu trabalho na ESF, e cooperem para se opor à atuação curativista que ainda prevalece nas práticas e organizações profissionais, bem como nas

atitudes dos usuários. Para mudança dessa situação sugere-se uma atuação proativa por parte dos profissionais e usuários para inverter essa lógica de atenção (SORATTO et al., 2017).

São atribuições comuns a todos os profissionais da ESF: a) participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades; b) manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação; c) realizar o cuidado da saúde da população adstrita; d) garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde; c) participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo; d) realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local; e) responsabilizar-se pela população adstrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessitar de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde; f) praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa a propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias, das coletividades e da própria comunidade; g) acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho; h) garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na atenção básica; i) realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações; j) realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe; Participar das atividades de educação permanente; k) promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social; l) identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; m) realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais (BRASIL, 2017).

A Equipe de Saúde Bucal (eSB) é a modalidade que pode compor as equipes que atuam na APS, constituída por um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal, podendo se organizar nas seguintes modalidades: Modalidade I:

Cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB) e; Modalidade II: Cirurgião-dentista, TSB e ASB, ou outro TSB (BRASIL, 2017).

É prevista a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica com vistas à implantação gradual da Estratégia de Saúde da Família ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da Atenção Básica (BRASIL, 2017).

Ainda, no contexto da APS atuam os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), os quais se constituem uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na APS. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das eSF e de eAB (BRASIL, 2017).

3.2 VIOLÊNCIA NO TRABALHO

A OMS define violência como:

“o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.” (KRUG et al., 2002, p. 5).

A tipologia proposta pela OMS (Krug et al., 2002) designa três grandes categorias de violência, que correspondem às características daquele que comete o ato violento. Constituem:

- a) violência coletiva, integra os atos violentos que acontecem nos âmbitos macrossociais, políticos e econômicos e caracterizam a dominação de grupos e do Estado. Nessa categoria estão os crimes cometidos por grupos organizados, os atos terroristas, os crimes de multidões, as guerras e os processos de aniquilamento de determinados povos e nações;
- b) violência auto infligida, subdividida em comportamentos suicidas, e os auto abusos. No primeiro contexto a tipologia considera suicídio, ideação suicida e tentativas de suicídio. O conceito de auto abuso refere as agressões a si próprio e as automutilações;
- c) violência interpessoal, subdividida em violência comunitária e violência familiar, engloba a violência infligida pelo parceiro íntimo, o abuso infantil e abuso contra os

idosos. Na violência comunitária inserem-se a violência juvenil, os atos aleatórios de violência, o estupro e o ataque sexual por estranhos, bem como a violência em grupos institucionais, como escolas, locais de trabalho, prisões e asilos.

Dentre estes tipos de violência, Minayo (2006) adiciona a violência estrutural, que se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que exibem a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero e etnia. Essa violência processa-se sem a consciência explícita dos sujeitos, perpetua-se nos processos sócio históricos, naturaliza-se na cultura e gera privilégios e formas de dominação.

A prevalência dos tipos de violência apresentados anteriormente tem sua sustentação na violência estrutural. Esse padrão de violência é compreendido como aquele que proporciona um marco à violência do comportamento e aplica-se tanto às estruturas organizadas e institucionalizadas da família como aos sistemas econômicos, culturais e políticos que guiam à opressão de grupos, classes, nações e indivíduos, aos quais são negadas conquistas da sociedade, tornando-os mais vulneráveis que outros ao sofrimento e à morte (MINAYO, 2006).

A violência também pode ser classificada com base na natureza dos atos violentos. Na área da saúde usualmente é classificada em quatro aspectos de expressão, designadas abusos ou maus-tratos: física, psicológica, sexual e a que envolve abandono, negligência ou privação de cuidados. Esses quatro tipos de atos violentos acontecem em cada uma das grandes categorias antes descritas, exceto a violência auto infligida (KRUG et al., 2002).

A violência afeta a vida de milhões de pessoas, em todo o mundo. O número estimado de vítimas de homicídio em 2012 foi de aproximadamente 475 mil. Desse total, 60% eram homens entre 15 e 44 anos de idade, tornando o homicídio a terceira causa principal de morte para homens nesse grupo etário (OMS, 2014). No Brasil, de acordo com as informações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, em 2016 contabiliza-se 82.850 óbitos por causa externa, relacionados à violência. Essa violência contribui para problemas de saúde ao longo da vida dos indivíduos, e exerce forte pressão também sobre sistemas de saúde e de justiça criminal, sobre os serviços sociais e de bem-estar, e sobre a estrutura econômica das comunidades (OMS, 2014; BRASIL, 2018e).

A violência contra o trabalhador da saúde acarreta maior absenteísmo, falta de envolvimento com os problemas de saúde da população, desmotivação e comprometimento na qualidade de assistência prestada. Considera-se necessário que os

gestores identifiquem os elementos que motivam os atos de violência e procurem eliminá-los ou saná-los. Para que isso seja possível, cabe ao trabalhador da saúde sempre notificar os casos e se necessário, acionar a polícia. A notificação é uma forma de justificar o fato da ocorrência, podendo ser um mecanismo para os gestores planejar medidas de prevenção prevendo recursos para as mesmas (BRASIL, 2011a).

Para isso, o Ministério da Saúde desenvolve ações de vigilância em saúde, que é uma importante área da Saúde Pública e compreende, entre outras, as ações de vigilância epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental, em saúde do(a) trabalhador(a) (BRASIL, 2014). A Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) é, portanto, um dos seus componentes.

A Visat tem como objetivo: [...] “à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processo produtivos.” (BRASIL, 2014, p.1).

Referente à vigilância em saúde do trabalhador, o Ministério da Saúde orienta que no caso de acidentes de menor gravidade, as eAB/eSF podem atuar esclarecendo, investigando e orientando os(as) trabalhadores(as) e suas famílias em relação a ações de prevenção e proteção. Para os acidentes graves e com óbito, pode fazer a primeira identificação e a investigação epidemiológica do caso, entrevistando o(a) trabalhador(a) acidentado(a), seu colega ou familiar, preenchendo a ficha de notificação e investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Após isso, recomenda-se que acione a equipe de Vigilância em Saúde e o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) ou referência técnica em saúde do(a) trabalhador(a) conforme os fluxos da rede definidos e pactuados em seu território (BRASIL, 2018c).

O instrumento empregado no Brasil para as notificações de situações de violência é a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) no caso do trabalhador empregado regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Contudo, esta notificação é indicada somente quando a vítima sofreu agravo que ocasionou lesão corporal ou perturbação funcional, causando morte ou perda ou redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho. A maioria dos serviços públicos no Brasil que mantêm trabalhadores com contratos em regimes jurídicos específicos possui instrumentos próprios para suas notificações relacionadas ao trabalho. Independente do instrumento utilizado, a violência deve ser notificada ao Sinan (BRASIL, 2011a).

3.2.1 Violência no trabalho da Estratégia Saúde da Família

É essencial reconhecer a violência no trabalho em saúde, principalmente nos serviços de atenção primária, pois as condições e a organização do trabalho implicam na ocorrência de violência no trabalho da ESF (STURBELE et al., 2019).

Em se tratando de ações em Saúde do Trabalhador desenvolvidas pelas eSF/eAB é fundamental a necessidade de valorizar o trabalho e garantir melhores condições de saúde dos(as) trabalhadores(as) da saúde. Essa tem sido uma preocupação crescente, uma vez que influenciam diretamente no cuidado à saúde prestado à população (BRASIL, 2018c).

Desde sua implantação a ESF teve como prerrogativa, iniciar a cobertura assistencial pelas áreas de maior vulnerabilidade social. A organização do processo de trabalho prevê, para as eSF, um contato estreito junto à população adstrita, a criação de vínculo, atuando de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. E a assistência é prestada, usualmente, em ambientes abertos, espaços comunitários ou na própria residência dos usuários (BRASIL, 2018b).

O MS destaca ainda, as tecnologias e/ou estratégias e procedimentos utilizados, de rotina no processo de trabalho das eAB/eSF: diagnóstico situacional, cartografia ou mapeamento do território; cadastramento das famílias; acolhimento, consultas (médica, odontológica e de enfermagem), elaboração do genograma e ecomapa; visitas domiciliares e grupos educativos (BRASIL, 2018c).

Esse conjunto de estratégias e procedimentos que caracterizam o trabalho na ESF, por um lado podem aproximar as relações entre profissionais de saúde e usuários do SUS, mas também podem influenciar na ocorrência de violências no trabalho das equipes de SF, deixando os profissionais mais vulneráveis a tal situação (MAISSAT et al., 2015; PIRES et al, 2016).

Muitos dos profissionais da saúde que atuam em unidades da APS apresenta-se esgotados, e os estudos revelam indicadores de esgotamento profissional na APS relacionados a exaustão emocional, despersonalização e falta da realização pessoal, sendo eles: inadequadas condições de trabalho caracterizadas por escassez de recursos humanos e físicos e que resultam em sobrecarga de trabalho, interação direta com a comunidade, alta demanda de trabalho, a violência no ambiente de trabalho, a dificuldade no trabalho em equipe, relações interpessoais conflitantes e falta de

feedback de desempenho dos supervisores (SILVA et al., 2016; GARCIA, MARZIALE, 2018; VIDOTTI et al., 2018).

No contexto da ESF, os trabalhadores da enfermagem sofrem atos violentos, os quais são motivados por situações, como, pela insatisfação ou desacordo com a assistência recebida, falta de atendimento médico, falta de organização do sistema de saúde, condições de trabalho inadequadas, falhas na estrutura ou ambiente de trabalho, deficiência de recursos materiais e recursos humanos, falta de treinamentos em medidas de prevenção da violência no trabalho e situações de vulnerabilidade social, status socioeconômico da população, violência urbana e criminalidade na localidade onde se situa a unidade de saúde (AHMED, KHIZAR MEMON, MEMON, 2018; DAL PAI et al., 2018; JATIC et al., 2019; STURBELLE et al., 2019; YANG et al., 2019).

Em estudo realizado em Madri, Rincon-Del Toro e colaboradores (2016) relatam que os motivos mais frequentes para as agressões são a falta de satisfação com o atendimento, o tempo de espera e a discordância com a prescrição. A satisfação do usuário poderia ser melhorada se facilitar organizacionalmente profissionais utilizassem o tempo para relatar e resolver as dúvidas dos pacientes, se as informações são fornecidas em tempo real quando há um atraso para entrar na consulta, e se a coordenação entre os níveis de atenção for melhorada.

Destaca-se ainda o estudo (Cheung, 2017) realizado em Macau, no Sudeste Asiático, no qual participaram da pesquisa médicos e enfermeiros que atuam na área da saúde. Os maiores índices de violência foram perpetrados pelos pacientes e seus familiares. As formas mais comuns de violência identificadas foram abuso verbal e agressão física.

A violência psicológica é caracterizada pelo uso intencional de poder, incluindo ameaças de força física contra uma pessoa ou grupo, que podem resultar em danos físicos, mentais, espirituais, morais ou sociais (RODRIGUEZ-CAMPO, PARAVIC-KLIJN, GONZALEZ-RUBILAR, 2015; HOGAN et al., 2015). Incluem-se ainda o abuso verbal, definido por um ato que humilha, desrespeita e menospreza a dignidade e o valor do ser humano, e o assédio moral, que é identificado como um tipo repetitivo de violência no ambiente de trabalho, sistematicamente utilizado pelas pessoas, independentemente de gênero, contra outros e por um longo período de tempo com a intenção de causar danos (CASTRONOVO, PULLIZZI, EVANS, 2016; DA SILVA, SALDANHA PORTELADA, 2016).

Estudos (Ruiz-Hernández et al., 2016; Abdellah, Salama, 2017; Sturbelle et al., 2019) destacam que a maior taxa de violência está relacionada aos trabalhadores que ficam responsáveis pela primeira comunicação direta com pacientes e seus familiares, os tornando mais vulneráveis. A experiência frequente da exposição contribui para a gravidade da problemática, uma vez que trabalhadores são vítimas de mais de um evento violento no ano e em alguns locais pode chegar a um episódio diário (POMPEII et al., 2015).

Tanto a caracterização das agressões quanto o estudo das causas desencadeantes seriam úteis para identificar áreas para melhoria e estabelecer medidas relacionadas à prevenção, segurança e manejo deste tipo de situações que ajudem a eliminar ou corrigir os problemas detectados. Nessa linha, a existência de um registro unificado é de grande importância, pois permite continuar aprofundando o estudo deste problema e avaliar os efeitos das medidas estabelecidas (RINCON-DEL TORO et al., 2016).

Pesquisadores (Castronovo, Pullizzi, Evans, 2016; Da Silva, Saldanha Portelada, 2016) ressaltam que as consequências do fenômeno podem ser destruidoras para as vítimas, que podem sofrer vários transtornos psicológicos, com potencial de reflexos na saúde física, pessoal, profissional e emocional dos trabalhadores (FERRI et al., 2016; DAL PAI et al., 2015; AHMED, KHIZAR MEMON, MEMON, 2018). Também está associado a episódios de acidentes de trabalho e ao absenteísmo e tende a se repercutir de modo prejudicial na satisfação e no reconhecimento do trabalhador (DAL PAI et al., 2015).

Autores também destacam que é necessário desenvolver planos de formação, dirigidos a todos os profissionais que atuam na área da saúde, relacionados à prevenção e gestão de agressões, bem como prestar apoio e assessoria aos profissionais (RINCON-DEL TORO et al., 2016).

Os resultados da pesquisa de Pires et al., (2016) mostraram que investir em estratégias que fortaleçam o trabalho em equipe, a autonomia profissional da enfermagem e a incorporação de tecnologias que contribuam para a resolubilidade da assistência e redução da sobrecarga de trabalho podem empoderar esses profissionais para o agir cotidiano, assim como para participarem politicamente na gestão dos serviços de saúde e nas instâncias de controle social, buscando a implementação de medidas que fortaleçam a profissão e potencializem o acesso universal. Já Sturbelle et al., (2019) ressalta a necessidade de investimentos em infraestrutura do serviço,

segurança do trabalho e estratégias de atenção que fomentem o modelo assistencial almejado para a ESF.

3.2.2 Cultura de Paz no trabalho

A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) tem como missão primordial a construção da paz, seu propósito é contribuir para a paz e a segurança, promovendo cooperação entre as nações através da educação, da ciência e da cultura, visando a favorecer o respeito universal à justiça, ao estado de direito e aos direitos humanos e liberdades fundamentais afirmados aos povos do mundo (UNESCO, 2010).

A Cultura de Paz está relacionada à prevenção e à resolução não violenta dos conflitos. É uma cultura baseada em tolerância e solidariedade, uma cultura que respeita todos os direitos individuais, que assegura e sustenta a liberdade de opinião e que se empenha em prevenir conflitos, resolvendo-os em suas fontes. A Cultura de Paz procura resolver os problemas por meio do diálogo, da negociação e da mediação, de forma a tornar a guerra e a violência inviáveis (UNESCO, 2010).

É um verdadeiro desafio, que requer uma nova compreensão didático-pedagógica, para as futuras gerações, surgiu como a alternativa emergente, urgente e final, antes dos eventos das diferentes expressões de violência em que se desenrola o ser humano (ORTIZ, 2014).

A Unesco no Brasil desenvolveu inúmeras ações, compreendendo desde a divulgação do Manifesto 2000 – instrumento que apela à participação individual em direção a uma Cultura de Paz – coleta de 15 milhões de assinaturas para o referido Manifesto, eventos, seminários, workshops e publicações para adicionar e discutir os conteúdos da cultura de paz, até a confecção de camisetas, panfletos, calendários e banners (UNESCO, 2010).

Os seis princípios do Manifesto 2000, citados por Unesco (2010, p. 17), são: “respeitar a vida; rejeitar a violência; ser generoso; ouvir para compreender; preservar o planeta; redescobrir a solidariedade.”

Falar em Cultura de Paz é falar dos valores essenciais à vida democrática. Valores como igualdade, respeito aos direitos humanos, respeito à diversidade cultural, justiça, liberdade, tolerância, diálogo, reconciliação, solidariedade, desenvolvimento e justiça social (UNESCO, 2010).

No mundo interativo, tudo é uma questão de conscientização, mobilização, educação, prevenção e informação de todos os níveis sociais em todos os países. A elaboração e o estabelecimento de uma Cultura de Paz requerem profunda participação de todos, tendo como pano de fundo de qualquer mobilização a tolerância, a democracia e os direitos humanos – em outras palavras, a observância desses direitos e o respeito pelo próximo, valores caros para a cultura de paz. Em todo esse processo, cabe aos cidadãos organizarem-se e assumirem sua parcela de responsabilidade participando inteiramente no desenvolvimento de suas sociedades; aos países cabe a cooperação multilateral; às organizações internacionais, a coordenação de suas diferentes ações (UNESCO, 2010).

Foram dados passos decisivos em direção à uma cultura de paz, temos documentos fundamentais, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, a Constituição Federal que estabelece a dignidade da pessoa humana, a democracia, a renúncia à guerra como instrumentos de litígio. Temos comemorações referentes ao Dia Internacional da Mulher, Dia do orgulho Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros (LGBT) e Dia da Consciência Negra, são avanços na questão de uma cultura de fim da violência (KARNAL, COEN, 2018).

Os autores seguem afirmando que: “A Cultura de Paz já está na maioria dos textos, ela ainda não está na maioria dos corações. Ela é um desejo jurídico, um ideal de civilização, uma projeção de comportamento. Mas ela ainda não é uma prática de todas as pessoas.” (KARNAL, COEN, 2018, p. 58-59).

A Cultura de Paz é uma iniciativa de longo prazo que leva em conta os contextos histórico, político, econômico, social e cultural de cada ser humano e sociedade. É necessário aprendê-la, desenvolvê-la e colocá-la em prática no dia a dia familiar, regional ou nacional. É um processo que, sem dúvida, tem um começo, mas nunca pode ter um fim. A paz é um processo constante, cotidiano, mas não passivo. A humanidade deve esforçar-se para promovê-la e administrá-la (UNESCO, 2010).

No cotidiano do trabalho em saúde é comum nos depararmos com situações de violência, sobre a qual Azeredo e Schraiber, (2017) ponderam sobre a “violência institucional e gerencial”, apresentada como praticas hostis, agressões (física, emocional, verbal, sexual), negligência ou ato omissivo, de caráter intencional, cometida por uma instituição ou por quem, em dado momento, a represente, com objetivo de proveito ou vantagem, desmoralização, a quem é considerado inferior. Ainda, outra forma frequente de violência vivenciada por profissionais em ambientes de

cuidados a saúde é a “violência dos pacientes” que, em geral, são as agressões perpetradas por pacientes, familiares ou acompanhantes.

O trabalho em saúde exige profissionais com facilidade em relacionar-se, capazes de se adaptar às constantes mudanças existentes na área da saúde, resolver problemas de forma objetiva, por meio de diálogos construtivos e tolerantes, com compreensão, empatia e acolhimento.

Essas habilidades podem ser desenvolvidas utilizando os conceitos de Cultura de Paz e não violência (BRASIL, 2015b). Promover uma Cultura de Paz para um ambiente de trabalho saudável implica rever nossas ideias, atitudes e ações nas relações de trabalho. É por meio de uma reflexão sobre processos estruturais, coletivos e individuais que podemos criar as condições para resolver conflitos, promovendo um ambiente saudável no trabalho (BRASIL, 2015b).

4 ABORDAGEM METODOLÓGICA DO ESTUDO

Este capítulo trata sobre o percurso metodológico, busca o delineamento da pesquisa, caracterizando as etapas para o seu desenvolvimento, com detalhamento quanto ao tipo e abordagem do estudo, cenário, participantes, coleta dos dados, análise dos achados e as considerações éticas que amparam o estudo. Ressalta-se, que esse desenho foi aninhado à macropesquisa “Violência no processo de trabalho da enfermagem na Atenção Primária à Saúde”, desenvolvido sob coordenação da Professora Leticia de Lima Trindade e pelos integrantes do Grupo de Estudos sobre Saúde e Trabalho da Universidade do Estado de Santa Catarina.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Com base no problema de pesquisa e objetivos propostos para este estudo optou-se realizar um estudo transversal e prospectivo com auxílio da abordagem quantitativa.

Creswell (2012) afirma que os dados quantitativos, como números e indicadores, podem apontar informações pertinentes, rápidas e confiáveis em relação a um grande número de observações. Este método por se tratar de uma estratégia de pesquisa que tem por objetivo obter evidências de associações entre variáveis independentes e dependentes, além de verificar os resultados por meio de objetivos previamente definidos. Esta abordagem caracteriza-se pelo uso de métodos estatísticos, trabalha com mensuração controlada, está orientada para a verificação das hipóteses e para os resultados, enfatiza dados confiáveis e replicáveis, entre outras características (MINAYO, ASSIS, SOUZA, 2010).

4.2 DESENHO, LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O cenário de estudo foi composto por 22 municípios da região extremo-oeste de Santa Catarina, as quais compunham a Regional de Saúde de Maravilha. Nesse contexto, em 2019, participaram da pesquisa as 49 equipes de Saúde da Família (eSF), nas quais atuavam 753 profissionais de saúde (BRASIL, 2019). O período de coleta dos dados ocorreu entre setembro e outubro de 2019.

Para definição da amostra do estudo foram utilizados como critério de inclusão: ser profissional da saúde e estar atuando na eSF dos municípios participantes da pesquisa, por no mínimo 12 meses. Foram excluídos os trabalhadores afastados por qualquer motivo no período da coleta de dados. Ainda, para definição dos participantes do estudo foi realizado cálculo amostral por categoria profissional, considerando 95% de confiança e erro de 5%. Mediante esse cálculo inicialmente foi determinado dentre os 753 profissionais no cenário, uma amostra de 255 participantes.

Para a seleção dos participantes e alcance do desenho amostral foram convidados todos os profissionais, sendo suspensa a coleta de dados quando os quantitativos previstos foram alcançados por categoria profissional, isso ocorreu quando foram totalizados 280 instrumentos preenchidos. Os trabalhadores participantes do estudo estão distribuídos por categoria profissional, sendo 137 (48,9%) agente comunitário de saúde (ACS), 37 (13,2%) enfermeiro (ENF), 36 (12,9%) técnico de enfermagem (TE), 25 (8,9%) médico (ME), 20 (7,1%) dentista (CD), 16 (5,7%) auxiliar em saúde bucal (ASB), 5 (1,8%) técnico em saúde bucal (TSB) e 4 (1,4%) auxiliar de enfermagem (AE).

4.3 PROTOCOLO DO ESTUDO

Foi utilizado para coleta dos dados um questionário autoaplicável contendo informações sócio laborais dos participantes e a *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector* (Anexo A) proposto pela OMS, OIT e de Serviços Públicos e Conselho Internacional de Enfermagem (Di Martino, 2003), traduzido e adaptado para a língua portuguesa (PALÁCIOS, 2002). Esse instrumento permite o levantamento da ocorrência de violência física (18 questionamentos) e violência psicológica. Esta última subdividida em agressão verbal (13 questões), intimidação/assédio moral (13 questões), assédio sexual (13 questões), e discriminação racial (13 questões), nos últimos 12 meses, contemplando características da vítima, da agressão e do perpetrador, consequências e medidas institucionais de controle da violência.

O instrumento foi enviado via e-mails dos profissionais cadastrados na Regional de Saúde, contendo informações éticas, convite para participar do estudo e link de acesso ao questionário via Aplicativo *Google Forms* (Formulários - tecnologia da web que auxilia na criação de questionários e de pesquisas personalizadas). Assim, foram

acessados em local de sua preferência, virtualmente, mantendo sua privacidade e liberdade para responder ao estudo.

4.4 PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram codificados, tabulados e analisados por meio do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0. As variáveis de natureza quantitativa foram descritas por meio de medidas de tendência central e dispersão: média, desvio padrão, mediana, valor mínimo e máximo observado, estimativa por intervalo de confiança para a média populacional com base no número de respostas válidas e nível de confiança de 95%. As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências absolutas e proporções.

Utilizou-se análise estatística descritiva, foi realizado o Teste Qui-Quadrado e Teste ANOVA para identificar as associações entre a ocorrência dos diferentes tipos de violência, bem como, para analisar a ocorrência de violência entre os trabalhadores e as características sociolaborais. Considerou-se como nível de significância estatística de referência $<0,05$.

4.5 O DESENVOLVIMENTO DA CAMPANHA PUBLICITÁRIA

A campanha publicitária foi desenvolvida a partir dos achados da pesquisa, ou seja, os resultados da mensuração da violência no cenário estudado serviram de base para a definição do público alvo da campanha e dos temas a serem abordados, pautando-se nos objetivos do estudo.

Segundo Toaldo e Machado (2013) campanhas publicitárias constituem um conjunto de peças publicitárias, inter-relacionadas, integradas entre si, as quais podem ser veiculadas em diferentes meios de comunicação com o objetivo de apresentar uma marca, um produto/serviço, um ponto de venda, uma ideia, uma promoção.

As mesmas autoras definem peças publicitárias como anúncios, comerciais de TV, outdoors, spots de rádio, mensagens para a web, placas de rua, luminosos são peças publicitárias, desenvolvidas isoladamente, com finalidades específicas, a serem veiculadas em determinado período (TOALDO, MACHADO, 2013).

Esta campanha contou com diferentes peças publicitárias, desenvolvido logomarca da campanha, cartaz, *flyer*, boletim informativo, *podcast* e vídeos, para isso contou com assessoria de profissionais da área de designer e publicidade.

O projeto contou com a parceria da Plataforma Telessaúde, através dos Termos de parceria firmados entre o Telessaúde SC e a Udesc, para divulgação e veiculação da Campanha Publicitária em nível Estadual e com a parceria com a Universidade Federal da Fronteira Sul, que permitiu a gravação de *podcast*, o que culminou em mais uma parceria, o “FronteiraCast Saúde”, um braço do Programa de Extensão daquela Instituição intitulado “FronteiraCast”.

A Campanha publicitária se trata de uma tecnologia social, pois a metodologia aplicada é transformadora, desenvolvida na interação com a população alvo do estudo, podendo ser apropriada por ela. Essa campanha prevê uma transformação social, possibilitando maior debate, com espaço de descoberta das necessidades acerca da violência no trabalho, com diálogo sobre as implicações na saúde dos trabalhadores, bem como sobre a importância de inovar e se apropriar dos valores e conceitos baseados na Cultura de Paz.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo respeitou os aspectos éticos recomendados internacionalmente, no que diz respeito à pesquisa com seres humanos e o disposto nas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016). Está aninhado uma macropesquisa que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, via Plataforma Brasil, aprovada sob Parecer nº 3.414.195/2019 (Anexo B). Foi solicitado o consentimento das instituições envolvidas, bem como a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por todos os envolvidos diretamente na pesquisa. Foi garantido ao participante a informação, a possibilidade de participar ou não da pesquisa e o anonimato no tratamento das informações obtidas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados serão apresentados nas secções a seguir, sendo primeiramente apresentada a Revisão Integrativa da Literatura que contribuiu para fundamentar a Campanha, na sequência dos dados da pesquisa de campo, a qual deu voz aos participantes e nutriu importantes elementos da Campanha, especialmente sobre os mecanismos de enfrentamento da Violência no Trabalho e aspectos que potencialmente contribuem para Cultura de Paz nos serviços de saúde da APS. Por fim, apresenta-se a Campanha a “**A atenção primária à saúde como um bom lugar para trabalhar**”.

5.1 O ARTIGO DE REVISÃO - VIOLÊNCIA NO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA¹

RESUMO

Objetivo: identificar como a violência no trabalho dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde vem sendo abordada na literatura científica nacional e internacional. **Método:** revisão integrativa da literatura, analisaram-se artigos originais, gratuitos, nacionais e internacionais, entre os anos de 2013 a 2019, em português, inglês e espanhol, disponíveis eletronicamente. **Resultados:** 31 artigos compuseram o estudo, a maioria publicada em inglês, nos anos 2015 e 2018. A violência psicológica foi a mais citada, com destaque para a agressão verbal, enfrentada pelas diferentes categorias profissionais. O paciente é o principal perpetrador da violência, seguido pelo acompanhante. **Conclusão:** a violência no trabalho em saúde da Atenção Primária à Saúde vem sendo abordada nas investigações em âmbito mundial. Os estudos elucidam o fenômeno, abordam as estratégias para o gerenciamento das situações de violência, bem como medidas para o enfrentamento dela.

DESCRITORES: Violência; Violência no trabalho; Pessoal da Saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) definiu a violência no trabalho como qualquer ação, incidente ou comportamental fundamentada em uma atitude voluntária do agressor, em decorrência da qual um profissional é agredido, ameaçado, ou sofre algum dano ou lesão durante a realização, ou como resultado direto do seu trabalho.¹ Esta interfere na saúde individual e coletiva, gera óbitos, traumas físicos e mentais; pode diminuir a qualidade de vida dos indivíduos e da comunidade, bem como gera dificuldades para os serviços de saúde.²

¹¹ Manuscrito submetido a Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental e por isso segue normas da Revista.

Investigações sinalizam que a violência é um problema expressivo enfrentado pelos profissionais de saúde nos seus ambientes laborais,³⁻¹⁰ incluindo os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS). No Brasil, esta se configura como uma estratégia de reordenamento do Sistema Único de Saúde (SUS), que deve estar organizada para solucionar a quase totalidade dos problemas mais frequentes, que se apresentam no nível dos cuidados primários. Além disso, compete à APS a coordenação das Redes de Atenção à Saúde (RAS).¹¹

No Brasil, podem atuar na APS as equipes de Atenção Básica (eAB), mas como estratégia prioritária de atenção à saúde tem-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), que visa à reorganização da APS no país, de acordo com os preceitos do SUS.¹² Essas equipes devem ser compostas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, dois auxiliares e/ou técnicos de Enfermagem e um grupo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), podendo fazer parte da equipe; o Agente de Combate às Endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal (cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal).¹²

Diante do exposto, e tendo em vista o quantitativo da força de trabalho advinda do setor saúde, faz-se necessário estudar o fenômeno no trabalho dos profissionais de saúde que atuam na APS. Nesse sentido, questionou-se: como a violência no trabalho dos trabalhadores de saúde que atuam na APS tem sido abordada na literatura científica na atualidade? Assim, objetivou-se identificar, como a violência no trabalho dos trabalhadores de saúde que atuam na APS vem sendo abordada na literatura científica nacional e internacional.

MÉTODOS

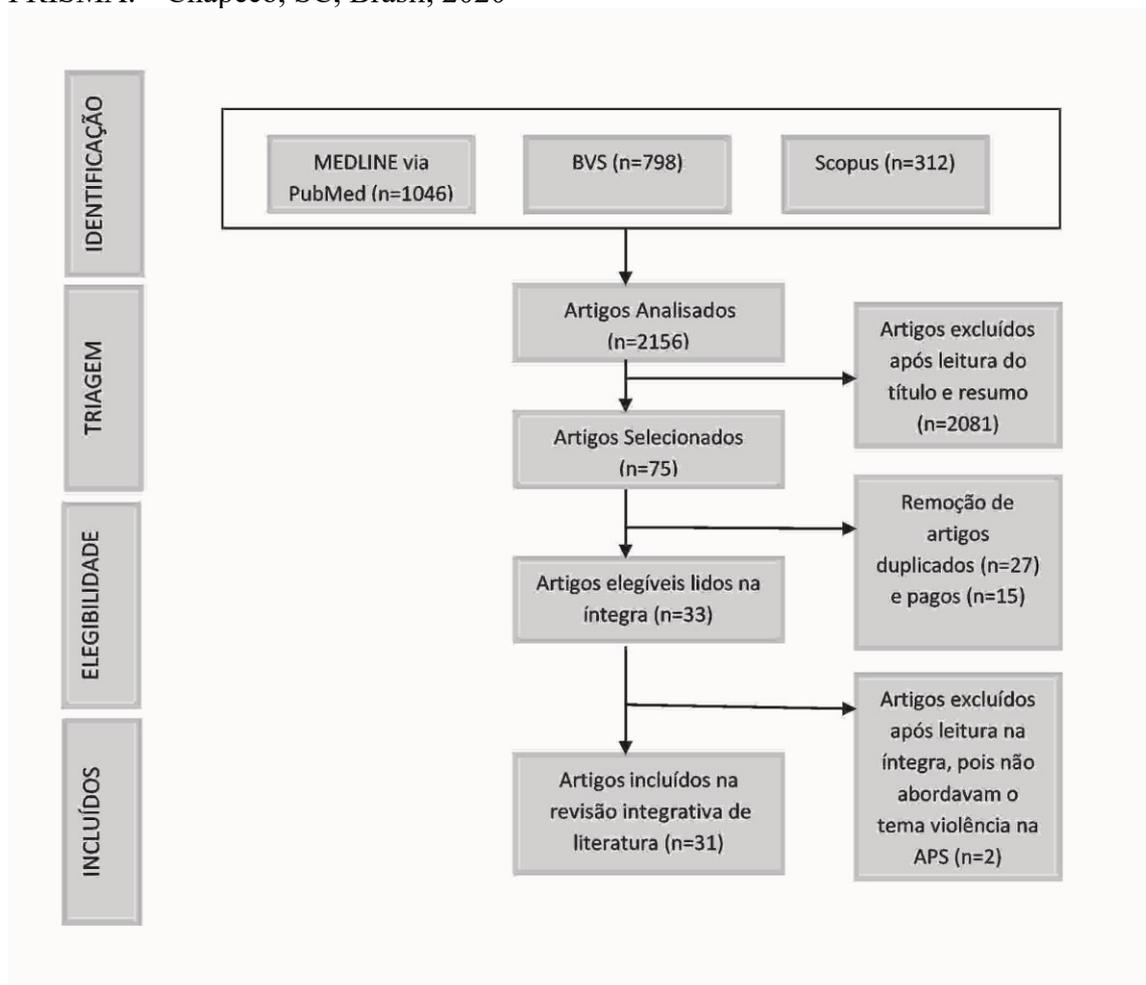
Trata-se de uma Revisão Integrativa (RI) da literatura, a qual foi desenvolvida por meio das seguintes etapas: (1) identificação do tema de pesquisa para elaboração do estudo com definição da questão de pesquisa; (2) exemplificação e estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos; (3) representação das características da pesquisa e definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; (4) análise dos achados, com avaliação dos estudos inclusos na revisão; (5) interpretação dos resultados e; (6) reportar à revisão, com apresentação do relatório da pesquisa.¹³

Para a identificação dos estudos de interesse, utilizou-se a associação dos descritores “*Primary Health Care*” AND “*Workplace violence*” AND “*Health personnel*” AND “*Violence*”, na base de dados MEDLINE via PubMed, SCOPUS e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A busca ocorreu via Portal de Periódicos Capes.

Como critérios de inclusão dos estudos utilizaram-se: artigos originais, completos, publicados no período de 2013 a 2019, disponíveis nos idiomas português, inglês e espanhol; disponíveis eletronicamente, e, que abordassem a temática da “violência no trabalho dos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde”. Foram excluídos artigos duplicados, revisão de literatura, reflexão, editoriais, correspondência, artigos de debate e artigos pagos. Informa-se que a coleta de dados foi realizada no mês de abril de 2020.

Aplicados os filtros de temporalidade, idioma e disponibilidade dos artigos, elencaram-se 1046 artigos disponíveis na MEDLINE via PubMed, 798 artigos na BVS e 312 artigos na SCOPUS. Seguida a leitura criteriosa de título e resumo, foram selecionados 75 artigos, aplicados os critérios de exclusão e delimitados 31 artigos para leitura na íntegra. A figura 1 apresenta o fluxograma das etapas de seleção dos artigos que compuseram a RI.

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção de artigos da RI, de acordo com PRISMA.¹⁴ Chapecó, SC, Brasil, 2020



Fonte: Banco de dados dos Autores (2020).

A análise dos estudos inclusos na RI foi realizada com o preenchimento de um formulário específico para a interpretação dos dados.

Para a apresentação dos resultados, foi utilizada a estatística simples, e os dados foram descritos a partir da síntese de RI (Tabela 1). Na sequência, os artigos foram analisados pela técnica de Análise Temática proposta por Bardin,¹⁵ a qual é composta por três etapas distintas: pré-análise, exploração do material; tratamento dos resultados; inferência e interpretação. O processo de análise deu origem a sete categorias temáticas, sendo elas: Frequência e local de ocorrência dos casos de violência; Características da violência; Perfil da vítima; Perfil do agressor; Fator disparador; Consequências da violência e, Estratégias e condições organizacionais que influenciaram o gerenciamento das situações de violência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra final constituiu-se de 31 artigos relacionados ao foco deste estudo, sendo encontrados 19 artigos na biblioteca virtual BVS (61,2%), oito na MEDLINE via PubMed (25,8%) e quatro na SCOPUS (12,9%). Os artigos incluídos nesta RI foram referenciados com números arábicos de 1 a 31, e estão apresentados na tabela 1.

Tabela 1 – Artigos que abordaram a violência no trabalho dos profissionais que atuam na APS, segundo o título. Chapecó, SC, Brasil, 2020.

N	TÍTULO
1	<i>Violencia física y psicológica en trabajadores del primer nivel de atención de Lima y Callao</i> ¹⁶
2	<i>Frequency and Forms of Workplace Violence in Primary Health Care</i> ¹⁷
3	<i>Prevalence of burnout and associated factors among general practitioners in Hubei, China: a cross-sectional study</i> ¹⁸
4	<i>Manifestations of verbal and physical violence towards doctors: a comparison between hospital and community doctors</i> ¹⁹
5	<i>Violência no trabalho em saúde da família: estudo de métodos mistos</i> ²⁰
6	<i>Workplace violence and its aftermath in China's health sector: implications from a cross-sectional survey across three tiers of the health system</i> ²¹
7	<i>User Violence and Psychological Well-being in Primary Health-Care Professionals</i> ²²
8	<i>Iceberg of workplace violence in health sector of Bangladesh</i> ²³
9	<i>La nueva epidemia: agresión hacia médicos em el ámbito laboral</i> ²⁴
10	<i>Violencia durante el ejercicio profesional contre médicos de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires. Prevalencia y caracterización</i> ²⁵
11	<i>Workplace Violence toward Physicians and Nurses: Prevalence and Correlates in Macau</i> ²⁶
12	<i>Violence against doctors, a serious concern for healthcare organizations to ponder about</i> ²⁷
13	<i>Occupational Violence against Brazilian Nurses</i> ²⁸
14	<i>National report on aggressions to physicians in Spain 2010–2015: violence in the workplace—ecological study</i> ²⁹
15	<i>Encouraging employees to report verbal violence in primary health care in Serbia: a cross-sectional study</i> ³⁰
16	<i>Estudio comparativo de las agresiones a sanitarios entre Atención Primaria y Atención Especializada em una zona de Madrid (2009-2014)</i> ³¹
17	<i>Changes in prevalence of workplace violence against doctors in all medical specialties in Norway between 1993 and 2014: a repeated cross-sectional survey</i> ³²
18	<i>Prevalence of Violence Toward Community Nurses A Questionnaire Survey</i> ³³
19	<i>Evaluation of the users violence in primary healthcare: Adaptation of an instrument</i> ³⁴
20	<i>Agresiones sufridas por las personas que trabajan en atención primaria de la Comunidad de Madrid, 2011-2012</i> ³⁵
21	<i>Workplace violence against medical staff in healthcare facilities in Barbados</i> ³⁶
22	<i>Agresiones externas al personal sanitario de un servicio público de salud</i> ³⁷
23	<i>Violence against health workers in Family Medicine Centers</i> ³⁸
24	<i>Does workplace violence exist in primary health care? Evidence from Serbia</i> ³⁹
25	<i>Violence at work and depressive symptoms in primary health care teams: a cross-sectional study in Brazil</i> ⁴⁰
26	<i>Workplace Violence and Job Performance among Community Healthcare Workers in China: The Mediator Role of Quality of Life</i> ⁴¹
27	<i>Agresiones hacia profesionales en el ámbito de la salud</i> ⁴²
28	<i>Violencia sufrida y percibida por el personal de enfermería del Área Sanitaria Integrada de A Coruña</i> ⁴³
29	<i>Aggression and Violence Against Primary Care Physicians—a Nationwide Questionnaire Survey</i> ⁴⁴
30	<i>High prevalence of workplace violence among nurses working at public health facilities in Southern Ethiopia</i> ⁴⁵
31	<i>Violência relacionada ao trabalho das equipes da saúde da família</i> ⁴⁶

Fonte: Banco de dados dos Autores (2020).

Ao analisar as características dos artigos, identificou-se que a maioria dos artigos foi publicada nos anos 2015 e 2018, com sete publicações em cada ano (22,5%), e nenhum artigo foi selecionado no ano de 2014. Os estudos foram publicados em diferentes periódicos, com

maior incidência no *BMC Research Notes* e *BMJ Open*. De acordo com a localização geográfica de publicação, identificou-se que a maioria dos estudos advém de países europeus. A tabela 2 revela os países de origem das publicações.

Tabela 2 – Frequência e percentual dos artigos, segundo país de origem da pesquisa. Chapecó, SC, Brasil, 2020.

País de Publicação	N	%
Espanha	7	22,5
Brasil	4	12,9
China	4	12,9
Argentina	3	9,6
Sérvia	2	6,4
Etiópia	1	3,2
Noruega	1	3,2
Paquistão	1	3,2
Bósnia e Herzegovina	1	3,2
Alemanha	1	3,2
Arábia Saudita	1	3,2
Barbados	1	3,2
Eslovênia	1	3,2
Bangladesh	1	3,2
Israel	1	3,2
Peru	1	3,2

Fonte: Banco de dados dos autores (2020).

Ao analisar o idioma da publicação, 21 estudos foram publicados na língua inglesa (67,7%), oito foram publicados na língua espanhola (25,8%) e dois, na língua portuguesa (6,4%).

A análise dos artigos permitiu identificar a frequência e o local de ocorrência dos casos de violência, segundo a literatura científica. Constatou-se que a expressiva maioria dos estudos relata a frequência de casos de violência. Um estudo retrospectivo de notificações das agressões sofridas pelos profissionais de saúde vinculados à APS de Madri, Espanha, constatou que foram notificados 1157 casos de agressões de todos os Centros de Atenção Primária de Madri.³⁵ Já a investigação realizada nos centros de saúde pública de Sarajevo, Bósnia e Herzegovina constatou que 90,3% dos entrevistados relataram alguma forma de violência no trabalho durante sua vida profissional.¹⁷

O estudo realizado com 1526 profissionais dos centros de APS em Belgrado, Sérvia, sinalizou que 803 indivíduos (52,6%) experimentaram violência no trabalho.³⁹ Tais achados corroboram com o estudo que investigou 1404 profissionais de saúde recrutados pelo método de amostragem aleatória por conglomerados dos Centros Comunitários de Saúde na China, em que, mais da metade dos entrevistados (51,64%) sofreram violência no ambiente de trabalho.⁴¹

O estudo espanhol compara dados da APS com a Atenção Especializada, descrevendo os casos de agressões e conflitos notificados pelo Registro de Agressão e Conflitos de Madri, e, nesse nível assistencial, o momento de ocorrência mais comum foi o da consulta clínica (63,9%), seguida pelo local de admissão/acolhimento/triagem dos usuários (31,2%) e evidencia uma peculiaridade não abordada noutros estudos, que são os incidentes de violência que ocorrem no atendimento em domicílio (2,4%).³¹ Um estudo nacional revelou a recepção da unidade de saúde o local e/ou atividade de maior exposição à violência.²⁰

Em relação às características da violência, constatou-se que a maioria dos estudos tipifica a violência, e demonstra ser a violência psicológica a mais praticada, como afirma o estudo realizado com 270 profissionais de saúde em 12 centros de APS em Riad, na Arábia Saudita, onde prevaleceram os casos de violência psicológica (99,2%).³⁸ O mesmo foi pontuado em estudo com 574 profissionais da APS em Múrcia, na Espanha (90,1%).³⁴

A agressão ou abuso verbal esteve elencada como principal violência psicológica enfrentada pelos profissionais de saúde, conforme demonstrado no estudo realizado com 198 profissionais das eSF de Uberlândia, no Brasil,⁴⁶ e evidenciada de forma expressiva no estudo realizado em Israel.¹⁹

A violência física foi abordada na literatura científica com diferentes percentuais, variando de 2,3% no estudo com 2940 profissionais inseridos na APS na cidade de São Paulo⁴⁰ a 18,8% num estudo com 660 enfermeiros atuantes em unidades de saúde pública na Administração Municipal de Hawassa, na Etiópia.⁴⁵ A investigação realizada com 558 profissionais de saúde empregados na APS da Bósnia e Herzegovina constatou lesão física entre 1,9% dos enfermeiros e 2,2% dos médicos.¹⁹

O assédio moral/*bullying* foi mencionado nos estudos, com percentual variando de 14,2%²⁶ a 27,1%.²⁸ Outro tipo de violência verificada nos estudos foi o assédio sexual, evidenciado com percentuais menores em dois estudos, 4,34%⁴¹ e 9,2%¹⁷; e mais elevados em outros dois estudos, 13% na Etiópia⁴⁵, e 16,6% no Brasil.⁴⁶

Ainda, um estudo se dedicou a explorar a magnitude da violência no local de trabalho contra os profissionais de saúde, a partir da análise de artigos de notícia publicados em um jornal *on-line* chamado “*Platform*” em Bangladesh. A pesquisa constatou 56 casos de violência retratados no período de três anos, dos quais, 96% eram casos de natureza física.²³ Essa diferente perspectiva sugere que somente casos de violência física foram relatados, em hipótese, pela visibilidade que ela possui. Compreende-se, então, que os casos de violência psicológica foram subnotificados, indicando a banalização desse problema global.

Os estudos que surgiram na RI identificaram com o perfil das vítimas, diferentes categorias profissionais, entre eles médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem, dentistas, farmacêuticos, entre outros.^{20-21,23,30-31,35,38,42,46} Também chama a atenção o número de trabalhadores ligados aos serviços administrativos afetados pela violência, identificados no estudo da Arábia Saudita³⁸ que revela a ocupação de recepcionista/atendente como a mais afetada pela violência (68,4%). Nesse sentido, as investigações sugerem que o profissional que faz o primeiro atendimento/contato com o usuário está mais suscetível aos atos violentos.^{16,20-22,43}

Nota-se, em relação ao perfil da vítima, profissionais mulheres,^{16-17,22,28,35,37,43,46} jovens,^{16,20,37,46} com pouca experiência,^{16,22} e atuando no turno noturno³⁸⁻³⁹ foram citadas pelos estudos como características das vítimas mais expostas à violência.

Quanto ao perfil do agressor, um número expressivo de estudos identificou o paciente como o principal perpetrador da violência, com percentuais variando de 32,4%⁴³ a 94%.²⁴ O acompanhante também foi elencado como perpetrador, porém, em percentuais menores, com variações entre 20,3%,³⁸ 33,5%³¹ e 83,1%.²⁸ Os colegas de trabalho foram mencionados como perpetradores de violência em alguns estudos.^{25,26,43} Destaca-se um estudo que retratou os chefes de equipe e outros profissionais de saúde como principais perpetradores de assédio moral.²⁸

Outros estudos indicaram a maior prevalência de perpetradores do sexo masculino,^{27,31,35,38,44} na faixa etária entre 31 e 50 anos,^{27,31,35,44} que possuem associação aos casos de distúrbio psiquiátrico ou toxicodependência,^{19,29} e que realizam a agressão individualmente (sozinhos).²⁷

Quanto ao fator disparador dos casos de violência, as investigações que abordaram a temática apontam o longo período de espera^{16,19,25-26,35} e o comportamento do paciente,^{26,28,36,44,46} como os principais fatores disparadores de violência. Elencaram-se outros fatores, como: condições e organização do trabalho,^{20,29,37} número insuficiente de pessoal,^{16,26,46} limitação de materiais e suprimentos^{16,20} e insatisfação ou discordância em relação ao tratamento/prescrição/assistência recebida,^{19,29,35,37} considerados fatores motivadores dos episódios.

As consequências da violência foram exemplificadas em alguns estudos analisados, os quais retrataram sintomas fortemente associados à exposição à violência, dentre eles; tristeza, sofrimento, raiva, medo e culpa.^{23,32-33,38,46} Outras investigações referiram acometimento de sintomas depressivos^{21,30,36,40} e sequelas psicológicas.^{25,32,44} Dois estudos relataram que profissionais necessitaram interromper ou se afastar do serviço^{21,23} e um deles demonstrou que a exposição à violência no trabalho estava associada a um risco significativamente maior de desenvolver *Burnout*.¹⁸

Informa-se que, em decorrência aos atos de violência, destaca-se que poucos estudos citam que os participantes relatam o caso para um colega ou superior,^{26,38} embora em uma pesquisa, 74,9% dos participantes declararam entender a denúncia como útil.³⁰ Em três investigações^{25,38,44} evidenciaram-se que alguns profissionais registraram a agressão à polícia. Já em outro estudo, menos de 30% das vítimas relataram suas experiências à polícia, e apenas 25,7% dos casos foram investigados de alguma forma.²¹ A impunidade para os autores de violência física também é relatada nestes casos. Um estudo identificou que mais de 70% dos agressores ficaram impunes, incluindo aqueles que cometeram esfaqueamento, estrangulamento, chute e comportamento prejudicial usando instrumentos.²¹

Por fim, os estudos abordaram as estratégias e condições organizacionais que influenciaram o gerenciamento das situações de violência, dentre elas elencam-se: (1) implantar medidas de prevenção e segurança (guardas, alarmes),^{18-19,36,42,44} (2) oferecer treinamentos aos profissionais;^{19,22,25-26,28,33,36,44} (3) resolver o descompasso entre as expectativas do paciente e o serviço oferecido, bem como melhorar a relação médico/paciente;^{18-20,36} (4) promover medidas para educação do paciente;^{19,42} (5) realizar o registro da ocorrência dos casos de violência;^{28,43} (6) relatar as experiências de violência;^{21,26} (7) implantar protocolos e rotinas escritas;³³ (8) atuar com responsabilidade as associações e sindicatos profissionais com desenvolvimento de ação sistemática para prevenir e lidar com a violência no trabalho no setor de saúde;²¹ e (9) realizar campanhas que visam a melhorar a conscientização sobre a violência no trabalho e estabelecer medidas preventivas e protetoras no nível organizacional.²¹ Dois estudos sugerem ainda (10) intervenção das autoridades e reconhecimento do profissional de saúde como autoridade.^{16,29}

CONCLUSÕES

Com esta RI foi possível identificar o panorama do fenômeno da violência no trabalho dos profissionais de saúde, e o que a literatura descreve em relação ao problema na APS. A violência, nesse contexto, vem sendo abordada como tema de investigações em âmbito mundial, sobretudo nos países europeus. A agressão ou abuso verbal esteve elencada como principal tipo de violência enfrentada e o principal perpetrador identificado foi o paciente/usuário do serviço. Já o fator disparador dos casos relaciona-se com a organização do processo de trabalho da APS. Evidenciaram-se que os estudos abordavam estratégias para o gerenciamento das situações de violência, bem como medidas para o enfrentamento do fenômeno, o que reforça a importância de medidas institucionais.

Considerou-se como limitação deste estudo o fato de ser uma RI que, apesar de utilizar levantamento rigoroso da literatura, pode ter deixado de avaliar alguma pesquisa que estivesse fora dos critérios de inclusão.

Este estudo indica a necessidade de empreender esforços para que se difunda, não só nos âmbitos local e nacional, mas mundialmente, medidas de enfrentamento e prevenção à violência no trabalho da APS, as quais, potencialmente, podem implicar em melhores condições de trabalho dos profissionais de saúde e mitigar os índices do fenômeno da violência nesse cenário.

REFERÊNCIAS

1. Organización Internacional del Trabajo, Consejo Internacional de Enfermeras, Organización Mundial de la Salud; Internacional de Servicios Públicos. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el Sector de la Salud. [livro online] Ginebra: OIT; 2002. [acesso em 03 Jul 2019]. Disponível em: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_160911.pdf
2. Minayo MCS, Souza ER, Silva MMA, Assis SG. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2018 June [acesso em: 2020 Fev 02]; 23(6):2007-16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000602007&lng=en. doi:<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04962018>.
3. Dal Pai D, Lautert L, Souza SBC de, Marziale MHP, Tavares JP. Violência, burnout e transtornos psíquicos menores no trabalho hospitalar. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2015; 49(3):457-64. doi: 10.1590/S0080-623420150000300014.
4. Rodríguez Campo VA, Paravic Klijn TM, González Rubilar UD. Percepción de violencia física y factores asociados en profesionales y técnicos paramédicos en la atención pre hospitalaria. Index Enferm [Internet]. 2015; 24(1-2):10-4. doi: 10.4321/S1132-12962015000100003.
5. Bordignon M, Monteiro MI. Violência no trabalho da Enfermagem: um olhar às consequências. Rev. Bras. Enferm [Internet]. 2016; 69(5):996-9. doi: 10.1590/0034-7167-2015-0133.
6. Ferri P, Silvestri M, Artoni C, Di Lorenzo R. Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: a cross-sectional study. Psychol Res Behav Manag [Internet]. 2016; 23(9):263-75. doi: 10.2147/PRBM.S114870.
7. Abdellah RF, Salama, KM. Prevalence and risk factors of workplace violence against health care workers in emergency department in Ismailia, Egypt, Pan Afr Med J [Internet]. 2017; 26:21. doi: 10.11604/pamj.2017.26.21.10837.
8. Rodríguez-Campo VA, Paravic-Klijn TM. Verbal abuse and mobbing in pre-hospital care services, Chile. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2017; 25:e2956. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2073.2956>.
9. Pekurinen V, Willman L, Virtanen M, Kivimäki M, Vahtera J, Välimäki M. Patient Aggression and the Wellbeing of Nurses: A Cross-Sectional Survey Study in Psychiatric and Non-Psychiatric Settings. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2017; 14(10):E1245. doi: 10.3390/ijerph14101245.
10. Dal Pai D, Sturbelle ICS, Santos C, Tavares JP, Lautert L. Violência física e psicológica perpetrada no trabalho em saúde. Texto Contexto Enferm. [Internet]. 2018; 27(1):e2420016. doi: 10.1590/0104-07072018002420016.
11. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; 2015.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017 Set 21. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
13. Ganong LH. Integrative Review of Nursing Research. Res Nursing Health, 1987. Febr; 10(1):1-11.

14. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2009; 62(10):1006-12. doi: 10.1016/j.jclinepi.2009.06.005
15. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70. 2011.
16. Morales J, Cordero J. Violencia física y psicológica en trabajadores del primer nivel de atención de Lima y Callao. *Rev Asoc Esp Espec Med Trab* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Fev 07]; 28 (3):186-94. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552019000300002&lng=es.
17. Jatic Z, Erkocevic H, Trifunovic N, Tatarevic E, Keco A, Sporisevic L, et al. Frequency and Forms of Workplace Violence in Primary Health Care. *Medical archives* [Internet]. 2019; 73(1):6–10. doi: 10.5455/medarh.2019.73.6-10
18. Gan Y, Jiang H, Li L, Yang Y, Wang C, Liu J, et al. Prevalence of burnout and associated factors among general practitioners in Hubei, China: a cross-sectional study. *BMC Public Health* [Internet]. 2019; 19(1):1607. doi: 10.1186/s12889-019-7755-4.
19. Nevo T, Peleg R, Kaplan DM, Freud T. Manifestations of verbal and physical violence towards doctors: a comparison between hospital and community doctors. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2019; 19(1):888. doi: 10.1186/s12913-019-4700-2.
20. Sturbelle ICS, Dal Pai D, Tavares JP, Trindade LL, Riquinho DL, Ampos LF. Workplace violence in Family Health Units: a study of mixed methods. *Acta Paul. Enferm* [Internet]. 2019; 32(6):632-41. doi: 10.1590/1982-0194201900088.
21. Yang SZ, Wu D, Wang N, Hesketh T, Sun KS, Li L, et al. Workplace violence and its aftermath in China's health sector: implications from a cross-sectional survey across three tiers of the health system. *BMJ Open* [Internet]. 2019; 9:e031513. doi: 10.1136/bmjopen-2019-031513.
22. López-García C, Ruiz-Hernández JA., Llor-Zaragoza L, Llor-Zaragoza P, Jiménez-Barbero JA. User Violence and Psychological Well-being in Primary Health-Care Professionals. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context* [Internet]. 2018; 10(2):57-63. doi: 10.5093/ejpalc2018a6.
23. Hasan MI, Hassan MZ, Bulbul MMI, Joarder T, Chisti, MJ. Iceberg da violência no local de trabalho no setor de saúde de Bangladesh. *BMC Res Notes* [Internet]. 2018; 11:702 (2018). doi: 10.1186/s13104-018-3795-6.
24. Martínez Amezaga LI, Ghelfi AM, Garavelli F, Faggi CJ, Luchitta C, Criado J, et al. La nueva epidemia: agresión hacia médicos en el ámbito laboral. *Rev. Méd. Rosario* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Fev 07]; 84(3):110-20. Disponível em: <http://www.circulomedicorosario.org/Upload/Directos/Revista/f3cfbeMartinez%20Amezaga.pdf>.
25. Bolzán AG, Girotti S, Schiavina V. Violence against physicians of the Medical Federation of the Province of Buenos Aires during the practice of health care. Prevalence and characterization. *Inmanencia (San Martín, Prov. B. Aires)* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Fev 10]; 7(1):50-5. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1016367>.
26. Cheung T, Lee PH, Yip PSF. Workplace Violence toward Physicians and Nurses: Prevalence and Correlates in Macau. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2017; 14(8):879. doi: 10.3390/ijerph14080879.
27. Ahmed F, Khizar Memon M, Memon S. Violence against doctors, a serious concern for healthcare organizations to ponder about. *Ann Med Surg (Lond)* [Internet]. 2017; 15(25):3-5. doi: 10.1016/j.amsu.2017.11.003.
28. Cavalcanti AL, Belo EDR, Marcolino EC, Fernandes A, Cavalcanti YW, de Carvalho DF, et al. Occupational Violence against Brazilian Nurses. *Iran J Public Health* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Fev 10]; 47(11):1636-43. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6294866/>
29. Garrote-Díaz JM, Becerra-Becerra A, Bendaña-Jácome J, Garrote-Cuevas G, Muñoz-García M, Marín-Montero R, et al. Relatório nacional sobre agressões a médicos na Espanha 2010-2015: violência no local de trabalho - estudo ecológico. *BMC Res Notes* [Internet]. 2018; 11:347 (2018). doi: 10.1186/s13104-018-3393-7.

30. Fisekovic Kremic MB, Terzic-Supic ZJ, Santric-Milicevic MM, Trajkovic GZ. Encouraging employees to report verbal violence in primary health care in Serbia: A cross-sectional study. *Zdr Varst [Internet]*. 2017; 56(1):11-7. doi: 10.1515/sjph-2017-0002.
31. De-San-Segundo M, Granizo JJ, Camacho I, Martínez-de-Aramayona MJ, Fernández M, Sánchez-Úriza MA. Estudio comparativo de las agresiones a sanitarios entre Atención Primaria y Atención Especializada en una zona de Madrid (2009-2014). *Semergen. [Internet]*. 2017; 43(2):85-90. doi: 10.1016/j.semerg.2016.03.017.
32. Johansen IH, Baste V, Rosta J, Aasland OG, Morken T. Changes in prevalence of workplace violence against doctors in all medical specialties in Norway between 1993 and 2014: a repeated cross-sectional survey. *BMJ Open [Internet]*. 2017; 7(8):e017757. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017757.
33. Gabrovec, B. Prevalência de violência contra enfermeiros comunitários: uma pesquisa por questionário. *Saúde e Segurança no Trabalho [Internet]*. 2017; 65(11):527-32. doi:10.1177/2165079917691767.
34. Ruiz-Hernández JA, López-García C, Llor-Esteban B, Galián-Muñoz I, Benavente-Reche AP. Evaluation of the users violence in primary health care: Adaptation of an instrument. *Int J Clin Hlth Psyc [Internet]*. 2016; 16(3):295-305. doi: 10.1016/j.ijchp.2016.06.001.
35. Rincón-del Toro T, Villanueva-Guerra A, Rodríguez-Barrientos R, Polentinos-Castro E, Torijano-Castillo MJ, Castro-Monteiro E, et al. Agresiones sufridas por las personas que trabajan en atención primaria de la Comunidad de Madrid, 2011-2012. *Rev. Esp. Salud Publica [Internet]*. 2016 [acceso em 2020 Jan 04]; 90: e40020. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100420&lng=es.
36. Abed M, Morris E, Sobers-Grannum N. Violência no local de trabalho contra equipes médicas em unidades de saúde em Barbados, *Medicina do Trabalho [Internet]*. 2016; 66(7):580–3. doi: 10.1093 / occmed / kqw073.
37. Gutiérrez L, Hernández MJ, Molina L. Agresiones externas al personal sanitario de un servicio público de salud (2008-2012). *Arch Prev Riesgos Labor [Internet]*. 2016; 19(3):166-74. doi: 10.12961/apr.2016.19.03.3.
38. Al-Turki N, Afify AA, AlAteeq M. Violence against health workers in Family Medicine Centers. *J Multidiscip Healthc [Internet]*. 2016; 9:257-66. doi: 10.2147/JMDH.S105407.
39. Fisekovic MB, Trajkovic GZ, Bjegovic-Mikanovic VM, Terzic-Supic ZJ. Does workplace violence exist in primary health care? Evidence from Serbia [Internet]. *European Journal of Public Health*. 2015; 25(4):693-98. doi: 10.1093/eurpub/cku247.
40. Da Silva ATC, Peres MFT, Lopes CS, Schraiber LB, Susser E, Menezes PR. Violence at work and depressive symptoms in primary health care teams: a cross-sectional study in Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet]*. 2015; 50:1347–55. doi: 10.1007/s00127-015-1039-9.
41. Lin WQ, Wu J, Yuan LX, Zhang SC, Jing MJ, Zhang HS, et al. Workplace Violence and Job Performance among Community Healthcare Workers in China: The Mediator Role of Quality of Life. *Int J Environ Res Public Health [Internet]*. 2015; 12(11):14872-86. doi: 10.3390/ijerph121114872.
42. Travetto C, Daciuk N, Fernández S, Ortiz P, Mastandueno R, Prats M, et al. Agresiones hacia profesionales en el ámbito de la salud. *Rev Panam Salud Publica [Internet]*. 2015 [acceso 2020 Fev 14]; 38(4):307–15. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2015.v38n4/307-315/>.
43. Martínez IS, García ZA, Felipez AI, Castro Dios DJ. Violencia sufrida y percibida por el personal de enfermería del Área Sanitaria Integrada de A Coruña. *Enferm. glob. [Internet]*. 2015 [acceso 2020 Fev 14]; 14(39):219-29. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000300011&lng=es.
44. Vorderwülbecke F, Feistle M, Mehring M, Schneider A, Linde K. Aggression and violence against primary care physicians—a nationwide questionnaire survey. *Dtsch Arztebl Int [Internet]*. 2015; 112(10):159-65. doi: 10.3238/arztebl.2015.0159.
45. Fute M, Mengesha ZB, Wakgari N, Tessema GA. High prevalence of workplace violence among nurses working at public health facilities in Southern Ethiopia. *BMC Nurs [Internet]*. 2015; 14:9. doi: 10.1186/s12912-015-0062-1.

46. Oliveira LP, Camargo FC, Iwamoto HH. Violência relacionada ao trabalho das equipes de saúde da família. REAS [Internet]. 2013; 2(2NEsp):46-56. doi: 10.18554/.

5.2 O ARTIGO ORIGINAL - EXPOSIÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL À VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO²

RESUMO

Objetivo: analisar a violência no trabalho da equipe multiprofissional de saúde que atua na Atenção Primária à Saúde e a associação do fenômeno com as características sociolaborais dos participantes.

Métodos: estudo transversal, prospectivo, com 280 profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária à Saúde, que responderam ao *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector* e um questionário.

Resultados: identificou-se que 36,8% dos participantes sofreram algum tipo de violência, majoritariamente agressão verbal, seguida do assédio moral. Enfermeiros e técnicos de enfermagem foram as vítimas mais comuns, sendo o quantitativo de filhos, a escolaridade dos profissionais, o contato frequente com o usuário, o reconhecimento e a satisfação no trabalho significativos para a ocorrência de violências específicas.

Conclusão: a violência está presente no trabalho da Atenção Primária à Saúde, com destaque para violência psicológica. Analisar as variáveis que interferem cada tipo de violência permite melhor direcionar as medidas preventivas para o problema.

Descritores: Violência; Violência no Trabalho; Pessoal de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como “uso intencional ou ameaça de uso da força física contra outra pessoa ou si próprio, que resulta, ou tem a probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico”^(1:5).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) reconhece a violência no trabalho como qualquer ação, incidente ou comportamento fundamentado em uma atitude voluntária do agressor, em decorrência da qual um profissional é agredido, ameaçado, ou sofre algum dano ou lesão durante a realização, ou como resultado direto, do seu trabalho⁽²⁾.

Estudos nacionais e internacionais apontam que a violência é um problema significativo enfrentado pelos profissionais de saúde nos seus ambientes laborais, perpetrada na maioria das vezes por meio da violência psíquica e física, sendo a primeira mais evidenciada nos estudos⁽³⁻¹²⁾.

Estudiosos destacam que no setor saúde existem alguns fatores de risco para a violência, esta é perpetrada normalmente, motivada pela insatisfação ou desacordo com a assistência recebida, falta de atendimento médico, desorganização do sistema de saúde, condições de trabalho inadequadas, falhas na estrutura ou ambiente de trabalho, deficiência de recursos materiais e recursos humanos, ausência de treinamentos em medidas de prevenção da violência no trabalho e situações de vulnerabilidade social,

² Manuscrito submetido a Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN) e desse modo formatado aos moldes do periódico.

status socioeconômico da população, violência urbana e criminalidade na localidade onde se situa a unidade de saúde⁽¹³⁻¹⁸⁾.

Diante desses aspectos e tendo em vista o quantitativo da força de trabalho advinda do setor público de saúde, faz-se necessário estudar o fenômeno da violência em diferentes contextos assistenciais.

No Brasil a Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia de reordenamento do Sistema Único de Saúde, orientada pela Política Nacional de Atenção Básica, revisada em 2017, a qual estabelece diretrizes para a organização do componente APS na Rede de Atenção à Saúde⁽¹⁹⁾.

Atuam na APS brasileira, as equipes de Atenção Básica, mas como estratégia prioritária de atenção à saúde tem-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), que visa a reorganização desse nível de atenção no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. A APS ou Atenção Básica é definida como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre os quais as equipes assumem responsabilidade sanitária⁽¹⁹⁾.

No contexto da APS, a violência no trabalho é uma realidade presente e possui interferência negativa no processo laboral e na saúde dos trabalhadores, com casos de subnotificação e ainda pouco investigada em estudos^(18,20). Entretanto, os danos provocados pela violência podem ser de difícil identificação, principalmente, quando não apresentam repercussões físicas. Pesquisadores destacam que as consequências advindas da exposição à violência no trabalho são muitas, podendo refletir na saúde física, pessoal, profissional, psicológica e emocional^(8,14). Além disso, a violência ocupacional no setor saúde pode ocasionar danos à saúde dos trabalhadores e interferir na qualidade de assistência prestada aos usuários⁽²¹⁾.

A violência no Brasil é um fenômeno complexo, com raízes históricas e nas grandes desigualdades sociais, qualquer tentativa de enfrentamento necessita se fundamentar em uma política de promoção da vida, o que exige uma abordagem de cunho interdisciplinar que envolva políticas sociais inclusivas. No País, as ações de enfrentamento das violências nos últimos anos foram implementadas por meio de políticas públicas articuladas, mas muito há por fazer para reduzir mortes e lesões por violências, devendo constituir-se como causa prioritária para gestores, profissionais e sociedade⁽²²⁾.

Diante desse cenário, questiona-se: ocorre violência no trabalho da equipe multiprofissional da APS que atuam nos municípios da Regional de Saúde de Maravilha, em Santa Catarina (SC)? Quais as implicações para a saúde destes trabalhadores?

OBJETIVO

Analisar a violência no trabalho da equipe multiprofissional de saúde que atua na Atenção Primária à Saúde e a associação do fenômeno com as características sociolaborais dos participantes.

MÉTODO

Aspectos Éticos

O estudo respeitou os aspectos éticos recomendados internacionalmente, no que diz respeito à pesquisa com seres humanos e o disposto nas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde^(23,24). Está aninhado uma macropesquisa que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, via Plataforma Brasil, aprovada sob Parecer nº 3.414.195/2019. Foi solicitado o consentimento das instituições envolvidas, bem como a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por todos os envolvidos diretamente na pesquisa. Garantiu-se ao participante a informação, a possibilidade de participar ou não da pesquisa e o anonimato no tratamento das informações obtidas.

Desenho, local e período do estudo

Foi realizado um estudo de delineamento transversal e prospectivo, de abordagem quantitativa.

O cenário de estudo foi composto por 22 municípios da região extremo-oeste do estado de Santa Catarina, as quais compunham a Regional de Saúde de Maravilha. Nesse contexto, em 2019, participaram da pesquisa as 49 equipes de Saúde da Família (eSF), nas quais atuavam 753 profissionais de saúde⁽²⁵⁾.

O período de coleta dos dados ocorreu entre setembro e outubro de 2019.

Crítérios e definição da amostra do estudo

Para definição da amostra do estudo foram utilizados como critério de inclusão: ser profissional da equipe multiprofissional saúde e estar atuando na eSF dos municípios participantes da pesquisa, por no mínimo, 12 meses. Foram excluídos os trabalhadores afastados por qualquer motivo no período da coleta de dados.

Para definição dos participantes foi realizado cálculo amostral por categoria profissional, considerando 95% de confiança e erro de 5%. Mediante esse cálculo foi identificada a amostra de 255 participantes, selecionados a partir da população de 753 profissionais no cenário do estudo.

Para a seleção dos participantes e alcance do desenho amostral foram convidados todos os profissionais, sendo suspensa a coleta de dados quando os quantitativos previstos foram alcançados por categoria profissional, o que ocorreu quando foram totalizados 280 instrumentos preenchidos. Os trabalhadores participantes do estudo estão distribuídos por categoria profissional, sendo 48,9% (n=137) agente comunitário de saúde (ACS), 13,2% (n=37) enfermeiro (ENF), 12,9% (n=36) técnico de enfermagem (TE), 8,9% (n=25) médico (ME), 7,1% (n=20) dentista (CD), 5,7% (n=16) auxiliar em saúde bucal (ASB), 1,8% (n=5) técnico em saúde bucal (TSB) e 1,4% (n=4) auxiliar de enfermagem (AE).

Protocolo do estudo

Foi utilizado para coleta dos dados um questionário autoaplicável contendo informações sociolaborais dos participantes e a *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector*, proposto pela OMS, OIT e de Serviços Públicos e Conselho Internacional de Enfermagem⁽²⁶⁾, traduzido e adaptado para a língua portuguesa⁽²⁷⁾. Esse instrumento permite o levantamento da ocorrência de violência física (18 questionamentos) e violência psicológica, esta última subdividida em: agressão verbal (13 questões), intimidação/assédio moral (13 questões), assédio sexual (13 questões), e discriminação racial (13 questões), nos últimos 12 meses,

contemplando características da vítima, da agressão e do perpetrador, consequências e medidas institucionais de controle da violência.

O instrumento foi enviado via e-mails dos profissionais cadastrados na Regional de Saúde, contendo informações éticas, convite para participar do estudo e link de acesso ao questionário via Aplicativo *Google Forms* (Formulários - tecnologia da web que auxilia na criação de questionários e de pesquisas personalizadas). Assim, foram acessados em local de sua preferência, virtualmente, mantendo sua privacidade e liberdade para responder ao estudo.

Processo de análise dos dados

Os dados quantitativos foram codificados, tabulados e analisados por meio do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0. As variáveis de natureza quantitativa foram descritas por meio de medidas de tendência central e dispersão: média, desvio padrão, mediana, valor mínimo e máximo observado, estimativa por intervalo de confiança para a média populacional com base no número de respostas válidas e nível de confiança de 95%. As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências absolutas e proporções.

Utilizou-se análise estatística descritiva, foi realizado o Teste Qui-Quadrado e Teste ANOVA para identificar as associações entre a ocorrência dos diferentes tipos de violência, bem como, para analisar a ocorrência de violência entre os trabalhadores e as características sociolaborais. Considerou-se como nível de significância estatística de referência $p < 0,05$.

RESULTADOS

O estudo envolveu 280 profissionais de saúde, sendo estes apresentados na Tabela 1, bem como a associação das características com a ocorrência de violência.

Tabela 1- Características sociolaborais dos participantes (n= 280) e associação com a ocorrência de violência no trabalho, Santa Catarina, Brasil, 2020.

Características sociais	Não Expostos n(%)	Expostos n(%)	Total n(%)	p*
Sexo				0,864
Masculino	13	7	20 (7,1)	
Feminino	164	96	260 (92,9)	
Idade				0,184
19 anos	2	0	2 (0,7)	
20 a 24 anos	11	4	15 (5,4)	
25 a 29 anos	17	22	39 (13,9)	
30 a 34 anos	34	19	53 (18,9)	
35 a 39 anos	46	24	70 (25,0)	
40 a 44 anos	39	22	61 (21,8)	
45 a 49 anos	8	6	14 (5,0)	
50 a 54 anos	14	6	20 (7,1)	
55 a 59 anos	2	0	2 (0,7)	
60 a 64 anos	3	0	3 (1,1)	
65 anos	1	0	1 (0,4)	
Cor da Pele				0,859

Negra	5	3	8 (2,8)	
Parda	13	9	22 (7,9)	
Branca	158	91	249 (88,9)	
Outra	1	0	1 (0,4)	
Situação Conjugal				0,939
Sem Companheiro	32	19	51 (18,2)	
Com Companheiro	145	84	229 (81,8)	
Número Filhos				0,003
0	56	46	102 (36,4)	
1	38	28	66 (23,6)	
2	65	23	88 (31,4)	
3 ou mais	18	6	24 (8,6)	
Escolaridade				0,000
Ens. fundamental	4	1	5 (1,8)	
Ens. Médio	109	39	148 (52,9)	
Ens. Superior	18	14	32 (11,4)	
Pós Graduação	36	44	80 (28,5)	
Mestrado/Doutorado	10	5	15 (5,4)	

Fonte: Banco de dados dos Autores (2020).

Nota: * teste: ANOVA

A maioria dos participantes, 89,3% (n=250) não possui cargo de chefia (p=0,236), estava em média 9,1 anos trabalhando na instituição (com mínimo um ano e máxima 36 anos) (p=0,250), 86,4% (n=242) não trabalha em outra instituição (p=0,254), 63,9% (n=179) referiu não ter contato físico frequente com o paciente (p=0,043), 82,9% (n=232) relatou atender os diferentes públicos, ou seja, crianças, adolescentes, adultos e idosos. A média de profissionais presentes no setor de trabalho (p=0,234) foi reduzida, revelando que 46,8% (n=131) trabalham sozinhos e 15% (n=42) refere trabalhar apenas com um colega.

Sobre a ocorrência da violência, 63,2% (n=177) dos participantes do estudo relatou que não sofreu nenhum episódio, entre os 36,8% (n=103) que afirmaram ter sofrido violência, a maioria 57,3% (n=59) sofreu um tipo, 38,8% (n=40) dois tipos, 2,9% (n=3) três tipos e ainda um participante informou ter sofrido quatro diferentes tipos de violência.

Na sequência apresenta-se a Tabela 2, na qual se observa a ocorrência dos diferentes tipos de violência pesquisada.

Tabela 2- Distribuição dos diferentes tipos de violência sofrida conforme ocorrência, perpetrador e local, Santa Catarina, Brasil, 2020.

Variáveis	Violência	Agressão	Assédio	Assédio	Discriminação
	Física n (%)*	Verbal n (%)*	Moral n (%)*	Sexual n (%)*	Racial n (%)*
Casos de Violência	2 (0,7)	94 (33,6)	39 (13,9)	13 (4,6)	5 (1,8)
Perpetrador					
Paciente/Familiar	2 (0,7)	-	-	-	-
Paciente	-	52 (18,6)	17 (6,1)	6 (2,1)	2 (0,7)
Familiar/Cuidador	-	11 (3,9)	1 (0,4)	5 (1,8)	-
Colega	-	12 (4,3)	7 (2,5)	-	2 (0,7)

Chefia/Supervisor	-	17 (6,1)	13 (4,6)	2 (0,7)	1 (0,4)
Outro	-	1 (0,4)	1 (0,4)	-	-
Local de Ocorrência					
Dentro da Instituição	1 (0,4)	74 (26,4)	35 (12,5)	9 (3,2)	5 (1,8)
Fora da Instituição	1 (0,4)	19 (6,8)	4 (1,4)	4 (1,4)	-
Incidente evitável					
Não	1 (0,4)	23 (8,2)	8 (2,9)	3 (1,1)	1 (0,4)
Sim	1 (0,4)	71 (25,4)	31 (11,1)	10 (3,6)	4 (1,4)

Fonte: Banco de dados dos Autores (2020).

Nota: *Frequência

Ainda, sobre aspectos específicos da violência física, identificou-se que os dois profissionais (0,7%) que sofreram com episódios desta tipologia não tiveram ferimentos, não necessitaram de assistência médica e não se retiraram do trabalho.

A tabela 3 apresenta a ocorrência de violência descrita por categoria profissional.

Tabela 3- Ocorrência dos diferentes tipos de violência por categoria profissional, Santa Catarina, Brasil, 2020.

Variáveis (n=casos de Violência)	Violência Física n (%)*	Agressão Verbal n (%)*	Assédio Moral n (%)*	Assédio Sexual n (%)*	Discriminação Racial n (%)*	Total de episódios
Categorial Profissional						
Agente Comunitário de Saúde (n=137)	1 (0,7)	34 (24,8)	14 (10,2)	3 (2,2)	3 (2,2)	55
Auxiliar de Enfermagem (n=4)	-	1 (25)	-	-	-	1
Auxiliar em Saúde Bucal (n=16)	1 (6,3)	5 (31,3)	-	-	-	6
Dentista (n=20)	-	9 (45)	4 (20)	-	-	13
Enfermeiro (n=37)	-	21 (56,8)	6 (16,2)	4 (10,8)	-	31
Médico (n=25)	-	6 (24)	6 (24)	4 (16)	1 (4)	17
Técnico de Enfermagem (n=36)	-	17 (47,2)	9 (25)	2 (5,6)	1 (2,8)	32
Técnico em saúde Bucal (n=5)	-	1 (20)	-	-	-	1
Total	2	94	39	13	5	

Fonte: Banco de dados dos Autores (2020).

Nota: *Frequência calculada pelo total de amostra por categoria profissional.

Quando questionados quanto ao sentimento de reconhecimento no desempenho de seu trabalho, a maioria dos trabalhadores 53,2% (n=149) sente-se reconhecido ou muito reconhecido o que foi significativo para a ocorrência da violência no trabalho ($p=0,000$), assim como a satisfação no trabalho ($p=0,000$), sendo que 70% (n=196) dos participantes referiram sentir-se satisfeito ou muito satisfeito.

Acerca dos procedimentos para o relato de violência, 62,1% (n=174) refere não existir procedimentos, 69,3% (n=194) não reconheceu nenhum estímulo para o relato e enfrentamento do fenômeno.

DISCUSSÃO

Evidenciou-se, no cenário pesquisado, o predomínio dos profissionais do sexo feminino, brancos, com idades que variaram entre 19 e 65 anos, com em média de 36,7 anos, com companheiro e sem filhos, sendo somente essa variável associada à ocorrência da violência. Observa-se que quanto maior o número de filhos, o profissional encontra-se menos exposto ao episódio de violência, sendo esse dado não identificado em outros estudos. Acredita-se que profissionais com vínculo parental tendem a desenvolver mais mecanismos de proteção, talvez mais atentos aos episódios de violência.

Quanto à escolaridade, diferente do achado no estudo nacional⁽²⁸⁾, em que a maioria dos participantes possui ensino fundamental e na China⁽²⁹⁾, no qual a maioria dos participantes eram graduados ou especialistas, neste houve predominância do ensino médio, assim como no estudo na Sérvia⁽⁴⁾, sendo esta uma variável significativa em relação à ocorrência de violência. Esse fato indica que ter menor escolaridade é um fator que favorece a ocorrência do fenômeno, potencialmente maior escolaridade sugere melhor preparo para o enfrentamento do problema e menor vulnerabilidade a sua ocorrência.

Neste estudo, 36,8% dos participantes afirmaram ter sofrido violência e, na literatura, as frequências variam de 45% a 65,9% em investigações na área hospitalar^(3,8,30), 69,8% a 90,1% em estudos na APS^(17,31) e 59,7% a 71,4% em serviços de urgências e emergências, o que evidencia um pequeno declínio, em relação aos estudos^(9,32).

Destaca-se que dentre as vítimas de violência, um percentual expressivo (41,7%) referiu ter sofrido mais de um tipo de violência nos últimos 12 meses, semelhante a outro estudo⁽¹⁶⁾, e o predomínio da violência psicológica, majoritariamente de agressão verbal^(14-16,28,33,34). A violência verbal foi relatada majoritariamente entre enfermeiros, técnicos de enfermagem e dentistas, profissionais que possuem um contato mais frequente e que envolve vínculo com o paciente.

Autores^(35,36) registram, entre as consequências, que a agressão verbal pode causar vários transtornos psicológicos, com potencial de reflexos na saúde física e emocional dos trabalhadores^(3,8,37). As consequências relatadas por profissionais abusados ou agredidos, principalmente, os abusados verbalmente, são: medo, raiva, irritação, ansiedade, depressão, humilhação, culpa, sentimentos de desamparo e decepção⁽⁸⁾. É comum os trabalhadores experimentarem ansiedade ou medo após serem agredidos, abusados ou intimidados por pacientes ou visitantes⁽¹¹⁾.

Destaca-se também, os casos de assédio moral (10,2%), presentes em outras investigações com prevalência variando de 14,2% à 45,6%^(11,15,36), relatados em sua maioria pela categoria profissional técnico de enfermagem, médico e dentista. Observou-se lacunas na literatura acerca de pesquisas sobre assédio moral no trabalho da APS. Outros estudos, realizados em diferentes cenários, com associação ao tema

revelam que muitos profissionais reconhecem o assédio moral como uma situação inerente à profissão, até mesmo costumeiramente atrelada à pressão, ao estresse, à cobrança institucional e à insegurança profissional⁽³⁹⁾. Estudo revela que as vítimas de assédio moral apresentam manifestações físicas e psíquicas relacionadas ao sofrimento⁽⁴⁰⁾, outro alerta que o assédio não só pode refletir na saúde mental da vítima, com sintomas de culpa, medo e depressão, como também contribuir para a manifestação de distúrbios digestivos, transtornos alimentares, palpitações, aumento no consumo de bebidas alcoólicas, drogas e tabagismo⁽⁴¹⁾. Ainda, esse tipo de violência pode repercutir no desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*⁽⁴²⁾.

A função exercida pelo profissional de saúde foi um fator significativo à ocorrência de violência, constatou-se que o profissional enfermeiro e o técnico de enfermagem estão mais expostos à violência psicológica na APS, potencialmente pelas atividades desempenhadas na “linha de frente” do atendimento ao usuário, fato esse evidenciado também em outros estudos^(17,31). Um deles demonstra que desenvolver as atividades na recepção da Unidade de Saúde, bem como no acolhimento do usuário deixa o profissional de saúde mais exposto à violência⁽¹⁷⁾. Outra investigação relata que assumir posição de vanguarda no atendimento, enfrentando as frustrações dos usuários, deixa o profissional mais vulnerável aos comportamentos violentos dos usuários⁽³¹⁾.

Corroborando com esse achado a variável “contato físico frequente com o paciente” revelada como significativa no desfecho de ocorrência de violência; outros estudos confirmam que o contato físico frequente ou direto com os pacientes aumenta o risco de o profissional sofrer episódios violentos^(9,11,43).

Assim como em outras investigações na temática^(15,18,34) os usuários/pacientes e os familiares revelaram-se os principais perpetradores da maioria dos tipos de violência, com exceção para o assédio moral, em que o chefe ou supervisor, é o perpetrador mais comum^(38,40).

Neste estudo, o local de ocorrência dos casos de violência foi majoritariamente dentro da instituição. Investigação realizada na Sérvia⁽³⁴⁾ demonstra que 97,4% dos casos também ocorreram dentro da instituição, e os dados encontrados em estudo Espanhol⁽¹³⁾ mostram que 62,7% dos incidentes ocorreram durante a consulta clínica.

A falta de procedimentos para o relato de violência e de estímulo para o relato e enfrentamento do fenômeno evidenciado nesta e em outras investigações^(9,18,34) possui implicações na subnotificação dos casos e na dificuldade em propor medidas para o enfrentamento do problema no setor saúde. Profissionais de saúde que não percebem organização de políticas para relatar o fenômeno no local de trabalho estão mais propensas a sofrer violência⁽¹⁸⁾.

Pesquisa realizada com profissionais de saúde de hospitais e na APS da China constatou que 56,6% dos participantes mencionaram incentivo organizacional para relatar os episódios violentos⁽¹⁸⁾. Estabelecer medidas organizacionais e incentivar os profissionais a denunciar a violência no local de trabalho podem reduzir a prevalência da violência nos serviços de saúde⁽³⁴⁾.

Para fazer frente à violência no trabalho também, destaca-se os achados significativos para esta pesquisa, referentes ao sentimento de reconhecimento no desempenho do trabalho e a satisfação no trabalho, pois é notável a sua relação com diferentes aspectos da vida laboral do profissional de saúde, sendo que nesse estudo a maioria dos participantes sente-se reconhecidos ou muito reconhecidos, bem como está satisfeito ou muito satisfeito no desempenho do seu trabalho, achados divergentes em outra investigação⁽³⁾ que destaca a relação negativa da violência no trabalho sobre a satisfação e o reconhecimento laboral, potencializando o absenteísmo⁽³⁾ e podendo

comprometer a segurança do paciente, pois interfere na qualidade do cuidado prestado àqueles que recorrem aos serviços^(7,21).

Limitações do estudo

Deve-se levar em consideração como limitação deste estudo a ausência de uma etapa qualitativa, com possibilidade de ouvir os relatos das vítimas. Outra limitação na discussão dos achados está relacionada com o número reduzido de estudos com os profissionais da APS.

Contribuições para a área da Enfermagem, saúde ou política pública

São escassos os estudos que investigam a exposição à violência no trabalho entre as diferentes categorias de profissionais que atuam na APS, o que permitiu melhor compreensão do problema na Estratégia Saúde da Família.

A investigação do fenômeno e sua associação com as características sócio laborais dos profissionais de saúde propicia entender quais fatores necessitam de maior atenção, para melhor planejar medidas eficazes para mitigar o fenômeno nos serviços de saúde, potencialmente considerando as especificidades do trabalho nesse nível assistencial.

CONCLUSÃO

A violência está presente no trabalho dos profissionais que atuam na APS, com destaque para a violência psicológica, perpetradas por meio da agressão verbal e do assédio moral. As categorias profissionais mais afetadas foram os enfermeiros e técnicos de enfermagem, potencialmente pelas suas atividades serem desempenhadas na “linha de frente” do atendimento ao usuário, mas o contato frequente dos dentistas, também foi evidenciado. No contexto do assédio moral destacou-se nessa investigação a vulnerabilidade dos técnicos de enfermagem e médicos.

Evidenciou-se que a menor escolaridade e o contato físico frequente ou direto com o usuário foram associados à violência. O paciente e o familiar revelaram-se os principais perpetradores, exceto para o assédio moral, em que o chefe ou supervisor, é o perpetrador mais comum. Acompanhamento do perfil das vítimas e dos perpetradores potencializa o melhor direcionamento das condutas preventivas do fenômeno.

O sentimento de reconhecimento no desempenho do trabalho e a satisfação foram relacionados à violência, considera-se que esta tem repercussão naqueles, contudo, assim como a literatura vem registrando, faltam procedimentos para o relato de violência e estímulo para a notificação e enfrentamento do problema, o que limita avanços em medidas para a melhor condução do problema no setor saúde, o que pode repercutir em presenteísmo, absenteísmo e abandono do trabalho na APS.

São necessárias mais investigações acerca da violência contra os profissionais atuantes na APS, especialmente referente aos tipos de violência mais frequentes, bem como a indigência de medidas organizacionais, como a implantação de fluxos, protocolos e treinamentos para a prevenção e enfrentamento da violência no local de trabalho, bem como campanhas de sensibilização dos próprios profissionais, usuários e gestores sobre o tema e potencial importância da Cultura de Paz nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Krug EG et al. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. Organización Internacional del Trabajo, Consejo Internacional de Enfermeras, Organización Mundial de la Salud y Internacional de Servicios Públicos. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el Sector de la Salud. Ginebra: OIT. 2002 [cited 2019 Jul 03]. Available from: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_160911.pdf.
3. Dal Pai D, Lautert L, Souza SBC de, Marziale M HP, Tavares J P. Violência, burnout e transtornos psíquicos menores no trabalho hospitalar. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2015; 49(3):457-464. doi: 10.1590/S0080-623420150000300014.
4. Fisekovic MB, Trajkovic GZ, Bjegovic-Mikanovic VM, Terzic-Supic ZJ. Does workplace violence exist in primary health care? Evidence from Serbia. European Journal of Public Health. 2015; 25(4):693-98. doi: 10.1093/eurpub/cku247.
5. Hogan N, Costello S, Boyle M, Williams B. Measuring workplace trauma response in Australian paramedics: an investigation into the psychometric properties of the Impact of Event Scale. Psychol Res Behav Manag. 2015;8:287-294. doi: 10.2147/PRBM.S96647.
6. Rodríguez Campo VA, Paravic Kljin TM, González Rubilar UD. Percepción de violencia física y factores asociados en profesionales y técnicos paramédicos en la atención prehospitalaria. Index Enferm [Internet]. 2015;24(1-2):10-14. doi: 10.4321/S1132-12962015000100003.
7. Bordignon M, Monteiro MI. Violência no trabalho da Enfermagem: um olhar às consequências. Rev. Bras. Enferm. 2016; 69(5):996-999. doi: 10.1590/0034-7167-2015-0133.
8. Ferri P, Silvestri M, Artoni C, Di Lorenzo R. Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: a cross-sectional study. Psychol Res Behav Manag. 2016; 23(9):263-275. doi: 10.2147/PRBM.S114870.
9. Abdellah RF, Salama, KM. Prevalência e fatores de risco de violência no trabalho contra trabalhadores de saúde no departamento de emergência em Ismailia, Pan Afr Med J. 2017; 26:21. doi:10.11604/pamj.2017.26.21.10837.
10. Rodríguez-Campo VA, Paravic-Kljin TM. Verbal abuse and mobbing in pre-hospital care services, Chile. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017; 25:e2956. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2073.2956>.
11. Cheung T, Lee PH, Yip PSF. Workplace Violence toward Physicians and Nurses: Prevalence and Correlates in Macau. Int J Environ Res Public Health. 2017; 14(8):879. doi: 10.3390/ijerph14080879.
12. Pekurinen V, Willman L, Virtanen M, Kivimäki M, Vahtera J, Välimäki M. Patient Aggression and the Wellbeing of Nurses: A Cross-Sectional Survey Study in Psychiatric and Non-Psychiatric Settings. Int J Environ Res Public Health. 2017; 14(10):1245. doi:10.3390/ijerph14101245.
13. Rincón-del Toro T, Villanueva-Guerra A, Rodríguez-Barrientos R, Polentinos-Castro E, Torijano-Castillo MJ, de Castro-Monteiro E et al. Agresiones sufridas por las personas que trabajan en atención primaria de la Comunidad de Madrid, 2011-2012. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2016 [cited 2020 Jan 04]; 90:e40020. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100420&lng=es.
14. Ahmed F, Khizar Memon M, Memon S. Violence against doctors, a serious concern for healthcare organizations to ponder about. Ann Med Surg (Lond). 2017; 15(25):3-5. doi: 10.1016/j.amsu.2017.11.003.
15. Dal Pai D, Sturbelle ICS, Santos C, Tavares JP, Lautert L. Violência física e psicológica perpetrada no trabalho em saúde. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2018; 27(1):e2420016. doi: 10.1590/0104-07072018002420016.
16. Jatic Z, Erkocevic H, Trifunovic N, Tatarevic E, Keco A, Sporisevic L, et al. Frequency and Forms of Workplace Violence in Primary Health Care. Medical archives [Internet]. 2019; 73(1),6–10. doi: 10.5455/medarh.2019.73.6-10
17. Sturbelle ICS, Dal Pai D, Tavares JP, Trindade LL, Riquinho DL, Ampos LF. Workplace violence in Family Health Units: a study of mixed methods. Acta paul. Enferm [Internet]. 2019; 32(6):632-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900088>.

18. Yang SZ, Wu D, Wang N, Hesketh T, Sun KS, Li L, et al. Workplace violence and its aftermath in China's health sector: implications from a cross-sectional survey across three tiers of the health system. *BMJ Open* [Internet]. 2019; 9:e031513. doi: 10.1136/bmjopen-2019-031513.
19. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília: MS. 2017 [cited 2019 Ago 01]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
20. Pinar T, Acikel C, Pinar G, Karabulut E, Saygun M, Bariskin E, et al. Workplace Violence in the Health Sector in Turkey: A National Study. *J Interpers Violence*. 2015; 32(15):2345-2365. doi: 10.1177/0886260515591976.
21. Pedro DRC, Silva GKT, Lopes APAT, Oliveira JLC, Tonini NS. Violência ocupacional na equipe de enfermagem: análise à luz do conhecimento produzido. *Saúde em Debate* [online]. 2017; 41(113):618-629. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711321>.
22. Malta DC, Minayo MCS, Filho MAS, Silva MMA, Montenegro MMS, Ladeira RM, et al. Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015. *Rev Bras Epidemiol*. 2017; 20(suppl 1):142-156. doi: 10.1590/1980-5497201700050012.
23. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: CNS. 2012 [cited 2019 Abr 14]; Seção 1:59. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
24. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016. Brasília: CNS. 2016 [cited 2019 Abr 14]; Seção 1:44-46. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>.
25. Ministério da Saúde (BR). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES. Brasília: Ministério da Saúde. 2019 [cited 2019 Ago 20]. Available from: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp>.
26. Di Martino V. Relationship between work stress and workplace violence in the health sector. Geneva; 2003.
27. Palácios M. Relatório Preliminar de Pesquisa. Violência no trabalho no Setor Saúde - Rio de Janeiro - Brasil. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002 [cited 2019 Jul 03]. Available from: http://www.assediomoral.org/IMG/pdf/pesquisa_sobre_Violencia_no_trabalho_Universidade_Federal_RJ.pdf.
28. Silva ATC, Peres MFT, Lopes CS, Schraiber LB, Susser E, Menezes PR. Violence at work and depressive symptoms in primary health care teams: a cross-sectional study in Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015; 50:1347–1355. doi: <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1039-9>.
29. Fang H, Zhao X, Yang H, Peihang S, Ying L, Kexin J, et al. Depressive symptoms and workplace-violence-related risk factors among otorhinolaryngology nurses and physicians in Northern China: a cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 2018; 8(1):e019514. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019514.
30. Liu W, Zhao S, Shi L, Zhong Z, Xinyan L, Li L, et al. Workplace violence, job satisfaction, burnout, perceived organisational support and their effects on turnover intention among Chinese nurses in tertiary hospitals: a cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 2018; 8(6):e019525. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019525.
31. Ruiz-Hernández JA, López-García C, Llor-Esteban B, Galián-Muñoz I, Benavente-Reche AP. Evaluation of the users' violence in primary health care: Adaptation of an instrument. *Int J Clin Hlth Psyc* [Internet]. 2016; 16(3):295-305. doi: 10.1016/j.ijchp.2016.06.001.
32. Paravic-Klijin T, Burgos-Moreno M. Verbal and physical abuse towards health care workers in emergency services. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2018; 146(6):727-736. doi: 10.4067/s0034-98872018000600727.
33. Wei CY, Chiou ST, Chien LY, Huang N. Workplace violence against nurses - Prevalence and association with hospital organizational characteristics and health-promotion efforts: Cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2016; 56:63-70. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.12.012.

34. Fisekovic Kremic MB, Terzic-Supic ZJ, Santric-Milicevic MM, Trajkovic GZ. Encouraging employees to report verbal violence in primary health care in Serbia: A cross-sectional study. *Zdr Varst [Internet]*. 2017; 56(1):11-17. doi: 10.1515/sjph-2017-0002.
35. Castronovo M, Pullizzi A, Evans S. Nurse bullying: a review and a proposed solution. *Nurs Outlook [Internet]*. 2016; 64(3):208-14. doi: 10.1016/j.outlook.2015.11.008.
36. Da Silva ALJ, Saldanha Portelada, AF. Mobbing and Its Impact on Interpersonal Relationships at the Workplace. *J Interpers Violence [Internet]*. 2019; 34(13):2797-2812. doi: 10.1177/0886260516662850.2016.
37. Edward KL, Ousey K, Warelou P, Lui S. Nursing and aggression in the workplace: A systematic review. *British journal of nursing*. 2014; 23(12):653-4,656-9. doi: 10.12968/bjon.2014.23.12.653.
38. Zachariadou T, Zannetos S, Chira SE, Gregoriou S, Pavlakis A. Prevalence and Forms of Workplace Bullying Among Health-care Professionals in Cyprus: Greek Version of "Leymann Inventory of Psychological Terror" Instrument. *Saf Health Work [Internet]*. 2018; 9(3):339-346. doi: 10.1016/j.shaw.2017.11.003.
39. Hagopian EM, Freitas GF de. Assédio moral na vivência dos enfermeiros: perspectiva fenomenológica. *Rev enferm UFPE on line [Internet]*. 2019; 13:e239781. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.239781>.
40. Lucena PLC, Costa SFG, Batista JBV, Araújo ELM, Soares CCD, Rolim RMGC. Testemunhas de assédio moral, na enfermagem: identificando características desse fenômeno, sentimentos e estratégias de enfrentamento. *Rev Mineira Enf [Internet]*. 2018; 23:e-1164. doi: 10.5935/1415-2762.20190012.
41. Teixeira FR, Reis MC, Santos LML. Assédio moral no trabalho: um estudo sobre as práticas de prevenção e combate ao fenômeno em empresas do norte do Paraná. *Rev Adm UFSM*. 2013; 6(4):658-71. doi: 10.5902/198346595913.
42. Ramos FR, Barth PO, Schneider AMM, Cabral AS, Reinaldo JS. Consequências do sofrimento moral em enfermeiros: revisão integrativa. *Cogitare Enferm*. 2016; 21(2):1-13. doi: 10.5380/ce.v21i2.45247.
43. Xing K, Jiao ML, Ma HK, Qiao H, Hao YH, Li Y, et al. Physical violence against general practitioners and nurses in Chinese Township Hospitals: a cross-sectional survey. *Plos one [Internet]*. 2015; 10(11):e0142954. doi: 10.1371/journal.pone.0142954.

5. 3 O CAPÍTULO DE LIVRO - A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO UM BOM LUGAR PARA TRABALHAR: uma campanha para a prevenção da violência no trabalho em Santa Catarina

INTRODUÇÃO

No Brasil a Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia de reordenamento do Sistema Único de Saúde (SUS), orientada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revisada em 2017, a qual estabelece diretrizes para a organização do componente desse nível assistencial na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2017).

Atuam na APS no Brasil, as equipes de Atenção Básica (eAB), mas como estratégia prioritária de atenção à saúde tem-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), que visa a reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS,

cuja atuação é definida como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Esse nível assistencial busca desenvolver práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizadas por uma equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

Serviços de APS, conduzidos pelas equipes de Saúde da Família (eSF), requerem que o desenvolvimento das atividades laborais seja realizado no próprio território dos usuários, com maior aproximação dos domicílios e espaços sociais da comunidade, o que pode ocasionar uma maior exposição do trabalhador à violência (STUBERLLE et al., 2019).

A violência no trabalho é definida pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) como qualquer ação, incidente ou comportamento fundamentado em uma atitude voluntária do agressor, como consequência da qual um profissional é agredido, ameaçado, ou sofre algum dano ou lesão durante a realização, ou como resultado direto do seu trabalho (OIT, 2002).

Estudos indicam que a violência é um problema significativo enfrentado pelos profissionais de saúde nos seus ambientes laborais, a qual se caracteriza como psíquica e física, sendo a primeira mais evidenciada na literatura (DAL PAI et al., 2018; DE-SAN-SEGUNDO et al., 2017; FUTE et al., 2017; JATIC et al., 2019, SILVA et al., 2015; YANG et al., 2019).

A violência psicológica é conceituada como toda ação ou omissão com o intuito de promover danos à autoestima, ao desenvolvimento e à identidade do indivíduo. Essas condutas abusivas podem ser evidenciadas por meio de ameaças, chantagens, discriminação, humilhação, exploração, isolamento, desvalorização, ridicularização, injúrias, desacatos, entre outros (BRASIL, 2001). Segundo a OMS (2002) esse tipo de agressão é subdividido em agressão verbal, assédio moral, assédio sexual e discriminação racial (OMS, 2002). Por se tratar de um fenômeno complexo, muitas vezes, a violência psicológica nos serviços de saúde é naturalizada, velada e raramente mensurada ou compreendida (DAL PAI et al., 2018).

Tendo em vista o quantitativo da força de trabalho advinda do setor saúde, faz-se necessário estudar o fenômeno da violência em diferentes contextos assistenciais, dentre eles a APS. Neste cenário, a violência no trabalho é uma realidade presente e possui

interferência negativa no processo laboral e na saúde dos trabalhadores, com casos de subnotificação e ainda pouco investigada (PINAR et al., 2015; YANG et al., 2019).

De acordo com algumas investigações na APS em diferentes países, a violência perpetrada normalmente é motivada pela insatisfação ou desacordo com a assistência recebida, falta de atendimento médico, falta de organização do sistema de saúde, condições de trabalho inadequadas, falhas na estrutura ou ambiente de trabalho, deficiência de recursos materiais e recursos humanos, falta de treinamentos em medidas de prevenção da violência no trabalho e situações de vulnerabilidade social, status socioeconômico da população, violência urbana e criminalidade na localidade onde se situa a unidade de saúde (AHMED, KHIZAR MEMON, MEMON, 2017; DAL PAI et al., 2018; JATIC et al., 2019; RINCON-DEL TORO et al., 2016; STUBERLLE et al., 2019; YANG et al., 2019).

Pesquisadores destacam que as consequências advindas da exposição à violência no trabalho são muitas, podendo refletir na saúde física, pessoal, profissional, psicológica e emocional (AHMED, KHIZAR MEMON, MEMON, 2017; FERRI, 2016). Além disso, a violência ocupacional no setor saúde pode ocasionar danos à saúde dos seus trabalhadores e interferir na qualidade de assistência prestada aos usuários (PEDRO et al., 2017).

Frente a magnitude da violência no trabalho e pela importância da Cultura de Paz como recurso para prevenir o fenômeno e fomentar as boas relações no trabalho, questionou-se: como é possível enfrentar o problema da violência no trabalho das equipes de ESF que atuam nos municípios da Regional de Saúde de Maravilha, em Santa Catarina (SC)? O que pode ser desenvolvido para o enfrentamento da violência e promoção da Cultura da Paz neste cenário?

Cabe salientar que o cenário escolhido decorreu da proximidade da autora, a qual atua nesse contexto e vem observando a importância de estratégias voltadas para a saúde dos trabalhadores da APS nesse universo.

Diante desse cenário e refletindo o cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde, entende-se necessário desenvolver ações diferenciadas para enfrentamento do fenômeno. Nesta direção emergiu a idealização de uma campanha publicitária. Estas, segundo Toaldo e Machado (2013), constituem um conjunto de peças publicitárias, inter-relacionadas, integradas entre si, as quais podem ser veiculadas em diferentes meios de comunicação com o objetivo de apresentar uma marca, um produto/serviço, um ponto de venda, uma ideia, e/ou uma promoção.

A campanha publicitária também pode ser reconhecida como uma tecnologia social, pois a metodologia aplicada é transformadora, desenvolvida na interação com a população alvo do estudo, podendo ser apropriada por ela. Estas podem utilizar peças publicitárias, entre elas anúncios, comerciais de televisão, *outdoors*, *spots* de rádio, mensagens para a *web*, placas de rua. As peças publicitárias podem ser desenvolvidas isoladamente, com finalidades específicas, a serem veiculadas em determinado período (TOALDO, MACHADO, 2013).

Estabeleceu-se como objetivo desenvolver uma campanha com foco na prevenção da violência no trabalho, bem como para promoção da Cultura de Paz a partir da análise do fenômeno no contexto das equipes de Saúde da Família nos municípios que compõe a Regional de Saúde de Maravilha/SC.

A proposta integra os produtos de uma pesquisa intitulada “Violência no processo de trabalho da enfermagem na Atenção Primária à Saúde”, a qual busca entre outros objetivos, incentivar o desenvolvimento de um modelo de relações que facilite a coexistência pacífica, fomente uma comunicação aberta e bilateral, e promova a Cultura de Paz entre trabalhadores dos serviços de saúde dos municípios de Santa Catarina. Esta conta com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa de Santa Catarina. Cabe ainda mencionar que as atividades da pesquisa contaram com o apoio de pesquisadores do Grupo de Estudos sobre Saúde e Trabalho (GESTRA) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

MÉTODOS

Para o desenvolvimento da campanha publicitária, seguiram-se três passos de desenvolvimento da estratégia de mensagem (KOTLER, SHALOWITZ, STEVENS, 2010, p. 421): Criação e avaliação da mensagem (qual apelo funciona melhor com o seu público-alvo?); Desenvolvimento criativo e execução (o que é dito e como é dito, onde será executada?); Revisão da responsabilidade social (não pode haver *fake news*, conferência de conteúdo).

Na sequência considerou-se para o desenvolvimento de uma comunicação eficaz oito etapas, segundo referencial de Kotler, Shalowitz, Stevens (2010):

1º Identificar o público alvo: profissionais que compõe as eSF participantes do estudo e de outras regiões;

2º Determinar os objetivos: sensibilizar os profissionais, usuários e gestores quanto à magnitude do problema da violência no trabalho em saúde, sua prevenção, bem como para promoção da Cultura de Paz, a partir de estratégias de enfrentamento melhores;

3º Planejar as comunicações: estabelecimento dos recursos de mídia, cronograma de atividades, formas de alcance, parcerias e custos da campanha. O período de realização planejado foi de dezembro de 2019 a dezembro de 2020;

4º Selecionar os canais de comunicações: observar canais de ampla e rápida divulgação, de baixo custo e acessíveis aos pesquisadores e ao público alvo;

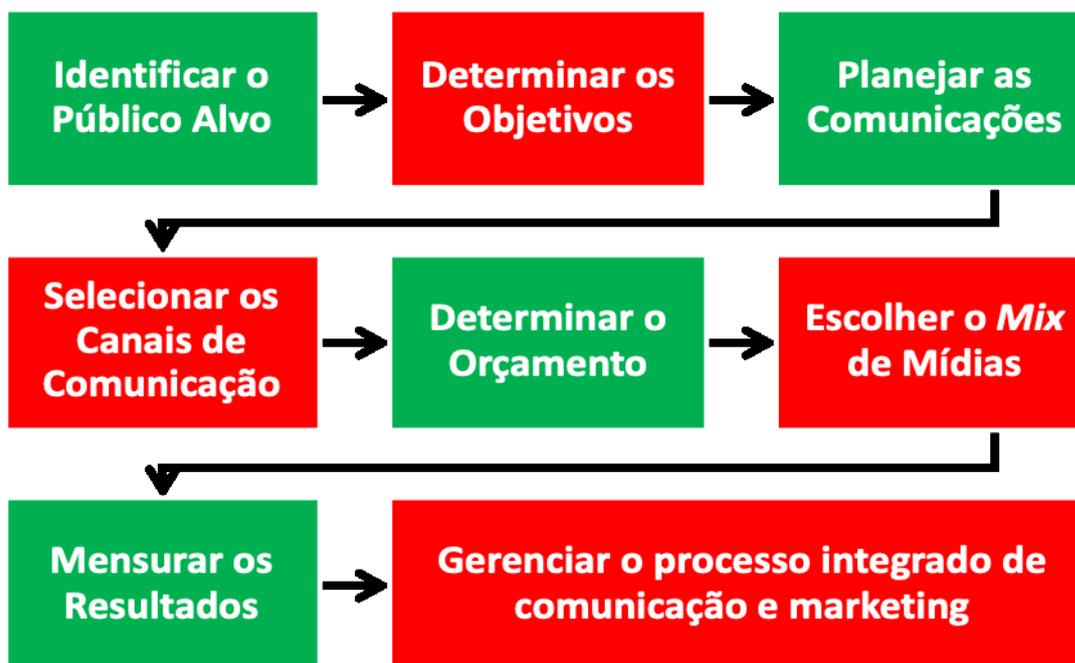
5º Determinar o orçamento: detalhar custos com os materiais da campanha. Nesse momento contou-se com o financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC/Edital n. 4 PAP FAPESC/UDESC/2018), que incluiu pagamento de despesas com gráficas, impressos e assessoria estatística, bem como utilizou-se recursos próprios;

6º Escolher o mix de mídias: escolha de diferentes recursos de mídia e estabelecimento da parceria com a Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), que culminou do termo de cooperação “FronteiraCast Saúde” e parceria anteriormente estabelecida com o Telessaúde de SC;

7º e 8º Mensurar os resultados e gerenciar o processo integrado de comunicação e marketing: nessas etapas tem-se mapeado estratégias de avaliação do alcance das diferentes etapas da campanha, com indicadores quantitativos e especialmente, qualitativos, frente ao *feedback* das equipes.

A figura a seguir ilustra a metodologia da Campanha Publicitária (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma das etapas da metodologia da Campanha Publicitária. Chapecó, SC, Brasil 2020.



Fonte: Os Autores (2020), adaptado de Kotler, Shalowitz, Stevens (2010).

Cabe esclarecer que a campanha respaldou-se nos achados da pesquisa “Violência no processo de trabalho da enfermagem na Atenção Primária à Saúde”, a qual respeitou os aspectos éticos recomendados internacionalmente, no que diz respeito à pesquisa com seres humanos e o dispostos nas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, foi aprovada em um Comitê de Ética em Pesquisa, via Plataforma Brasil, sob Parecer nº 3.414.195/2019. Foi solicitado o consentimento das instituições envolvidas, bem como a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por todos os envolvidos diretamente na pesquisa.

Os dados base da campanha foram coletados junto a profissionais de 22 municípios da região extremo-oeste do estado de SC, as quais compunham a Regional de Saúde de Maravilha. Nesse contexto, em 2019, participaram da pesquisa as 49 eSF, nas quais atuavam 753 profissionais de saúde, sendo agregados ao estudo os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (n=137), Enfermeiros (n=37), Técnicos de Enfermagem (n=36), Médicos (n=25); Dentistas (n=20), Auxiliares em Saúde Bucal (n=16), Técnicos em Saúde Bucal (n=5) e Auxiliares de Enfermagem (n=4), definidos conforme cálculo amostral do estudo e totalizando a inclusão de 280 profissionais de saúde participantes. Para participar foi considerado critério de inclusão: ser profissional da equipe

multiprofissional de saúde e estar atuando na eSF dos municípios participantes da pesquisa, por no mínimo, 12 meses. A coleta dos dados da pesquisa ocorreu no período de setembro e outubro de 2019.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para o desenvolvimento da campanha publicitária foi identificado o público alvo que são os profissionais de saúde atuantes na APS e de acordo com os resultados da pesquisa de campo, estendeu-se para os usuários e gestores de saúde.

Para atingir os objetivos propostos foram planejadas as comunicações a serem desenvolvidas. Nesse momento, realizou-se a idealização da mensagem que se desejava comunicar com a campanha, marcadamente estruturada pelos achados da pesquisa. Escolheram-se os elementos centrais em torno dos conceitos da violência, perfil dos perpetradores, associação entre a ocorrência dos diferentes tipos de violência e as características sociolaborais dos profissionais, formas de prevenção e enfrentamento e meios que provoquem a reflexão e sensibilização dos profissionais, trabalhadores, gestores, usuários e comunidade acadêmica acerca da Cultura de Paz, considerando-se a responsabilidade social da mensagem.

Em síntese as mídias selecionadas foram: webpalestras; *podcast*; *banner*; *flyer*; boletim informativo; vídeos para televisor (TV) em salas de espera, vídeos para redes sociais direcionados para profissionais de saúde, usuários e gestores. O primeiro item planejado foi a logomarca da campanha, ilustrada na figura 2.

Figura 2 - Logomarca da Campanha “A APS como um bom lugar para trabalhar”, 2020.



Fonte: Os Autores, (2020).

Na sequência selecionou-se as comunicações, contando com assessoria de profissional do *marketing* e os membros do GESTRA envolvidos na Pesquisa. Assim foram produzidos os materiais que são apresentados a seguir, recorrendo-se a diferentes recursos de mídia:

- ✓ Webpalestra na Plataforma Telessaúde de SC: Webpalestra - Violência no trabalho na APS, realizada no dia 18 de dezembro de 2019 em Florianópolis. Link de acesso: <https://www.youtube.com/watch?v=FqBvdAljPIw&t=124s>
- ✓ Parceria com a Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), que culminou do termo de cooperação “FronteiraCast Saúde”: Criação da Logomarca (Figura 3);

Figura 3 - Logomarca FronteiraCast Saúde, 2020.



Fonte: Os Autores e UFFS (2020).

- ✓ Podcast: A Violência Contra os Profissionais nos Serviços de Saúde – Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=oLeUTmN6FHA&feature=youtu.be>. Disponível link de acesso em março de 2020.
- ✓ Podcast: Violência nos Serviços de Saúde em Dados – Disponível em: www.youtube.com/watch?v=8YHNzOewpu4&feature=youtu.be. Disponível link de acesso em março de 2020.
- ✓ Podcast: Enfrentamento da Violência nos Serviços de Saúde – Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=QFYBouevcuA&feature=youtu.be>. Disponível para acesso em março de 2020.
- ✓ Confecção de *Banners* e *flyers* para as salas de reuniões e sala de espera, respectivamente das Unidades Básicas de Saúde do cenário laboral dos participantes da pesquisa (Figuras 4, 5 e 6). Para o desenho desses materiais foi utilizado o Programa WordArt.

Figura 4 – Imagem criada para os flyers e banners da campanha, 2020.



Fonte: Banco de dados dos Autores (2020).

Figura 5 - Banner para as salas de reuniões das eSF.



A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO UM BOM LUGAR PARA TRABALHAR



A violência pode ser classificada em:
 Violência Física ou Violência Psicológica (Agressão Verbal, Assédio Moral, Assédio Sexual e Discriminação Racial)

ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM SAÚDE:

	INDIVIDUAL	COLETIVO	INSTITUCIONAL
MAIS UTILIZADAS	Fuga ou negação; Relatar para o chefe; Contar para colega, amigo ou familiar; Buscar aconselhamento; Registrar evento; Buscar ajuda de sindicatos, conselho, associação.	Registrar comportamento agressivo; Realizar treinamento ou capacitação; Realizar investimentos em recursos humanos.	Realizar troca de escala/local trabalho; Protocolo para atendimento de pacientes com condutas violentas; Restrição de trabalho solitário x trabalho em equipe Melhorias no ambiente de trabalho; Medidas de segurança; Controle de acesso; Uso de Uniforme e identificação,

MEDIDAS MAIS EFETIVAS

➔



Discuta sobre o tema com sua equipe

Referências:
 AL-FURAI, Naef; AFRAY, Ayman. ADAPTED, Mohamed. Violence against health workers in Family Medicine Centers. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 2018.
 BRASIL. Ministério do Trabalho. Reflexões sobre a cultura de paz e não violência no trabalho. Secretaria Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília: Ministério do Trabalho, 2018.
 SAÚDE. Ministério de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Trabalho em Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2018.
 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Atlas de Mortalidade e Saúde. Brasília: OMS/OPAS, 2015. ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE E PUBLIC SERVICES INTERNATIONAL. Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector. Geneva: Organização Internacional do Trabalho, 2012.
 UNICEF. Cultura de paz: da reflexão à ação. Programa de Educação Inter-nacional da Promoção da Cultura de Paz e Não Violência em Benefício das Crianças do Mundo. – Brasília: UNICEF, São Paulo: Fundação Fapesp, 2010. 228 p.
 Responsável pela edição: CHRISTIANE PIRES DOS SANTOS DE OLIVEIRA FERREIRA, MSc. KACIANA BUFFENBERGER, MSc. MARIANA SCHWENGER. Contato: scatol@ufsc.br ou scatol@ufsc.br.





Fonte: Banco de dados dos Autores (2020).

Figura 6 - Flyer para as salas de reuniões e sala de espera, respectivamente das Unidades Básicas de Saúde.

Prevenção da Violência no Trabalho em Saúde

INFORMAÇÕES AOS USUÁRIOS

O QUE É

Violência é “o uso intencional ou ameaça de uso da força física contra outra pessoa ou si próprio, que resulta ou tem a probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico”.

A Violência no trabalho pode ser classificada como violência física e psicológica, esta abrange agressão verbal, assédio moral, assédio sexual e discriminação racial.

O QUE PODE SER CONSIDERADO UM ATO VIOLENTO

O ato violento pode ser caracterizado pelo emprego de força na agressão física até a agressão verbal, a ameaça, o que os usuários falam para o profissional.

As pesquisas indicam que a agressão verbal é a forma mais comum de violência contra o profissional de saúde.

FORMAS DE ENFRENTAMENTO

Educação e Informação são fundamentais: O tema da violência deve ser amplamente discutido e divulgado de diferentes formas e meios.

Incentivar e estimular o diálogo e o respeito, facilitando o relacionamento interpessoal;

Resolver os conflitos através da mediação, viabilizar a comunicação e harmonizar interesses;

Reforçar a importância da CULTURA De PAZ.

CULTURA DE PAZ segundo a UNESCO é:

A Cultura baseada em tolerância e solidariedade, uma cultura que respeita todos os direitos individuais, que assegura e sustenta a liberdade de opinião e que se empenha em prevenir conflitos, resolvendo-os em suas fontes. Está relacionada à prevenção e à resolução não violenta dos conflitos.

É importante:
Construir Relações Sociais baseadas na justiça, igualdade e respeito.

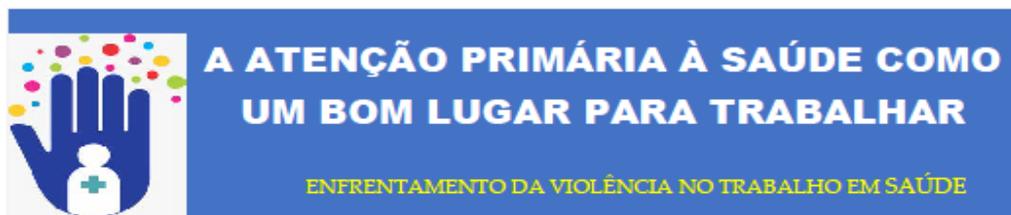
Responsáveis pela elaboração: Ms. Kaciene Boff Banermann; Ms. Maiara Schoeninger; Orientadora Profa.Dra. Leticia de Lima Trindade; Contato: kacianebb@hotmail.com

Logos: UDESC (Universidade do Estado de Santa Catarina), PPGENF (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem), FAPESC, GESTRA (Associação Brasileira de Gerontologia e Geriatria).

Fonte: Banco de dados dos Autores (2020).

Foram confeccionados Boletins Informativos (figura 7) direcionados aos profissionais de saúde e gestores sobre o enfrentamento da violência no trabalho em saúde.

Figura 7 - Boletim Informativo sobre formas de enfrentamento da violência.



Existe violência no trabalho em saúde?

No contexto da ESF, os trabalhadores sofrem atos violentos, os quais são motivados por situações críticas, que favorecem a ocorrência do evento, quais sejam, pela infraestrutura local, pelo perfil dos usuários, pelas peculiaridades do processo de trabalho.

A maior taxa de violência está relacionada aos trabalhadores que ficam responsáveis pela primeira comunicação direta com pacientes e seus familiares, ou seja, os profissionais de enfermagem, os tornando mais vulneráveis.



Os danos provocados pela violência podem ser de difícil identificação, principalmente quando não se constituem em repercussões físicas.

As consequências advindas da exposição à violência no trabalho são muitas, podendo refletir na saúde física, pessoal, profissional, psicológica e emocional.

Além disso, a violência ocupacional no setor saúde pode ocasionar danos à saúde dos seus trabalhadores e interferir na qualidade de assistência prestada aos usuários.

CONCEITOS E CLASSIFICAÇÕES

...

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como "uso intencional ou ameaça de uso da força física contra outra pessoa ou si próprio, que resulta, ou tem a probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico" (OMS, 2002).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) reconhece a **violência no trabalho** como qualquer ação, incidente ou comportamento fundamentado em uma atitude voluntária do agressor, em decorrência da qual um profissional é agredido, ameaçado, ou sofre algum dano ou lesão durante a realização, ou como resultado direto, do seu trabalho (OIT et al., 2002).

Pode ser classificada em **Violência Física ou Violência Psicológica (Agressão Verbal, Assédio Moral, Assédio Sexual e Discriminação Racial).**

Responsáveis pela elaboração: Ms. Kaciane Boff Bauermann; Ms. Maiara Schoeninger; Orientadora Profa.Dra. Letícia de Lima Trindade; Contato: kacianebb@hotmail.com.

Fonte: Banco de dados dos Autores (2020).

Os *banners*, *flyers* e boletins informativos foram enviados para todas as equipes de ESF dos 22 municípios que fizeram parte da pesquisa, totalizando 49 equipes. Ainda, foram produzidos:

✓ Vídeos direcionados aos usuários da ESF e para circulação via *Youtube* e *WhatsApp*, os quais são referenciados nas figuras 8 e 9 e estão disponíveis em: <https://www.youtube.com/watch?v=1QnNsNKR6KA&feature=youtu.be> e <https://www.youtube.com/watch?v=clnJFReIkFw&feature=youtu.be> respectivamente, desde maio de 2020.

Figura 8 - Imagem do Vídeo "Enfrentamento da violência: Cultura da Paz".



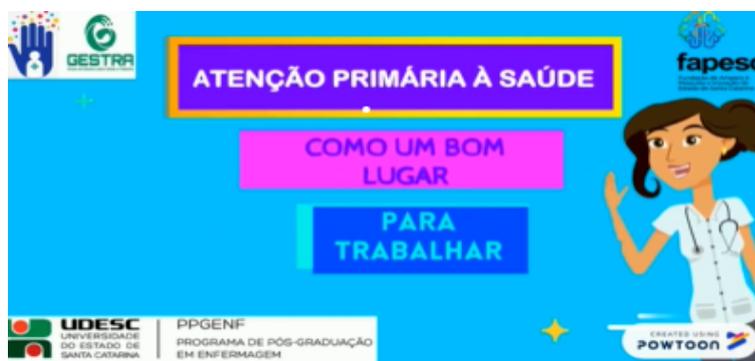
Enfrentamento da violência: Cultura da Paz

UDESC Oeste

Fonte: Banco de dados dos Autores (2020).

Confira o Vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=1QnNsNKR6KA&feature=youtu.be>

Figura 9 - Imagem do Vídeo "Violência: conceito e tipos".



Violência: conceito e tipos

UDESC Oeste

Fonte: Banco de dados dos Autores (2020).

Confira o Vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=clnJFReIkFw&feature=youtu.be>

Em parceria com a Regional de Saúde de Maravilha e em contato com os respectivos gestores de cada município, os vídeos foram enviados para serem transmitidos nas salas de espera de cada ESF. Todo material também foi disponibilizado de modo *on-line*.

Ainda os materiais da Campanha ganharam um espaço na página oficial do Centro de Educação Superior do Oeste criada durante a 81ª Semana Brasileira de Enfermagem e 16ª Semana de Enfermagem da Udesc, versão *on-line* no Link <https://www.udesc.br/ceo/contraviolencianasaude>. Disponível em maio de 2020.

Figura 10 - Imagem da Página virtual do Centro de Educação Superior do Oeste da UDESC com os materiais da Campanha.



CAMPANHA CONTRA VIOLÊNCIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

- ≡ MENU
- > Início
- > Materiais
- > Vídeos
- > Podcasts

UDESC PPGENF
UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO UM BOM LUGAR PARA TRABALHAR **fapesc**

A violência pode ser classificada em:
 Violência Física ou Violência Psicológica (Agressão Verbal, Assédio Moral, Assédio Sexual e Discriminação Racial)

ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM SAÚDE:

	INDIVIDUAL	COLETIVO	INSTITUCIONAL
MAIS UTILIZADAS	Fuga ou negação;	Registrar comportamento agressivo;	Realizar troca de escala/local trabalho;
	Relatar para o chefe;	Realizar treinamento ou capacitação;	Protocolo para atendimento de pacientes com condutas violentas;
	Contar para colega, amigo ou familiar;	Realizar investimentos em recursos humanos.	Restrição de trabalho solitário x trabalho em equipe
	Buscar aconselhamento;		Melhorias no ambiente de trabalho;
	Registrar evento;		Medidas de segurança;
	Buscar ajuda de sindicatos, conselho, associação.		Controle de acesso;
			Uso de Uniforme e identificação,

MEDIDAS MAIS EFETIVAS

Discuta sobre o tema com sua equipe

GESTRA **PROMOVENDO A CULTURA DE PAZ**

UDESC - Rua: APPS, s/nº - Foz de Itajaí, Florianópolis - Santa Catarina - Brasil - CEP: 88064-900. Fone: (51) 3366-1000. Fax: (51) 3366-1001. E-mail: atendimento@udesc.br, atendimento@udesc.br, atendimento@udesc.br. Site: www.udesc.br. UDESC - Universidade do Estado de Santa Catarina - Rua: APPS, s/nº - Foz de Itajaí, Florianópolis - Santa Catarina - Brasil - CEP: 88064-900. Fone: (51) 3366-1000. Fax: (51) 3366-1001. E-mail: atendimento@udesc.br, atendimento@udesc.br, atendimento@udesc.br. Site: www.udesc.br.

Fonte: Banco de dados dos Autores (2020).

Todo o material também foi divulgado e disponibilizado de modo eletrônico por meio da página de *web* com acesso desde maio de 2020, nos links: <https://www.udesc.br/ceo/semanaenf/materiais>, <https://www.udesc.br/ceo/contraviolencianasaude>, e também nas redes sociais do Mestrado Profissional em Enfermagem em Atenção Primária à Saúde e Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina (COREN-SC). Assim, a Campanha alcançou profissionais de Enfermagem de todo o Estado de Santa Catarina, ampliando a visibilidade e a popularização do tema e do conhecimento emergido dele.

As comunicações e mídias foram planejadas de forma que atingissem, por meios físicos e eletrônicos, o maior número de pessoas, principalmente os profissionais de saúde participantes do estudo. Consideraram-se como as mídias de interesses as gratuitas e de rápido acesso, com divulgação pelo período médio de uma semana cada recurso, e oferta por tempo indeterminado nos canais.

Para mensurar os resultados e gerenciar o processo integrado de comunicação e *marketing* tem-se mapeado estratégias de avaliação do alcance das diferentes estratégias da Campanha, com indicadores quantitativos e especialmente, qualitativos, frente ao *feedback* das equipes. Autores (quais) lembram que para a avaliação da eficácia da publicidade não se deve medir apenas o efeito da comunicação do anúncio e o seu possível efeito sobre a consciência, conhecimento e preferência do público - alvo, mas também a maneira como a propaganda o afeta.

Conforme o referencial adotado, considerou-se que existem três métodos principais de pré-testes de publicidade: *feedback* do consumidor, teste de portfólio (realização de testes que avaliam o nível de lembranças e memórias das propagandas e testes de laboratório (avaliam reações fisiológicas dos participantes frente a apresentação de anúncios) (KOTLER, SHALOWITZ, STEVENS, 2010).

A Campanha iniciou em dezembro de 2019 e foi avaliado impacto até maio de 2020, mas será conduzida até dezembro de 2020, sendo que todos os acessos serão avaliados continuamente após a data de sua publicação/divulgação.

No momento, para essa Campanha foi utilizado o *Feedback* dos profissionais coordenadores das equipes, por meio de uma pesquisa rápida via aplicativo do *WhatsApp*. Foram questionados graus de lembrança e reconhecimento da campanha, do que se lembram, como se sentiram, qual a mensagem transmitida, além de medidas de mudança de comportamento. Como a Campanha encontra-se em andamento ainda não

se tem a média de número de visualizações, compartilhamentos, novos seguidores dos dispositivos que estão compartilhando as mensagens.

A análise dos *feedbacks* dos profissionais quanto a qualidade dos materiais mostrou-se positiva e repleta de incentivos para continuidade e importância de iniciativas dessa natureza. Ainda, dar “voz aos trabalhadores”, ao inserir nos materiais as formas de enfrentamento realizadas e sugeridas frente a violência no trabalho na APS, foi um ponto de destaque no retorno das apreciações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao desenvolver uma campanha publicitária com foco na prevenção da violência no trabalho, bem como para promoção da Cultura de Paz a partir da análise do fenômeno no contexto das eSF, observou-se primeiramente a magnitude do problema em vários cenários e países. Como a literatura demonstrou e também nos municípios participantes, a partir dos achados do estudo prévio, o qual se constituiu um importante fornecedor do diagnóstico situacional do fenômeno e adaptador cultural das mensagens que a Campanha precisava considerar.

Acredita-se que a campanha publicitária se configurou em uma tecnologia social, uma vez que fomentou maior debate e conscientização acerca da violência no trabalho, com diálogo sobre as implicações na saúde dos trabalhadores, bem como sobre a importância da Cultura de Paz na ESF, com sensibilização direcionada aos profissionais, aos usuários e sociedade civil. Os múltiplos recursos de mídia contribuíram para interagir com o público alvo e dar voz aos participantes por usar de achados sinalizados por eles, especialmente sobre as formas de enfrentamento. Contudo, cabe ponderar como limites da Campanha, os custos e a temporalidade da exposição das mídias, marcadamente influenciadas pelo surgimento da Pandemia do novo Coronavírus (COVID-19) no primeiro semestre de 2020 no Brasil.

Considera-se que os materiais disponibilizados podem ser apropriados para as equipes de diferentes realidades e contribuem para que as mesmas possam utilizá-los como material de debate sobre o tema e sobre as implicações na saúde dos trabalhadores, bem como podem representar novas formas de informar e de se apropriar dos valores e conceitos baseados na Cultura de Paz.

REFERÊNCIAS

AHMED, F.; KHIZAR MEMON, M.; MEMON, S. Violence against doctors, a serious concern for healthcare organizations to ponder about. **Annals of Medicine and Surgery (Lond)**, v. 25, p. 3-5, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5725205/pdf/main.pdf>. Acesso em: 04 Jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: **Ministério da Saúde**; 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 14 Ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf. Acesso em: 08 Jun. 2020.

DAL PAI, D. et al. Violência física e psicológica perpetrada no trabalho em saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 1, e2420016, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v27n1/0104-0707-tce-27-01-e2420016.pdf>. Acesso em: 22 out. 2018.

DE-SAN-SEGUNDO, M. et al. Estudio comparativo de las agresiones a sanitários entre Atención Primaria y Atención Especializada em una zona de Madrid (2009-2014). **Semergen**, v. 43, n. 2, p. 85-90, 2017. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359316001258>. Acesso em: 24 Jan. 2020.

FERRI, P. et al. Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: a cross-sectional study. **Psychology Research and Behavior Management**, v. 9, p. 263-275, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5042196/pdf/prbm-9-263.pdf>. Acesso em: 29 Out. 2018.

FUTE, M. et al. High prevalence of workplace violence among nurses working at public health facilities in Southern Ethiopia. **BMC Nursing** [Internet], v. 14, p.1-5, 2015. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4357058/pdf/12912_2015_Article_62.pdf. Acesso em: 18 Jan. 2020.

JATIC, Z. et al. Frequency and Forms of Workplace Violence in Primary Health Care. **Medical archives**, v. 73, n.1, p. 6-10, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6445619/pdf/medarch-73-6.pdf>. Acesso em: 04 Jan 2020.

KOTLER, P.; SHALOWITZ, J.; STEVENS, R.J. **Marketing estratégico para a área da saúde**. Grupo A - Bookman, Porto Alegre – RS, 2010. 576p.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION, INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, WORLD HEALTH ORGANIZATION AND PUBLIC SERVICES INTERNATIONAL. **Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector**. Geneva: International Labour Office, 2002. p. 35. Disponível em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVguidelinesEN.pdf?ua=1&ua=1. Acesso em: 09 Jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em: 09 Jun. 2020.

PEDRO, D.R.C. et al. Violência ocupacional na equipe de enfermagem: análise à luz do conhecimento produzido. **Saúde em Debate** [online]. v. 41, n. 113, p. 618-629, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n113/0103-1104-sdeb-41-113-0618.pdf>. Acesso em: 24 Jan. 2020.

PINAR, T. et al. Workplace violence in the health sector in Turkey: a national study. **J Interpers Violence**, v. 32, n. 15, p. 2345-2365, 2015 Jun 28. pii: 0886260515591976. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26124224/>. Acesso em: 04 Out. 2020.

RINCON-DEL TORO, T. et al. Agresiones sufridas por las personas que trabajan en atención primaria de la Comunidad de Madrid, 2011-2012. **Rev. Esp. Salud Pública**, v. 90, e1-e12, 2016. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v90/1135-5727-resp-90-e40020.pdf>. Acesso em: 02 Jan. 2020.

SILVA, A.T.C. et al. Violence at work and depressive symptoms in primary health care teams: a cross-sectional study in Brazil. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 50, p. 1347-1355, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25777684/>. Acesso em: 18 Mar. 2020.

STURBELLE, I.C.S. et al. Workplace violence in Family Health Units: a study of mixed methods. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 6, p. 632-641, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ape/v32n6/en_1982-0194-ape-32-06-0632.pdf. Acesso em: 14 Jan. 2020.

TOALDO, M.M.; MACHADO, M.B.C. A longevidade de uma campanha publicitária: uma sistematização teórica sobre o tema a partir do seu estado da arte. **Revista Ação Midiática: Estudos em Comunicação, Sociedade e Cultura**, n. 6, p. 1-15, 2013. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/acaomidiatica/article/view/34744/21923>. Acesso em: 22 Jan. 2019.

YANG, S,Z. et al. Workplace violence and its aftermath in China's health sector: implications from a cross-sectional survey across three tiers of the health system. **BMJ Open**, v. 9, e031503, 2019. Disponível em <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/9/9/e031513.full.pdf>. Acesso em: 14 Jan. 2020.

6 CONCLUSÃO

Por meio deste trabalho de conclusão de curso foi possível o desenvolvimento de uma campanha publicitária com foco na prevenção da violência no trabalho, bem como para promoção da Cultura de Paz a partir da análise do fenômeno no contexto das equipes de Saúde da Família da região extremo-oeste de Santa Catarina.

Para isso, a pesquisa realizada no cenário proposto possibilitou conhecer as características sociolaborais dos profissionais das equipes de Saúde da Família, analisando a ocorrência dos diferentes tipos de violência. Ainda, permitiu as associações entre as violências e as características sociolaborais dos participantes. Essa pesquisa direcionou as ações desenvolvidas na campanha publicitária, fomentada pelos achados da Revisão Integrativa da Literatura identificando o panorama da violência no trabalho da APS em estudos nacionais e internacionais recentes, o que qualificou e conduziu as intervenções idealizadas.

Acredita-se que a Campanha publicitária se configurou em uma tecnologia social, uma vez que forneceu informações e ampliou o debate e conscientização acerca da violência no trabalho, com reflexões acerca da influencia da mesma na saúde dos trabalhadores, bem como a importância da Cultura de Paz, com sensibilização direcionada aos profissionais, aos usuários, gestores e sociedade civil, potencialmente porque os textos foram construídos a partir da realidade e das vivência de violência e de enfrentamento destas pelos profissionais de saúde participantes. O referencial para a Campanha permitiu melhor conduzir o processo de criação da campanha e também instrumentalizou os pesquisadores envolvidos, revelando-se profícuo na área da saúde e para as atividades que visam sensibilizar sobre determinadas temáticas emergentes e ou para velhos problemas dos serviços.

Ainda, ressalta-se nessa etapa final a magnitude das parcerias construídas com o Telessaúde de SC, com a Universidade Federal de Santa Catarina e apoio do COREN-SC, as quais permite trocar ideias e encorajar ações entre instituições e pesquisadores, fortalecendo o alcance potencial da campanha que se insere no final do ano e potencial para outras atividades do MPEAPS.

Como limites para o desenvolvimento da Campanha destacam-se os custos e a temporalidade da exposição das mídias, significativamente influenciadas pelo surgimento da Pandemia da COVID-19 no primeiro semestre de 2020 no Brasil, bem

como os indicadores de alcance da mesma, os quais poderão ser melhor apresentados no próximo ano.

Vislumbra-se que por meio desse trabalho será possível um melhor entendimento por parte dos profissionais de saúde, gestores e usuários acerca dos conceitos de violência no trabalho, inclusive a melhor identificação dos tipos de violência à que o profissional está exposto durante sua atuação, e especialmente sofre as formas de enfrentamentos conduzidas por eles ou sugeridas. Conseqüentemente poderá aumentar o registro dos casos, bem como a melhor condução para seu desfecho.

Almeja-se a prevenção da violência no trabalho através da educação e por meio dos materiais e mídias disponíveis na campanha publicitária, como produto deste trabalho, e potencialmente a promoção da cultura de paz.

Considera-se que os materiais disponibilizados através da campanha publicitária podem ser apropriados pelas equipes de saúde, utilizando os valores e conceitos baseados na Cultura de Paz, representar novas formas de melhorar as condições de trabalho dos profissionais de saúde, com vistas à melhoria na qualidade da assistência prestada aos usuários, tornando a APS um bom lugar para trabalhar.

REFERÊNCIAS

- ABDELLAH, RF; SALAMA, KM. Prevalência e fatores de risco de violência no trabalho contra trabalhadores de saúde no departamento de emergência em Ismailia, Egito. **The Pan African Medical Journal**. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5398248/>. Acesso em: 09 Jan. 2019.
- AHMED, F; KHIZAR MEMON, M; MEMON, S. Violence against doctors, a serious concern for healthcare organizations to ponder about. *Ann Med Surg. (Lond)*, v. 25, p. 3-5, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5725205/pdf/main.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2020.
- ANDRADE, LOM; BUENO, ICHC; BEZERRA, RC. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: **Tratado de Saúde Coletiva**/ Gastão Wagner de Souza Campos. 2 ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2014.
- AZEREDO, YN; SCHRAIBER, Lb. Institutional violence and humanization in health: notes to debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 3013-3022, Sept. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002903013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 Jan. 2019.
- BARRETO, M; HELOANI, R. Violência, saúde e trabalho: a intolerância e o assédio moral nas relações laborais. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 123, p. 544-561, jul./set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n123/0101-6628-ssoc-123-0544.pdf>. Acesso em: 06 Out. 2018.
- BELO, ER. **Violência Ocupacional Contra Enfermeiros da Atenção Primária em Saúde**. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Paraíba, 2015.
- BORDIGNON, M; MONTEIRO, MI. Violência no trabalho da Enfermagem: um olhar às consequências. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 5, p. 996-999, out. 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500996&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 31 Dez. 2019.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: CNS, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2018.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: CNS, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 14 Ago. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp>. Acesso em: 20 Ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp>. Acesso em: 20 Ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cobertura da Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde - SAS. Departamento de Atenção Básica - DAB. e-Gestor Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2018d. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 04 Jan. 19.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF; 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão da Atenção Básica** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/retratos_ab_3_vol_2. Acesso em: 27 Dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_pnab.pdf. Acesso em: 27 Dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília (DF): MS; 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 14 Ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 104**, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União. Seção 1, 26/01/2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reflexões sobre a cultura de paz e não violência no trabalho** / Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reflexoes_cultura_paz_ao_violencia_trabalho.pdf. Acesso em: 27 Dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do trabalhador e da trabalhadora** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Cadernos de Atenção Básica, n. 41 – Brasília: Ministério da Saúde, 2018c. Disponível em:

http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/cadernos_da_atec_ao_basica_41_saude_do_trabalhador.pdf. Acesso em: 27 Dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes de implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/Diretrizes%20de%20implanta%C3%A7%C3%A3o%20da%20Vigil%C3%A2ncia%20em%20Sa%C3%BAde%20do%20Trabalhador%20no%20SUS.pdf>. Acesso em: 27 Dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. **Óbitos por causas externas – Brasil**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Datasus.2018e. Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>. Acesso em 10 Jan. 2019.

BRASIL. Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil nº 98**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1, p. 44-46. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>. Acesso em: 14 Abr. 2018.

CASTRONOVO, M; PULLIZZI, A; EVANS, S. Nurse Bullying: A review and a proposed solution. **Nursing Outlook**. 2016. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26732552>. Acesso em: 12 Jan. 2019.

CHEUNG, T; LEE, PH; YIP, PSF. Workplace Violence toward Physicians and Nurses: Prevalence and Correlates in Macau. **Int J Environ Res Public Health**. 2017.

Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/ijerph-14-00879.pdf>. Acesso em: 10 Jan. 2019.

CRESWELL, JW. **Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches**. Thousand Oaks, CA: Sage, 2012.

DA SILVA, ALJ; SALDANHA PORTELADA, AF. Mobbing and Its Impact on Interpersonal Relationships at the Workplace. **Journal of Interpersonal Violence**. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27520022>. Acesso em: 10 Jan. 2019.

DAL PAI, D; et al. Violência física e psicológica perpetrada no trabalho em saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01047072018000100312&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 22 Out. 2018.

DAL PAI, D; et al. Violência, burnout e transtornos psíquicos menores no trabalho hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2015. Disponível em:

DI MARTINO V. **Relationship between work stress and workplace violence in the health sector**. Geneva; 2003.

DI MARTINO, V. **Relationship between work stress and workplace violence in the health sector**. Geneva; 2003. 33p. Disponível em:

https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVstresspaper.pdf. Acesso em: 16 Out. 2018.

FANG, H; et al. Depressive symptoms and workplace-violence-related risk factors among otorhinolaryngology nurses and physicians in Northern China: a cross-sectional study. **BMJ Open**, v. 8, n. 1, p. 019514, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5829786/>. Acesso em: 27 Jan. 2020.

FERNANDES, A. **Violência Ocupacional Sofrida por Técnicos de Enfermagem de Unidades Básicas de Saúde**. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Paraíba, 2015.

FERNANDES, H; SALA, DCP; HORTA, ALM. Violence in health care settings: rethinking actions. **Revista Brasileira de Enfermagem** [Internet]. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n5/pt_0034-7167-reben-71-05-2599.pdf. Acesso em: 30 Nov. 2018.

FERRI, P; et al. Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: a cross-sectional study. **Psychology Research and Behavior Management**, v. 9, p. 263-275, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27729818>. Acesso em: 29 Out. 2018.

FISEKOVIC, MB; et al. Does workplace violence exist in primary health care? Evidence from Serbia. **European Journal of Public Health**, v. 25, n. 4, 693-98, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25644138>. Acesso em: 18 Jan. 2019.

GARCIA, GPA; MARZIALE, MariaHP. Indicators of burnout in Primary Health Care workers. **Revista Brasileira de Enfermagem** [Internet], v. 71, Suppl 5, p. 2334-4232, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s5/0034-7167-reben-71-s5-2334.pdf>. Acesso em: 30 Dez. 2018.

HOGAN, N; et al. Measuring workplace trauma response in Australian paramedics: an investigation into the psychometric properties of the Impact of Event Scale. **Psychology Research and Behavior Management**, v. 8, p. 287-294, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26719731>. Acesso em: 18 Jan. 2019. <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/129470/000975217.pdf?sequence=1>. Acesso em: 05 Set. 2018.

JATIC, Z. et al. Frequency and Forms of Workplace Violence in Primary Health Care. **Medical archives**, v. 73, n.1, p. 6-10, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6445619/pdf/medarch-73-6.pdf>. Acesso em: 04 Jan. 2020.

KARNAL, L; COEN, M. **O inferno somos nós: Do ódio à cultura de paz**. Campinas, SP: Papirus 7 mares, 2018.

KRUG, EG; et al. eds. **World report on violence and health**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002. 368pp. Disponível em: <https://www.opas.org.br/wp->

content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf. Acesso em: 20 Out. 2018.

MAISSIAT, GS; et al. Work context, job satisfaction and suffering in primary health care. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 42-49, June 2015 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000200042&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 Jan. 2019.

MALTA, DC; et al. Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 1, Suppl 20, p. 142-156, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rbepid/2017.v20suppl1/142-156>. Acesso em: 19 Set. 2018.

MENDES, EV. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>. Acesso em: 10 Jan. 2019.

MENDES, EV. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília (DF): OPAS; 2012. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 29 Mar. 2018.

MINAYO, MCS; et al. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2007-2016, 2018. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2018.v23n6/2007-2016/#>. Acesso em: 11 Jan. 2018.

MINAYO, MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, p. 1259-1267, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 25 Dez. 2018.

MINAYO, MCS. Introdução. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **Programa conjunto: nueva iniciativa contra la violencia laboral em el sector da salud**. Genebra: OIT, 2008.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE & PUBLIC SERVICES INTERNATIONAL. **Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector**. Genebra: Organização Internacional do Trabalho, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência 2014**. São Paulo: Núcleo de Estudos da Violência da

Universidade de São Paulo. Disponível em:
file:///C:/Users/Usuario/Downloads/9789241564793_por.pdf. Acesso em: 12 Jan 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde**. Brasília: OMS/OPAS, 2002.

ORTIZ, CAR. **Teología y cultura de paz**. Cultura de Paz. Managua, Nicaragua. v. 20, n. 62. Jan-Abril, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/1001-Texto%20del%20art%C3%ADculo-1876-1-10-20140829.pdf>. Acesso em: 02 Dez. 2018.

PALÁCIOS, M. Relatório Preliminar de Pesquisa. **Violência no trabalho no Setor Saúde - Rio de Janeiro - Brasil**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2002. Disponível em:
http://www.assediomoral.org/IMG/pdf/pesquisa_sobre_Violencia_no_trabalho_Universidade_Federal_RJ.pdf. Acesso em: 03 Jul 2019.

PEDRO, DRC; et al. Violência ocupacional na equipe de enfermagem: análise à luz do conhecimento produzido. **Saúde em Debate** [online], v. 41, n. 113, p. 618-629, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2017.v41n113/618-629/#>. Acesso em: 24 Jan. 2019.

PEKURINEN, V; et al. Patient Aggression and the Wellbeing of Nurses: A Cross-Sectional Survey Study in Psychiatric and Non-Psychiatric Settings. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 14, n. 10. P. 1245 [1-14], 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29057802>. Acesso em: 10 Jan. 2019.

PIRES, DEP; et al. Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2682, 2016. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100313&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 Jan. 2019.

POMPEII, LA; et al. Physical assault, physical threat, and verbal abuse perpetrated against hospital workers by patients or visitors in six US hospitals. **American Journal of Industrial Medicine**, v. 58, n. 11, p. 1194-1204, 2015. Disponível em:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ajim.22489>. Acesso em: 10 Jan. 2019.

RINCON-DEL TORO, T; et al. Agresiones sufridas por las personas que trabajan en atención primaria de la Comunidad de Madrid, 2011-2012. **Revista Española de Saúde Pública**, v. 90, e1-e12, 2016. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v90/1135-5727-resp-90-e40020.pdf>. Acesso em: 02 Jan. 2019.

RODRÍGUEZ-CAMPO, VA; PARAVIC-KLIJN, TM. Abuso verbal e assédio moral em serviços de atendimento pré-hospitalar no Chile. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, e2956, 2017. Disponível em:
https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2956.pdf. Acesso em: 18 Jan. 2019.

RODRIGUEZ-CAMPO, VA; PARAVIC-KLIJN, TM; GONZALEZ-RUBILAR, UT. Percepción de violencia física y factores asociados en profesionales y técnicos paramédicos en la atención prehospitalaria. **Index de Enfermería**, Granada, v. 24, n. 1-2, p. 10-14, jun. 2015. Disponível em:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000100003&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 18 Jan. 2019.

RUIZ-HERNÁNDEZ, JÁ; et al. Evaluation of the users violence in primary health care: Adaptation of an instrument. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, v. 16, n. 3, p. 295-305, 2016. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S169726001630028X?via%3Dihub>. Acesso em: 15 Jan. 2019.

SILVA, ATC; et al. Work-Related Depression in Primary Care Teams in Brazil. **American Journal of Public Health**, v. 106, n. 11, p. 1990-1997, 2016.

Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5055765/pdf/AJPH.2016.303342.pdf>. Acesso em: 12 Jan. 2019.

SORATTO, J; et al. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família. **Texto & Contexto - Enfermagem**. Florianópolis, v. 26, n. 3, e2500016, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e2500016.pdf>. Acesso em: 29 Mar. 2018.

STURBELLE, ICS. et al. Workplace violence in Family Health Units: a study of mixed methods. *Acta paul. Enferm*, 2019. Disponível em:

https://www.scielo.br/pdf/ape/v32n6/en_1982-0194-ape-32-06-0632.pdf. Acesso em: 14 jan. 2020.

TOALDO, MM; MACHADO, MBC. A longevidade de uma campanha publicitária: uma sistematização teórica sobre o tema a partir do seu estado da arte. **Revista Ação Midiática – Estudos em Comunicação, Sociedade e Cultura**. Programa de Pós-Graduação em Comunicação, da Universidade Federal do Paraná. N. 6. Ano 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/34744-129914-1-PB.pdf>. Acesso em: 22 Maio 2019.

TRINDADE, LL. **Implicações de dois modelos assistenciais nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde da atenção básica** [tese] / Letícia de Lima Trindade; orientadora, Denise Pires. – Florianópolis, SC, 2011. 237 p.: il., graf. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

UNESCO. **Cultura de paz: da reflexão à ação; balanço da Década Internacional da Promoção da Cultura de Paz e Não Violência em Benefício das Crianças do Mundo**. – Brasília: UNESCO; São Paulo: Associação Palas Athena, 2010. 256 p. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000189919>. Acesso em: 30 Dez. 2018.

VIDOTTI, V; et al. Síndrome de *Burnout* e o trabalho em turnos na equipe de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 26, p. e3022, 2018.

Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3022.pdf.
Acesso em: 10 Jan. 2019.

VON, C. **Cultura de Paz**: o que indivíduos, grupos, escolas e organizações podem fazer pela paz no mundo. 2 ed. São Paulo: Peirópolis; 2013.

YANG, SZ. et al. Workplace violence and its aftermath in China's health sector: implications from a cross-sectional survey across three tiers of the health system. *BMJ Open*, v. 9, e031503, 2019. Disponível em <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/9/9/e031513.full.pdf>. Acesso em: 14 Jan. 2020.

ANEXO A – Instrumento de coleta de dados - *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector*

Nº:	Data: / /2019

A.1 **Sexo:** (1) masculino (2) feminino

A.2 **Data de nascimento:** ____ / ____ / ____

A.3 **Cor da pele:** (1) negra (2) parda (3) branca (4) outra

A.4 **Escolaridade**(em anos de estudo completos e aprovados): _____

A.5 **Situação conjugal:** (1) Solteiro(a), viúvo(a) ou sem companheiro(a) (2) Casado(a) ou com companheiro(a)

A.6 **Número de filhos:** _____

A.7 **Tabagista:** (1) sim (2) não

A.8 **Nº médio de horas de sono nas 24 horas:** _____

A.9 **Quantas vezes na semana você faz uso de alguma bebida alcoólica?** _____

A.10 **Você faz uso de alguma medicação?** (1) sim (2) não

A.11 **Possui Prescrição médica?** (1) sim (2) não

A.12 **Você convive com alguma doença (HAS, DM, Asma, Depressão, etc)?** _____

B.1 **Quantos anos de experiência na área da saúde (em anos)?** _____

B.2 **Data de admissão nesta instituição:** ____ / ____ / ____

B.3 **Setor de trabalho:** _____

B.4 **Função na Instituição:**
(1) Enfermeiro(a) (2) Técnico de Enfermagem (3) Auxiliar de Enfermagem

B.5 **Você possui algum cargo de chefia/supervisão?** (1) sim (2) não

B.6 **Carga horária de trabalho semanal nesta UBS (em horas):** _____

B.7 **Trabalha em outra instituição?** (1) sim (2) não

B.8 **Qual seu turno de trabalho?** (1) Manhã (2) Tarde (3) Noite (4) Final de semana

B.9 **Você tem contato físico frequente com seus pacientes (lavando, virando, erguendo, contendo...)?**
(1) sim (2) não

B.10 **Os pacientes com quem você trabalha mais frequentemente são:**
(1) Crianças/adolescentes (2) Adultos/idosos (3) Ambos

B.11 **Quantos profissionais costumam estar presentes com você durante seu trabalho?** _____

B.12 **Você está satisfeito com o local onde trabalha?**
Não está nem um pouco satisfeito (1) ---- (2) ---- (3) ---- (4) ---- (5) muito satisfeito

B.13 **Você se sente reconhecido pelo trabalho que realiza?**
Não se sente nem um pouco reconhecido (1) ---- (2) ---- (3) ---- (4) ---- (5) sente-se muito reconhecido

B.14 **Como você avalia os seus relacionamentos interpessoais no seu local de trabalho?**
Não está nem um pouco satisfeito (1) ---- (2) ---- (3) ---- (4) ---- (5) muito satisfeito

B.15 **Quantas vezes você sofreu acidente(s) no trabalho ou se deslocando para/do trabalho?** _____

B.15.1 Tipos acidente () Biológico () Ergonômico () Físico () Químico () Trajeto

B.16 **Quantos dias você precisou se ausentar do trabalho no último ano?** _____

B.17 **Quanto você está preocupado(a) com a violência em seu local de trabalho?**
Não está nem um pouco preocupado (1) ---- (2) ---- (3) ---- (4) ---- (5) muito preocupado

B.18 **Existem procedimentos para o relato da violência em seu local de trabalho?** (1) sim (2) não

B.19 **Existe algum estímulo para o relato da violência no seu local de trabalho?**
(1) sim (2) não

VF - "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?**

(1) sim (2) não (então passe para a questão VF 2)

VF. 1.1 **Quantas vezes você foi agredido fisicamente nos últimos 12 meses?** _____

VF. 1.1.1 **Você considera esta uma situação típica em seu local de trabalho?**

(1) sim (2) não

VF. 1.2 **Com relação à última vez que você foi fisicamente agredido, tratou-se de:**

(1) violência física com arma (2) violência física sem arma

VF. 1.3 **Quem agrediu você?** (1) paciente/familiares (2) colegas (3) chefia/supervisor

(4) Outro _____

VF. 1.4 **Onde ocorreu o incidente?** (1) dentro da instituição (2) fora da instituição (no trajeto do/para o trabalho)

VF. 1.5 **Como você reagiu ao ocorrido? Assinale todas as opções pertinentes:**

- | | |
|--------------------------------------|---|
| (1) Não teve reação | (2) pediu a pessoa para parar |
| (3) tentou fingir que nada aconteceu | (4) tentou defender-se fisicamente |
| (5) contou para amigos/familiares | (6) buscou aconselhamento |
| (7) contou para um colega | (8) relatou para um chefe |
| (9) pediu transferência | (10) buscou ajuda do sindicato/conselho/associação |
| (11) registrou o evento | (12) registrou pedido de indenização/abriu processo |

VF. 1.6 **Você acha que o incidente poderia ter sido evitado?**

(1) sim (2) não

VF. 1.7 **O ocorrido resultou em ferimento?**

(1) sim (2) não

VF. 1.8 **Você precisou de assistência médica?**

(1) sim (2) não

VF. 1.9 **Indique os problemas que você vivenciou após a experiência da violência física** (uma opção por questão):

	Desde que você foi agredido, o quão incomodado você tem sido por:	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
VF.1.9.1	Ter memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
VF.1.9.2	Evitar pensar ou falar sobre a agressão ou evitar sentimentos relacionados à mesma?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
VF.1.9.3	Permanecer "super-alerta", vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso(a)?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
VF.1.9.4	Ter sentimento de que suas atividades passaram a ser mais penosas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

VF. 1.10 **Você teve que se retirar do local de trabalho após a agressão?**

(1) sim (2) não

VF. 1.11 **Foi tomada alguma providência diante do evento?**

(1) sim (2) não

VF. 1.12 **Quais foram as consequências para o agressor?**

(1) nenhuma (2) advertência verbal (3) interrompeu o tratamento/foi transferido de setor
(4) registro na polícia (5) processo ao agressor (6) não sabe (7) outro

VF. 1.13 **Seu empregador ou supervisor ofereceu ajuda?**

(1) não ofereceu (2) ofereceu aconselhamento
(3) ofereceu oportunidade de falar ou relatar o ocorrido (4) outro

VF. 1.14 **Avalie o seu grau de satisfação em relação à forma como o incidente foi tratado**

Totalmente insatisfeito (1) ---- (2) ---- (3) ---- (4) ---- (5) Totalmente satisfeito

VF. 1.15 **Se você não relatou ou falou sobre o incidente com outras pessoas, por que não o fez?**

Assinale todas as opções pertinentes: (1) Não foi importante (2) Sentiu-se envergonhado
(3) Sentiu-se culpado (4) Não sabia a quem relatar (5) Ficou com medo de consequências negativas
(6) Considerou que de qualquer forma não seriam tomadas providências (7) Outro

VF. 2 **Nos últimos 12 meses, você presenciou situações de violência física no seu local de trabalho?**

(1) Sim (2) Não

AValiação da Violência Psicológica

“Violência psicológica é definida como o uso intencional de poder, incluindo ameaça de força 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), discriminação e ameaças.”

AGRESSÃO VERBAL

refere-se ao comportamento que humilha, degrada ou, de outra forma, indica uma falta de respeito com a dignidade e o valor do indivíduo.

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

(1) sim (2) não (então passe para a questão IAM)

AV. 2 **Quantas vezes você foi agredido verbalmente nos últimos 12 meses?** _____

AV.3 **Você considera esta uma situação típica em seu local de trabalho?**

(1) sim (2) não

AV.4 **Considerando a última vez que você sofreu uma agressão verbal, quem agrediu você?**

(1) paciente (2) familiar/cuidador de paciente (3) colega de trabalho
(4) chefia/supervisor (5) outro

AV.5 **Onde ocorreu o incidente?** (1) dentro da instituição (2) fora da instituição (no trajeto do/para o trabalho)

AV.6 **Como você reagiu ao ocorrido?** (Assinale todas as opções pertinentes):

- (1) não teve reação (2) pediu a pessoa para parar
(3) tentou fingir que nada aconteceu (4) tentou defender-se fisicamente
(5) contou para amigos/familiares (6) buscou aconselhamento
(7) contou para um colega (8) relatou para um chefe
(9) pediu transferência (10) buscou ajuda do sindicato/conselho/associação
(11) registrou o evento (12) registrou pedido de indenização/abriu processo

AV.7 **Você acha que o incidente poderia ter sido evitado?**

(1) sim (2) não

AV.8 **Indique os problemas que você vivenciou após a experiência da violência verbal** (uma opção por questão):

	Desde que você foi agredido, o quanto incomodado você tem sido por:	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
AV.8.1	Ter memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
AV.8.2	Evitar pensar ou falar sobre a agressão ou evitar sentimentos relacionados à mesma?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
AV.8.3	Permanecer “super-alerta”, vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso(a)?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

AV.8.4	Ter sentimento de que suas atividades passaram a ser mais penosas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
--------	--	-----	-----	-----	-----	-----

AV.9 **Foi tomada alguma providência diante do evento?**
(1) sim (2) não

AV.10 **Quais foram as consequências para o agressor?**
(1) nenhuma (2) advertência verbal (3) interrompeu o tratamento/foi transferido de setor
(4) registro na polícia (5) processo ao agressor (6) não sabe (7) outro

AV.11 **Seu empregador ou supervisor ofereceu ajuda?**
(1) não ofereceu (2) ofereceu aconselhamento
(3) ofereceu oportunidade de falar ou relatar o ocorrido (4) outro

AV.12 **Avalie o seu grau de satisfação em relação à forma como o incidente foi tratado**

Totalmente insatisfeito (1) ---- (2) ---- (3) ---- (4) ---- (5) *Totalmente satisfeito*

AV.13 **Se você não relatou ou falou sobre o incidente com outras pessoas, por que não o fez?**
Assinale todas as opções pertinentes: (1) Não foi importante (2) Sentiu-se envergonhado
(3) Sentiu-se culpado (4) Não sabia a quem relatar (5) Ficou com medo de consequências negativas
(6) Considerou que de qualquer forma não seriam tomadas providências (7) Outro

INTIMIDAÇÃO / ASSÉDIO MORAL

refere-se a comportamento ofensivo, humilhante, que desqualifica ou desmoraliza. Acontece de forma repetida e em excesso, através de ataques vingativos, cruéis e maliciosos que objetivam rebaixar um indivíduo ou grupo de trabalhadores(as).

IAM.1 **Nos últimos 12 meses, você foi intimidado, humilhado, desqualificado ou desmoralizado de forma persistente em seu local de trabalho?**
(1) sim (2) não (então passe para a questão AS)

IAM.2 **Quantas vezes você foi intimidado, humilhado, desqualificado ou desmoralizado nos últimos 12 meses?** _____

IAM.3 **Você considera esta uma situação típica em seu local de trabalho?**
(1) sim (2) não

IAM.4 **Considerando a última vez que você foi intimidado/agredido moralmente, quem agrediu?**
(1) paciente (2) familiar/cuidador de paciente (3) Colega de trabalho
(4) chefia/supervisor (5) outro

IAM.5 **Onde ocorreu o incidente?** (1) dentro da instituição (2) fora da instituição (no trajeto do/para o trabalho)

IAM.6 **Como você reagiu ao ocorrido?** (Assinale todas as opções pertinentes):

- (1) não teve reação (2) pediu a pessoa para parar
(3) tentou fingir que nada aconteceu (4) tentou defender-se fisicamente
(5) contou para amigos/familiares (6) buscou aconselhamento
(7) contou para um colega (8) relatou para um chefe
(9) pediu transferência (10) buscou ajuda do sindicato/conselho/associação
(11) registrou o evento (12) registrou pedido de indenização/abriu processo

IAM.7 **Indique os problemas que você vivenciou em detrimento da intimidação/assédio moral**(uma opção por questão):

	Desde que você foi agredido, o quão incomodado você tem sido por:	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
IAM.7.1	Ter memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
IAM.7.2	Evitar pensar ou falar sobre a agressão ou evitar sentimentos relacionados à mesma?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
IAM.7.3	Permanecer "super-alerta", vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso(a)?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
AIM.7.4	Ter sentimento de que suas atividades passaram a ser mais penosas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

IAM.8 **Você acha que o incidente poderia ter sido evitado?**

- (1) sim (2) não

IAM.9 **Foi tomada alguma providência diante do evento?**

- (1) sim (2) não

IAM.10 **Quais foram as consequências para o agressor?**

- (1) nenhuma (2) advertência verbal (3) interrompeu o tratamento/foi transferido de setor
(4) registro na polícia (5) processo ao agressor (6) não sabe (7) outro

IAM.11 **Seu empregador ou supervisor ofereceu ajuda com:**

- (1) não ofereceu (2) ofereceu aconselhamento
(3) ofereceu oportunidade de falar ou relatar o ocorrido (4) outro

IAM.12 **Avalie o seu grau de satisfação em relação à forma como o incidente foi tratado**

Totalmente insatisfeito (1) ---- (2) ---- (3) ---- (4) ---- (5) Totalmente satisfeito

IAM.13 Se você não relatou ou falou sobre o incidente com outras pessoas, por que não o fez?

Assinale todas as opções pertinentes: (1) Não foi importante (2) Sentiu-se envergonhado
(3) Sentiu-se culpado (4) Não sabia a quem relatar (5) Ficou com medo de consequências negativas
(6) Considerou que de qualquer forma não seriam tomadas providências (7) Outro

ASSÉDIO SEXUAL

refere-se a qualquer comportamento de natureza sexual que é indesejável, unilateral e não esperado. Esse comportamento 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 seu local de trabalho?

(1) sim (2) não (então passe para a questão DR)

AS.2 Quantas vezes você foi assediado sexualmente nos últimos 12 meses? _____

AS.3 Você considera esta uma situação típica em seu local de trabalho?

(1) sim (2) não

AS.4 Considerando a última vez que você foi assediado sexualmente, quem agrediu?

(1) paciente (2) familiar/cuidador de paciente (3) Colega de trabalho
(4) chefia/supervisor (5) outro

AS.5 Onde ocorreu o incidente? (1) dentro da instituição (2) fora da instituição (no trajeto do/para o trabalho)

AS.6 Como você reagiu ao ocorrido? (Assinale todas as opções pertinentes):

- (1) não teve reação (2) pediu a pessoa para parar
(3) tentou fingir que nada aconteceu (4) tentou defender-se fisicamente
(5) contou para amigos/familiares (6) buscou aconselhamento
(7) contou para um colega (8) relatou para um chefe
(9) pediu transferência (10) buscou ajuda do sindicato/conselho/associação
(11) registrou o evento (12) registrou pedido de indenização/abriu processo

AS.7 Indique os problemas que você vivenciou em detrimento do assédio sexual (uma opção por questão):

	Desde que você foi agredido, o quão incomodado você tem sido por:	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
AS.7.1	Ter memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
AS.7.2	Evitar pensar ou falar sobre a agressão ou evitar sentimentos relacionados à mesma?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
AS.7.3	Permanecer "super-alerta", vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso(a)?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
AS.7.4	Ter sentimento de que suas atividades passaram a ser mais penosas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

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

(1) sim (2) não

AS.9 **Foi tomada alguma providência diante do evento?**

(1) sim (2) não

AS.10 **Quais foram as consequências para o agressor?**

(1) nenhuma (2) advertência verbal (3) interrompeu o tratamento/foi transferido de setor
(4) registro na polícia (5) processo ao agressor (6) não sabe (7) outro

AS.11 **Seu empregador ou supervisor ofereceu ajuda?**

(1) não ofereceu (2) ofereceu aconselhamento
(3) ofereceu oportunidade de falar ou relatar o ocorrido (4) outro suporte

AS.12 **Avalie o seu grau de satisfação em relação à forma como o incidente foi tratado**

Totalmente insatisfeito (1) ---- (2) ---- (3) ---- (4) ---- (5) Totalmente satisfeito

AS.13 **Se você não relatou ou falou sobre o incidente com outras pessoas, por que não o fez?**

Assinale todas as opções pertinentes: (1) Não foi importante (2) Sentiu-se envergonhado
(3) Sentiu-se culpado (4) Não sabia a quem relatar (5) Ficou com medo de consequências negativas
(6) Considerou que de qualquer forma não seriam tomadas providências (7) Outro

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?**

(1) sim (2) não (então passe para a questão H)

DR.2 **Quantas vezes você sofreu discriminação racial nos últimos 12 meses? _____**

DR.3 **Você considera esta uma situação típica em seu local de trabalho?**

(1) sim (2) não

DR.4 **Considerando a última vez que você foi discriminado racialmente, quem discriminou você?**

(1) paciente (2) familiar/cuidador de paciente (3) Colega de trabalho
(4) chefia/supervisor (5) outro

DR.5 **Onde ocorreu o incidente?**(1) dentro da instituição (2) fora da instituição (no trajeto do/para o trabalho)

DR.6 **Como você reagiu a essa discriminação?** (Assinale todas as opções pertinentes):

- (1) não teve reação (2) pediu a pessoa para parar
(3) tentou fingir que nada aconteceu (4) tentou defender-se fisicamente
(5) contou para amigos/familiares (6) buscou aconselhamento
(7) contou para um colega (8) relatou para um chefe
(9) pediu transferência (10) buscou ajuda do sindicato/conselho/associação
(11) registrou o evento (12) registrou pedido de indenização/abriu processo

DR.7 **Indique os problemas que você vivenciou em detrimento da discriminação racial** (uma opção por questão):

	Desde que você foi agredido, o quão incomodado você tem sido por:	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
DR.7.1	Ter memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
DR.7.2	Evitar pensar ou falar sobre a agressão ou evitar sentimentos relacionados à mesma?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
DR.7.3	Permanecer "super-alerta", vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso(a)?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
DR.7.4	Ter sentimento de que suas atividades passaram a ser mais penosas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

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

- (1) sim (2) não

DR.9 **Foi tomada alguma providência diante do evento?**

- (1) sim (2) não

DR.10 **Quais foram as consequências para o agressor?**

- (1) nenhuma (2) advertência verbal (3) interrompeu o tratamento/foi transferido de setor
(4) registro na polícia (5) processo ao agressor (6) não sabe (7) outro

DR.11 **Seu empregador ou supervisor ofereceu ajuda?**

- (1) não ofereceu (2) ofereceu aconselhamento
(3) ofereceu oportunidade de falar ou relatar o ocorrido (4) outro

DR.12 **Avalie o seu grau de satisfação em relação à forma como o incidente foi tratado**

Totalmente insatisfeito (1) ---- (2) ---- (3) ---- (4) ---- (5) **Totalmente satisfeito**

DR.13 **Se você não relatou ou falou sobre o incidente com outras pessoas, por que não o fez?**

- Assinale todas as opções pertinentes: (1) Não foi importante (2) Sentiu-se envergonhado
(3) Sentiu-se culpado (4) Não sabia a quem relatar (5) Ficou com medo de consequências negativas
(6) Considerou que de qualquer forma não seriam tomadas providências (7) Outro

Unidade Básica de Saúde**H.1 O seu local de trabalho desenvolve condutas específicas para proteção à:**

		Sim	Não	Não sabe
H.1.1	Saúde e segurança	(1)	(2)	(3)
H.1.2	Violência física	(1)	(2)	(3)
H.1.3	Agressão verbal	(1)	(2)	(3)
H.1.4	Intimidação/agressão moral	(1)	(2)	(3)
H.1.5	Assédio sexual	(1)	(2)	(3)
H.1.6	Discriminação	(1)	(2)	(3)
H.1.7	Ameaça	(1)	(2)	(3)

H.2 Quais medidas para lidar com a violência no trabalho existem no local em que você trabalha?

		Sim	Não
H.2.1	Medidas de segurança (guardas, alarmes, outros)	(1)	(2)
H.2.2	Melhoras no ambiente (iluminação, ruídos, condicionamento de ar, limpeza, privacidade, acesso fácil ao refeitório e sanitários, outros)	(1)	(2)
H.2.3	Controle do acesso à instituição (checagem da portaria)	(1)	(2)
H.2.4	Registro de paciente com comportamento agressivo anterior	(1)	(2)
H.2.5	Protocolos para pacientes agressivos (procedimentos de controle, contenção, transporte, medicação, programação de atividade, acesso à informação, outros)	(1)	(2)
H.2.6	Número suficiente de funcionários	(1)	(2)
H.2.7	Uso rigoroso de uniforme e identificação de todos que circulam no ambiente	(1)	(2)
H.2.8	Troca de plantão ou escala em caso necessário	(1)	(2)
H.2.9	Restrição do trabalho solitário	(1)	(2)
H.2.10	Treinamento/capacitação (enfrentamento da violência, habilidade de comunicação, resolução de conflitos, defesa pessoal, outros)	(1)	(2)
H.2.11	Investimentos em desenvolvimento de recursos humanos (promoção, premiação, outros)	(1)	(2)
H.2.12	Nenhuma	(1)	(2)

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

		Nada	Pouco	Moderadamente	Muito
H.3.1	Medidas de segurança	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.2	Melhoras no ambiente	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.3	Controle do acesso à instituição	(1)	(2)	(3)	(4)

H.3.4	Registro de paciente com comportamento agressivo anterior	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.5	Protocolos para pacientes agressivos	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.6	Número suficiente de funcionários	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.7	Uso rigoroso de uniforme e identificação	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.8	Troca de plantão ou escala em caso necessário	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.9	Restrição do trabalho solitário	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.10	Treinamento/capacitação	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.11	Investimentos em desenvolvimento de recursos humanos	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.12	Outra	(1)	(2)	(3)	(4)

ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO - CEP/UEDESC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO UM BOM LUGAR PARA

Pesquisador: Rosana Amora Ascari

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 15363319.1.0000.0118

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SC UDESC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.414.195

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa:

A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO UM BOM LUGAR PARA TRABALHAR: uma campanha para a prevenção da violência no trabalho em Santa Catarina. - CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DO OESTE – CEO/UEDESC. PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Mestranda: Kaciane Boff Bauermann

Orientadora: Prof. Dra. Leticia de Lima Trindade

Coorientadora: Prof. Dra. Rosana Amora Ascari

Desenho:

Estudos apontam que a violência é um problema significativo enfrentado pelos profissionais de saúde nos seus ambientes laborais, perpetrada na maioria das vezes através da violência psíquica e física. Diante desses aspectos e tendo em vista o quantitativo da força de trabalho advinda do setor saúde, faz-se necessário estudar o fenômeno da violência em diferentes contextos assistenciais. Nesse projeto busca-se olhar para o problema na Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que a violência no trabalho é uma realidade presente e possui interferência negativa no processo laboral e na saúde dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (eSF), embora é um tema ainda pouco investigado. Assim, objetiva-se desenvolver uma campanha publicitária com

Endereço: Av. Madre Benvenutta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3664-8084

Fax: (48)3664-8084

E-mail: cepsh.udesc@gmail.com



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DE SANTA CATARINA - UDESC



Continuação do Parecer: 3.414.195

foco na prevenção da violência no trabalho, bem como para promoção da cultura de paz a partir da análise do fenômeno no contexto das equipes de Saúde da Família. Trata-se de um estudo transversal e prospectivo de abordagem quantitativa, que terá como cenário os municípios pertencentes à área de abrangência da 2ª Gerência de Saúde, de Maravilha/SC, composta por 22 municípios, totalizando 49 eSF e 753 profissionais. A amostra será composta por 255 profissionais e a coleta dos dados será realizada por meio de questionário autoaplicável contendo instrumento de pesquisa para levantamento da violência, o Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector juntamente com a identificação das características sócio-demográficas e laborais dos participantes. A campanha publicitária será desenvolvida a partir dos achados desta pesquisa que servirão de base para a definição do público alvo da campanha e dos temas a serem abordados. Ainda para sua ampla divulgação em SC, será disseminada na Plataforma Telessaúde, a partir da parceria firmada entre o Telessaúde SC e a Udesc, que permitirá sua veiculação em nível Estadual. Este estudo respeitará os aspectos éticos recomendados internacionalmente, no que diz respeito à pesquisa com seres humanos e o disposto nas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Metodologia de Análise de Dados:

Trata-se de um estudo transversal e prospectivo de abordagem quantitativa, que terá como cenário os municípios pertencentes à área de abrangência da 2ª Gerência de Saúde, de Maravilha/SC, composta por 22 municípios, totalizando 49 eSF e 753 profissionais. A amostra será composta por 255 profissionais e a coleta dos dados será realizada por meio de questionário autoaplicável contendo instrumento de pesquisa para levantamento da violência, o Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector juntamente com a identificação das características sócio-demográficas e laborais dos participantes. A campanha publicitária será desenvolvida a partir dos achados desta pesquisa que servirão de base para a definição do público alvo da campanha e dos temas a serem abordados. Os dados quantitativos serão codificados, tabulados e analisados por meio do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 22.0, licença de uso da Udesc. As variáveis de natureza quantitativa serão descritas por meio de medidas de tendência central e dispersão: média, desvio padrão, mediana, valor mínimo e máximo observado, estimativa por intervalo de confiança para a média populacional com base no número de respostas válidas e nível de confiança de 95%. As variáveis categóricas serão descritas por meio de frequências absolutas e proporções. Os dados serão analisados concomitantemente à coleta e o trabalho de campo. O processo de coleta de dados seguirá os procedimentos: a)

Endereço: Av.Madre Benvenutta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3664-8084

Fax: (48)3664-8084

E-mail: cepsh.udesc@gmail.com

Continuação do Parecer: 3.414.195

autorização da Gersa; b) sensibilização dos profissionais para participar da pesquisa; c) capacitação dos pesquisadores envolvidos; d) paralela tabulação dos dados quantitativos.

Cronograma de Execução

Análise e interpretação dos resultados 01/08/2019 01/02/2020

Apresentação e defesa pública da Dissertação 15/05/2020 01/07/2020

Elaboração de artigo científico 01/05/2020 15/05/2020

Data de Submissão do Projeto: 31/05/2019

Divulgação dos resultados 01/07/2020 30/07/2020

Desenvolvimento da campanha Publicitária 01/10/2019 01/03/2020

Elaboração da dissertação - Relatório 01/03/2020 01/05/2020

Submissão ao CEPESH/UDESC 31/05/2019 09/06/2019

Coleta de dados 22/07/2019 30/12/2019

Revisão de literatura 31/05/2019 30/07/2020

Financiamento: Recursos Próprios.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Desenvolver uma campanha publicitária com foco na prevenção da violência no trabalho, bem como para promoção da cultura de paz a partir da análise do fenômeno no contexto das equipes de Saúde da Família.

Objetivo Secundário:

Verificar as características sócio laborais dos profissionais das equipes de Saúde da Família dos municípios que compõe a Gerência de Saúde de Maravilha/SC; Analisar a ocorrência ou não dos diferentes tipos de violência no trabalho das equipes de Saúde da Família investigadas; Analisar as associações entre as violências e as características sócio laborais dos participantes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos durante a coleta das informações são médios, se caracterizam por alguns aspectos desconfortáveis, como incômodo com o tempo a ser dispensado em resposta aos instrumentos de pesquisa ou alterações de suas atividades de trabalho, também podem mobilizar alguns sentimentos por abordar a temática violência. Nos casos de desconforto emocional ou psicológico,

Endereço: Av. Madre Benvenutta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3664-8084

Fax: (48)3664-8084

E-mail: cepsh.udesc@gmail.com



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DE SANTA CATARINA - UDESC



Continuação do Parecer: 3.414.195

o participante será orientado à informar as pesquisadoras, que efetuarão os encaminhamentos necessários, sendo este encaminhado para o serviço de psicologia da Udesc, estando livres os participantes para desistir da pesquisa a qualquer momento.

Benefícios:

Será garantido ao participante a informação, a possibilidade de participar ou não da pesquisa e o anonimato no tratamento das informações obtidas. Será garantido o anonimato do participante frente às informações colhidas pela investigação por meio da utilização de código numérico para sua identificação no tratamento e divulgação dos dados, além de garantir que a colaboração dos profissionais é voluntária e passível de desistência a

qualquer momento. Ainda, será esclarecido aos participantes os riscos envolvidos na pesquisa, que a sua participação não envolve ônus ou recompensa financeira, mas que o seu benefício estará em contribuir para a construção do conhecimento sobre a saúde do trabalhador. Pretende-se, portanto, dar ciência ao trabalhador de que não serão geradas punições e culpas relacionadas a qualquer informação relacionada à temática da

violência no trabalho, esclarecendo que se pretende incluir a questão da saúde do trabalhador na análise de aspectos relacionados à promoção da assistência segura. Os participantes do estudo poderão acessar os resultados da pesquisa por meio de relatório aos serviços, como forma de devolutiva.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está delineado adequadamente e apresenta metodologia pertinente ao objetivo. O projeto apresenta também conformidade às Resoluções nº 466 e nº 510, referentes às considerações éticas em pesquisa dentro das Ciências Humanas e Sociais.

Quanto à coleta amostral: Para a seleção dos trabalhadores e alcance do desenho amostral serão convidados todos os trabalhadores via e-mail profissional disponível na Gersa de Maravilha, sendo suspensa a coleta de dados quanto os quantitativos previstos forem alcançados. A pesquisa, as questões éticas e o instrumento de coleta de dados também será apresentado via e-mail eletrônico, com telefones das pesquisadoras para dúvidas e/ou para solicitação do participante.

A coleta de dados iniciará somente após a aprovação pelo CEPESH/UDESC. A pesquisadora Leticia de Lima Trindade é a mentora da presente proposta de pesquisa e orientadora da mestranda Kaciane Boff Bauermann no Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde do

Endereço: Av.Madre Benvenutta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3664-8084

Fax: (48)3664-8084

E-mail: cepsh.udesc@gmail.com

Continuação do Parecer: 3.414.195

Departamento de Enfermagem da Udesc Oeste. No entanto, devido ao afastamento da Professora Leticia de Lima Trindade para pós Doc em Portugal, neste momento, Rosana Amora Ascari, conduzirá a orientação da referida mestrandia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos anexados:

- PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1365231.pdf
- PD -Projeto_Dissertação_Kaciane_Qualificado_310519.doc
- Instrumento_Coleta_Dados.pdf
- Declaracao_CCIE_Assinada_310519.pdf
- TCLE_300519.pdf
- Folha Rosto_Assinada_310519.pdf

Recomendações:

A pesquisa está dentro das normas exigidas pelo Sistema CEP/CONEP e suas resoluções específicas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado APROVA o Projeto de Pesquisa e informa que, qualquer alteração necessária ao planejamento e desenvolvimento do Protocolo Aprovado ou cronograma final, seja comunicada ao CEPESH via Plataforma Brasil na forma de EMENDA, para análise sendo que para a execução deverá ser aguardada aprovação final do CEPESH. A ocorrência de situações adversas durante a execução da pesquisa deverá ser comunicada imediatamente ao CEPESH via Plataforma Brasil, na forma de NOTIFICAÇÃO. Em não havendo alterações ao Protocolo Aprovado e/ou situações adversas durante a execução, deverá ser encaminhado RELATÓRIO FINAL ao CEPESH via Plataforma Brasil até 60 dias da data final definida no cronograma, para análise e aprovação.

Lembramos ainda, que o participante da pesquisa ou seu representante legal, quando for o caso, bem como o pesquisador responsável, deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - apondo suas assinaturas na última página do referido Termo.

Endereço: Av.Madre Benvenutta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3664-8084

Fax: (48)3664-8084

E-mail: cepsh.udesc@gmail.com

Continuação do Parecer: 3.414.195

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1365231.pdf	31/05/2019 08:23:48		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Dissertacao_Kaciane_Qualificacao_310519.doc	31/05/2019 08:21:45	Rosana Amora Ascari	Aceito
Outros	Instrumento_Coleta_Dados.pdf	31/05/2019 08:16:26	Rosana Amora Ascari	Aceito
Outros	Declaracao_CCIE_Assinada_310519.pdf	31/05/2019 08:15:43	Rosana Amora Ascari	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_300519.pdf	31/05/2019 08:15:01	Rosana Amora Ascari	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto_Assinada_310519.pdf	31/05/2019 08:14:35	Rosana Amora Ascari	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 26 de Junho de 2019

Assinado por:
Renan Thiago Campestrini
(Coordenador(a))

Endereço: Av.Madre Benvenutta, 2007**Bairro:** Itacorubi**CEP:** 88.035-001**UF:** SC**Município:** FLORIANOPOLIS**Telefone:** (48)3664-8084**Fax:** (48)3664-8084**E-mail:** cepsh.udesc@gmail.com

ANEXO C – DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS



Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos

GABINETE DO REITOR

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Com o objetivo de atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, os representantes legais das instituições envolvidas no projeto de pesquisa intitulado "A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO UM BOM LUGAR PARA TRABALHAR: uma campanha para a prevenção da violência no trabalho em Santa Catarina" declaram estarem cientes com seu desenvolvimento nos termos propostos, lembrando aos pesquisadores que no desenvolvimento do referido projeto de pesquisa, serão cumpridos os termos da resolução 466/2012, 510/2016 e 251/1997 do Conselho Nacional de Saúde.

Maravilha, 23 / 05 / 2019.

Ass: Pesquisador Responsável

Nome: Letícia de Lima Trindade
Cargo: Docente Universitária
Instituição: Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC
Número de Telefone: 49 2049-9587

Ass: Responsável pela Instituição de origem

Nome: Dilmar Baretta
Cargo: Diretor Geral, Centro de Educação Superior do Oeste
Instituição: Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC
Número de Telefone: 49 2049-9537

prof. Dilmar Baretta
Matrícula: 388032-0-02
Diretor Geral
CEO / UDESC

Ass: Responsável de outra instituição

Nome: André Max Tormen
Cargo: Gerente Regional de Saúde
Instituição: Gerência Regional de Saúde de Maravilha
Número de Telefone: 49 3664-6536

Avenida Madre Benvenuta, 2007, Itacorubi, CEP 88035-901, Florianópolis, SC, Brasil.
Telefone/Fax: (48) 3664-8084 / (48) 3664-7881 - E-mail: cepesh_reitoria@udesc.br / cepesh.udesc@gmail.com
CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
SRTV 701, Via W 5 Norte - Lote D - Edifício PO 700, 3º andar - Asa Norte - Brasília-DF - 70719-040
Fone: (61) 3315-5878/ 5879 - E-mail: conep@saude.gov.br

27/05/2019 16:59

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UDESC
UNIVERSIDADE
DO ESTADO DE
SANTA CATARINA



Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos

GABINETE DO REITOR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa de mestrado intitulada A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO UM BOM LUGAR PARA TRABALHAR: uma campanha para a prevenção da violência no trabalho em Santa Catarina, que aplicará um questionário, tendo como objetivo geral: Desenvolver uma campanha publicitária com foco na prevenção da violência no trabalho, bem como para promoção da cultura de paz a partir da análise do fenômeno no contexto das equipes de Saúde da Família nos municípios que compõe a Gerência de Saúde de Maravilha/SC, e específicos: Verificar as características sócio laborais dos profissionais das equipes de Saúde da Família dos municípios que compõe a Gerência de Saúde de Maravilha/SC; Analisar a ocorrência ou não dos diferentes tipos de violência no trabalho das equipes de Saúde da Família; Analisar as associações entre as violências e as características sócio laborais dos participantes. Como questão central e norteadora: Ocorre violência no trabalho das equipes de ESF que atuam nos município da Gersa de Maravilha, em Santa Catarina (SC)? Quais as implicações para a saúde destes trabalhadores? E que estratégias podem prevenir e/ou reduzir o fenômeno, bem como promover a cultura de paz nesse cenário?

O(a) Senhor(a) será acessado em seu local de trabalho, via e-mail, apresentados a pesquisa e convidados a responder aos instrumentos, a fim de manter sua privacidade e liberdade para responder ao estudo. Não é obrigatório responder a todas as perguntas.

O(a) Senhor(a) e seu/sua acompanhante não terão despesas e nem serão remunerados pela participação na pesquisa. Todas as despesas decorrentes de sua participação serão ressarcidas. Em caso de danos, decorrentes da pesquisa será garantida a indenização.

Os riscos destes procedimentos são médios, se caracterizam por alguns aspectos desconfortáveis, como incômodo com o tempo a ser dispensado em resposta aos instrumentos de pesquisa ou alterações de suas atividades de trabalho, também podem mobilizar alguns sentimentos, que nesse caso, o participante será encaminhado para o serviço de psicologia da UDESC, estando livres os participantes para desistir da pesquisa a qualquer momento.

A sua identidade será preservada, pois cada indivíduo será identificado por um código como: Enfermeiro (ENF), Técnico de Enfermagem (TE), Auxiliar de Enfermagem (AE), Médico (ME), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Cirurgião Dentista (CD), Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) e Técnicos em Saúde Bucal (TSB) seguido do número de ordem dos instrumentos.

Os benefícios e vantagens em participar deste estudo é baseado na importância do debate e conscientização acerca da violência no trabalho, com diálogo sobre as implicações na saúde dos trabalhadores, bem como sobre a importância da cultura de paz. Desse modo, a longo prazo, pretende-se elaborar e desenvolver uma intervenção com foco na prevenção da violência no trabalho, bem como, para promoção da cultura de paz no contexto da APS entre os municípios da Gersa, Maravilha/SC.

As pessoas que estarão acompanhando os procedimentos serão os pesquisadores a estudante de mestrado KACIANE BOFF BAUERMAN e as professoras orientadora e co-orientadora, Enfermeira Dra. LETÍCIA DE LIMA TRINDADE e Enfermeira Dra. Rosana Amora Ascari.

O(a) senhor(a) poderá se retirar do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de constrangimento.

Solicitamos a sua autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida através da não-identificação do seu nome.

Este termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder do pesquisador e outra com o sujeito participante da pesquisa.

NOME DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PARA CONTATO: LETÍCIA DE LIMA TRINDADE / ROSAMA AMORA ASCARI

NÚMERO DO TELEFONE: (49) 2049-9587 / (49) 2049-9581 OU (49) 99923-6069

ENDEREÇO: Rua Sete de Setembro, 77D, Centro - Chapecó - SC - CEP: 89806-152

ASSINATURA DO PESQUISADOR:



UDESC
UNIVERSIDADE
DO ESTADO DE
SANTA CATARINA



Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos

GABINETE DO REITOR

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEPESH/UDESC

Av. Madre Benvenuta, 2007 – Itacorubi – Florianópolis – SC -88035-901

Fone/Fax: (48) 3664-8084 / (48) 3664-7881 - E-mail: cepsh.reitoria@udesc.br / cepsh.udesc@gmail.com

CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

SRTV 701, Via W 5 Norte – lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte - Brasília-DF - 70719-040

Fone: (61) 3315-5878/ 5879 – E-mail: conep@saude.gov.br

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo, as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas em mim, e que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso _____

Assinatura _____ Local: _____ Data: ____/____/____.