UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ELIENE SIMÕES CEZAR

**Problemas de violência ocupacional em
um serviço de urgência hospitalar da
cidade de Londrina – Paraná**

Ribeirão Preto
2005

ELIENE SIMÕES CEZAR

**Problemas de violência ocupacional em um
serviço de urgência hospitalar da cidade de
Londrina – Paraná**

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade
de São Paulo para obtenção do título de Mestre.
Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador.
Programa: Enfermagem Fundamental.

Orientadora:
Profª Drª Maria Helena Palucci Marziale

Ribeirão Preto
2005

AUTORIZO REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

C414p Cezar, Eliene Simões

Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da cidade de Londrina – Paraná.
– Ribeirão Preto, 2005.
108 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós Graduação em Enfermagem Fundamental). – Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

1. Violência 2. Saúde Ocupacional. 3. Hospital.
4. Trabalho. 5. Enfermagem.

CDD 331.893

FOLHA DE APROVAÇÃO

Eliene Simões Cezar

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade
de São Paulo para obtenção do título de Mestre.
Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador.
Programa: Enfermagem Fundamental.

Aprovado em: 14 /02 /2005

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Helena Palucci Marziale.

Instituição: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

Assinatura: _____

Profa. Dra. Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi

Instituição: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

Assinatura: _____

Profa. Dra. Maria Inês Monteiro

Instituição: Universidade Estadual de Campinas.

Assinatura: _____

Dedicatória

Ao meu marido **Renato**, pelo amor, carinho, paciência, colaboração e incentivo durante o meu aprimoramento profissional e por compartilhar os desafios e as alegrias.

À minha filha **Camila**, que tanto amo, pelo incentivo e compreensão nos momentos em que estive ausente durante essa conquista.

Aos meus pais, **Antonio e Elza**, pela dedicação, incentivo e por não medirem esforços para a minha educação pessoal e formação profissional. Obrigada pela minha existência, amo vocês.

À minha sogra **Maria Cândida**, pelo apoio e estímulo constante em minha vida profissional.

Ao **Luís e Zuleica**, que considero como segundos pais, por seu amor, dedicação e carinho.

Agradecimentos

A Deus,
fonte de inspiração, agradeço por me ter dado a vida, por toda
proteção e ajuda que me dispensou em todos os momentos
acompanhando-me com amor. Peço sua ajuda para que eu
possa servir o próximo com amor e dedicação por meio desta
profissão tão nobre e bela.

À Profª Drª Maria Helena Palucci Marziale, pelas valiosas
orientações, incentivo, competência, carinho, acolhimento,
dedicação e amizade. Não mediu esforços para a realização
desta pesquisa. Que Deus abençoe em todos os seus projetos
de vida.

**Às Profª Drª Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi, Profª Drª
Márcia Maria Fontão Zago, Profª Drª Maria Inês Monteiro,**
pelas contribuições no exame de qualificação e na pró-forma,
as quais enriqueceram e aprofundaram o meu estudo.

À Profª Drª Yolanda Dora Martinez Évora, coordenadora do
mestrado interinstitucional da EERP-USP. Agradeço pela oportunidade
de estar concluindo o mestrado nesta tão conceituada Universidade.

À Profª Drª Jacinta Ludovico Zamboti, do Departamento de
Estatística e Matemática Aplicada da Universidade Estadual
de Londrina, pela colaboração na análise estatística dos dados.

À Maria do Carmo Lourenço Haddad, pela amizade,
incentivo, apoio, e por ter conseguido o desafio de trazer o
mestrado da USP para Londrina, pois está sempre
preocupada com o crescimento profissional de cada um. Que
Deus derrame muitas bênçãos para que seu coração esteja
sempre cheio de alegria e repleto dessa força que a torna tão
querida e a faz tão respeitada. Essa conquista também é sua.

A Ir. Elvira Maria Perides Lawand, pela amizade, colaboração, compreensão, confiança, orações e estímulo constante. Graças ao seu conselho e apoio pude realizar com sucesso esta minha trajetória.
Que Deus e a Mãe de Deus continuem derramando muitas bênçãos por tudo que tem realizado.

À Gladys Hebe Turrissi Gonçalves e Bernadete Lopes, por me terem dado a oportunidade de fazer parte do corpo docente do curso de Enfermagem, pela colaboração, carinho e incentivo para mais esta conquista em minha vida. Vocês são grandes profissionais que têm contribuído muito para o meu aprimoramento profissional.

À Elizabett Hatada, pela dedicação, apoio e colaboração na busca das referências, nas dúvidas e na elaboração da ficha catalográfica. Obrigada pela disponibilidade de tempo, pois não havia dia nem hora, sempre estava pronta para me atender.
Que Deus a proteja e a Mãe de Deus a abençoe com muitas graças.

Ao Prof. Aluysio Favaro, pela prontidão e colaboração na revisão do texto.

À equipe do Centro de Educação Profissional “Mater Ter Admirabilis”, pela compreensão e colaboração no dia a dia de nosso trabalho, assim contribuindo para o meu aprimoramento profissional.

Aos amigos e colegas de turma. Jamais esquecerei os momentos de sala de aula, quantas lutas, alegrias, desafios e comemorações que compartilhamos juntos. Agradeço por esses momentos que proporcionaram a busca de novos conhecimentos e trocas de experiências.

À Janillê, Geisa e Leila, pela colaboração durante a realização desta pesquisa.

Ao José Olivari e Nice Reche Olivari, mais do que amigos, a Nice, a quem considero como minha irmã, que tem compartilhado minhas tristezas e alegrias. Obrigada por compreender pela minha ausência, principalmente nos finais de semana.

Aos familiares, docentes, amigos e todos aqueles que colaboraram e incentivaram esta minha realização profissional.

“A violência destrói o que ambiciona defender: a dignidade, a vida e a liberdade dos seres humanos. Por isso, torna-se indispensável promover uma grande obra educadora das consciências que forme a todos, sobretudo às novas gerações, para o bem, abrindo-lhes o horizonte do humanismo integral e solidário, com gestos de paz concretos nas famílias, nos lugares de trabalho, nas comunidades, no conjunto da vida civil, nas organizações sociais, nacionais e internacionais”.

João Paulo II

RESUMO

CEZAR, E. S. **Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da cidade de Londrina – Paraná, 2005.** 108 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2005.

A violência no trabalho tem se apresentado como um fator preocupante em muitos hospitais de todo o mundo. Este estudo teve como objetivo caracterizar os problemas de violência ocupacional, detectados pelos trabalhadores das equipes de enfermagem e médica do Serviço de Urgência Hospitalar. Trata-se de um estudo descritivo e transversal, com abordagem quantitativa dos dados. Foi realizado no Serviço de Urgência (SU) de um hospital geral da cidade de Londrina - Paraná. A população foi constituída de 47 trabalhadores, sendo 33 trabalhadores da equipe de enfermagem e 14 médicos. Os dados foram coletados por meio de entrevistas com os trabalhadores das equipes médica e de enfermagem utilizando-se um roteiro contendo perguntas abertas e fechadas; entrevistas com os gerentes dos serviços médicos e de enfermagem, por meio de aplicação do *workplace violence checklist* adaptado à realidade estudada e de consulta documental aos registros de violência contra os trabalhadores do hospital nos últimos setes anos e prontuários dos trabalhadores vitimados. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva. Dentre os trabalhadores da equipe de enfermagem 100% dos enfermeiros, 88,9% dos técnicos e 88,2% dos auxiliares de enfermagem referiram ter sido vítimas de atos de violência no trabalho, assim como 85,7% dos médicos, embora essas agressões não constem dos registros do hospital. As violências sofridas pelos trabalhadores do SU foram 95,2% na forma de agressão verbal, 33,3% por assédio moral e sexual. As violências sofridas pelos trabalhadores causaram sentimentos de tristeza, raiva, irritação, ansiedade e estresse. Os principais fatores de risco de violência ocupacional, evidenciados foram: desequilíbrio emocional dos pacientes (70,2%), falta de pessoal treinado para lidar com situações de violência (48,9%), sobrecarga de demanda de pacientes atendidos (46,8%). Em relação à segurança do ambiente de trabalho, os gerentes dos serviços médicos e de enfermagem consideraram que o SU oferece moderada segurança aos trabalhadores, constataram a ausência de alarmes e detectores de metais, e de vigias/guardas para manter segurança. Os resultados evidenciaram que apenas oito registros de violência ocupacional foram documentados em sete anos e que em 50% dos registros, os trabalhadores de saúde foram os acometidos por atos de violência, principalmente os auxiliares de enfermagem, que foram agredidos fisicamente por pacientes. Medidas preventivas para a violência ocupacional e educação permanente para todos os trabalhadores devem ser implementadas no serviço estudado visando à segurança no trabalho e à qualidade da assistência prestada.

Palavras-chaves: Violência. Saúde Ocupacional. Hospital. Trabalho.
Enfermagem.

ABSTRACT

CEZAR, E. S. **Occupational violence complications in a hospital urgency service in Londrina - Paraná**, 2005. 108 f. Dissertation (Master's Degree) – São Paulo University – Ribeirão Preto Nursing School. 2005.

Violence at the workplace has presented itself as a worrying factor amongst many hospitals around the world. The aim of this study was to characterize occupational violence complications noticed by medical and nursing teams workers in a hospital urgency service. It is a descriptive and transversal study with a quantitative data approach set at the urgency ward of a general hospital in Londrina-PR. The population was configured by 47 workers, 33 were from the nursing team and 14 were medical doctors. The data were gathered through interviews with the medical and nursing teams using a form with open and closed questions, interviews with the medical and nursing staff managers by the application of a *workplace violence checklist* adapted to this specific reality and review of violence registry suffered by the hospital staff in the last 7 years and their medical records. The information was analysed through descriptive statistic. Among the nursing team 100% of nurses, 88.9% of technicians and 88.2% of auxiliary nurses said that they had been victims of violence at the workplace. Likewise 85.7% of doctors said the same thing although not documented. The violence afflicted on these workers were 95.2% due to verbal assault and 33,3% due to moral and sexual. The violence suffered by the workers caused them sadness, anger, irritation, anxiety and stress. The main risk factors to occupational violence were: patients' emotional unbalance (70,2%), lack of staff prepared to deal with violent situations (48.9%) and patient overload (46.8%). Concerning safety at workplace, the manager of medical and nursing teams consider that the urgency service provides medium safety to workers and point to absence of alarms devices and metal detectors as well as security guards to keep safety. Results showed that only 8 occupational violence registries were documented throughout 7 years and 50% involved health workers that suffered violence, mainly auxiliary nurses that were physically injured by patients. Preventive measures to occupational violence and permanent education to all workers should be applied at the studied service in order to improve safety at the workplace and quality to the assistance given.

Key Words: Violence. Occupational health. Hospital. Work. Nursing.

RESUMEN

CEZAR, E. S. **Problemas de violencia ocupacional en un servicio de urgencia hospitalario de la ciudad de Londrina – Paraná**, 2005. 108 f. Disertación (Maestría) – Universidad de San Pablo – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto. 2005.

La violencia en el trabajo se está presentando como un factor preocupante en muchos hospitales de todo el mundo. Este estudio tuvo como objetivo caracterizar los problemas de violencia ocupacional, detectados por los trabajadores de los grupos de enfermería y médico del servicio de urgencia hospitalaria. Se trata de un estudio descriptivo, transversal con abordaje cuantitativo de los datos realizado en el Servicio de Urgencia (SU) de un hospital general de la ciudad de Londrina - Paraná. La población ha sido constituida por 47 trabajadores, siendo 33 del grupo de enfermería y 14 médicos. Los datos han sido recolectados por medio de entrevistas con los trabajadores de los grupos médicos y de enfermería utilizando un rotero con preguntas abiertas y cerradas; entrevistas con los gerentes de los servicios médico y de enfermería, por medio de aplicación del *workplace violence checklist* adaptado a la realidad estudiada y consulta documental a los registros de violencia contra los trabajadores del hospital en los últimos siete años y prontuarios de los trabajadores victimados. Los datos han sido analizados por medio de estadística descriptiva. De entre los trabajadores del grupo de enfermería un 100% de los enfermeros, un 88,9% de los técnicos y un 88,2% de los auxiliares de enfermería dijeron haber sido víctimas de actos de violencia del trabajo, así como un 85,7% de los médicos, a pesar de que esas agresiones no consten de los registros del hospital. La violencia sufrida por los trabajadores del SU han sido un 95,2% en la forma de agresión verbal, un 33,3% debido al acoso moral y sexual. Las violencias sufridas por los trabajadores causaron sentimientos de tristeza, rabia, irritación, ansiedad y estrés. Los principales factores de riesgo para la violencia ocupacional evidenciados fueron: desequilibrio emocional de los pacientes (70,2%), falta de personal habilitado para trabajar en situaciones de violencia (48,9%), sobrecarga de demanda de pacientes atendidos (46,8%). Con relación a la seguridad del ambiente de trabajo, los gerentes de los servicios médico y de enfermería consideraron que el SU ofrece moderada seguridad a los trabajadores, constataron la ausencia de alarmas y detectores de metales, vigías/guardias para mantener la seguridad. Los resultados evidenciaron que solamente ocho registros de violencia ocupacional han sido documentados en siete años y que en un 50% de los registros, los trabajadores de salud han sido los acometidos por actos de violencia, principalmente los auxiliares de enfermería, que han sido agredidos físicamente por pacientes. Medidas preventivas para la violencia ocupacional y educación permanente para todos los trabajadores deben ser implementadas en el servicio estudiado visando a la seguridad en el trabajo y a la calidad de la asistencia suministrada.

Palabras-claves: Violencia. Salud Ocupacional. Hospital. Trabajo. Enfermería.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos trabalhadores do Serviço de Urgência Hospitalar, quanto à categoria profissional, idade e relatos de violência sofrida nos últimos 12 meses. Londrina, 2004.....	43
Tabela 2 – Distribuição dos trabalhadores do Serviço de Urgência Hospitalar, segundo a ocorrência de violência e o gênero, nos últimos 12 meses. Londrina, 2004.....	45
Tabela 3 – Distribuição das respostas dos trabalhadores do Serviço de Urgência Hospitalar, segundo a categoria profissional e exemplos de violência identificadas no trabalho. Londrina, 2004.....	46
Tabela 4 – Distribuição das formas de violência sofrida pelos médicos do Serviço de Urgência Hospitalar. Londrina, 2004.....	48
Tabela 5 – Distribuição das formas de violência sofrida pela equipe de enfermagem do Serviço de Urgência Hospitalar. Londrina, 2004.....	49
Tabela 6 – Distribuição dos sujeitos agressores contra as equipes médica e de enfermagem do Serviço de Urgência Hospitalar. Londrina, 2004.....	52
Tabela 7 – Média e desvio padrão quanto à opinião dos trabalhadores em relação à segurança no ambiente do Serviço de Urgência Hospitalar. Londrina, 2004.....	54
Tabela 8 – Distribuição dos trabalhadores do Serviço de Urgência Hospitalar, segundo categoria profissional e a contribuição do ambiente físico para violência ocupacional. Londrina, 2004.....	55

Tabela 9 – Distribuição das conseqüências da violência para saúde dos médicos e equipe de enfermagem do Serviço de Urgência Hospitalar. Londrina, 2004.....	58
Tabela 10 – Distribuição dos fatores de risco no Serviço de Urgência Hospitalar, segundo a categoria profissional. Londrina, 2004.....	62
Tabela 11 – Distribuição dos trabalhadores do Serviço de Urgência Hospitalar, segundo a categoria profissional e à informação à chefia, quanto ao sofrimento provocado por alguma forma de violência ocupacional. Londrina, 2004.....	65
Tabela 12 – Distribuição dos trabalhadores do Serviço de Urgência Hospitalar, segundo a categoria profissional e à importância do registro da forma de violência no local de trabalho. Londrina, 2004.....	67
Tabela 13 – Distribuição dos trabalhadores do Serviço de Urgência Hospitalar, segundo a categoria profissional e com informação sobre treinamento e orientação para controlar conflitos entre pacientes. Londrina, 2004.....	69
Tabela 14 – Distribuição dos trabalhadores do Serviço de Urgência Hospitalar, segundo a categoria profissional e sobre a informação que se dá à chefia sobre os perigos por falta de segurança, sobre ameaças, no local de trabalho e sobre o temor de represálias. Londrina, 2004.....	71
Tabela 15 – Distribuição dos trabalhadores do Serviço de Urgência Hospitalar, por categoria profissional e quanto à segurança no trajeto para o trabalho. Londrina, 2004.....	72

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	17
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
3.1 Considerações sobre o fenômeno violência na sociedade.....	20
3.2 Tipos de violência.....	26
3.3 Violência ocupacional	28
3.4 Violência no setor saúde.....	32
4. MATERIAL E MÉTODOS.....	37
Delineamento de estudo.....	38
Local de estudo	38
População de estudo.....	38
Aspectos éticos da pesquisa.....	38
Procedimentos	38
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	41
5.1 Informações emitidas pelos trabalhadores das equipes médica e de enfermagem sobre atos de violência, por eles sofridos, no serviço de urgência.....	42
5.2 Informações emitidas pelas gerências dos serviços médico e de enfermagem sobre os problemas de violência no local de trabalho.....	76
5.3 Registros de incidentes de violência ocorridos no hospital.....	78
6 CONCLUSÕES	81
REFERÊNCIAS.....	88
APÊNDICES.....	96
ANEXOS.....	104

1 Introdução

1. INTRODUÇÃO

Em nossa prática profissional como enfermeira e coordenadora do curso de especialização em Medicina e Enfermagem do Trabalho, tivemos oportunidade de vivenciar vários episódios de violência no trabalho, fato que nos levou a buscar novos conhecimentos visando compreender o motivo pelos quais acontecem os atos violentos e quais as possibilidades para preveni-los. A opção pelo estudo sobre violência em serviço de urgência deu-se pelo fato de percebermos que vários trabalhadores da equipe médica e enfermagem, ora atores, ora vítimas de atos violentos os estão reproduzindo e perpetuando. Vários fatores podem interferir na violência ocupacional tais como: aspectos individuais dos trabalhadores (personalidade, formação); aspectos relacionados ao próprio ambiente de trabalho (estratégia organizacional, recursos humanos e materiais, sistema de comunicação); além de aspectos ligados à clientela atendida (condições sociais).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS):

Violência é o uso intencional da força física ou do poder, real ou por ameaça, contra a própria pessoa, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade que pode resultar em ou tem alta probabilidade de resultar em morte, lesão, dano psicológico, alterações do desenvolvimento ou de privação (OMS, 2002, p.3).

A violência ocupacional está constituída por incidentes nos quais os trabalhadores sofrem abusos, ameaças ou ataques em circunstâncias relacionadas com o seu trabalho, incluindo o trajeto de ida e volta, que colocam em perigo, implícita ou explicitamente, sua segurança, seu bem estar ou sua saúde (OMS, 2002).

Embasados no referido conceito identificamos empiricamente algumas situações reais do cotidiano hospitalar que demonstram atos de violência e, em consequência, mobilizam reações impulsivas que aumentam o nível de estresse e comprometem o atendimento humanizado, preconizado nos dias atuais. Buscando a compreensão e o entendimento das situações observadas, esta pesquisa pretendeu corporificar o olhar científico sobre o problema identificado e buscar respostas para os seguintes questionamentos:

- Quais situações de violência ocupacional são enfrentadas pelos trabalhadores do serviço de urgência hospitalar?
- Quais as estratégias que a instituição hospitalar possui para controlar as situações de violência e possibilitar um ambiente seguro de trabalho?

O estudo supõe que, embora a violência ocupacional é evidente nos serviços de urgência prestador a indivíduos em situações críticas (toxicômanos, alcoólatras, vítimas de acidentes de trânsito, vítimas de acidentes por arma branca e/ou arma de fogo, pessoas com algias, em situações de estresse, entre outros), esses locais não estão equipados de forma a oferecer segurança aos seus trabalhadores. Assim, por meio deste estudo investigamos a situação vivenciada pelos trabalhadores da equipe médica e de enfermagem no serviço de urgência hospitalar.

2 Objetivos

2. OBJETIVOS

- Caracterizar os problemas de violência ocupacional, detectados pelos trabalhadores das equipes de enfermagem e médica do serviço de urgência hospitalar.

- Levantar os problemas de violência no serviço de urgência hospitalar, identificados pela gerência das equipes de enfermagem e médica.

- Levantar os registros de incidentes de violência ocorridos com os trabalhadores do hospital no período de janeiro de 1998 a outubro de 2004.

3 Referencial Teórico

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Considerações sobre o fenômeno violência na sociedade

A humanidade vem passando por transformações profundas em toda a abrangência de seus diferentes setores. A violência, porém, permeia os contextos, desenvolvendo-se cada vez mais, gradativa e silenciosamente, e constituindo-se em um fator que ameaça a própria condição humana do ser.

Desde 1994, a Organização Panamericana de Saúde (OPS) trata esse fenômeno no contexto da saúde bem como suas conseqüências na sociedade e reconhece que é um problema e um desafio para a saúde pública (COSTA, 2002).

Em 1993, quatro milhões de mortes no mundo (8% do total) ocorreram por agressões físicas; destas mortes violentas três milhões ocorreram em países em desenvolvimento. Em muitos países a violência é uma das principais causas de morte na população com idade entre 15 e 34 anos, sendo aproximadamente 14% na população masculina e 7%, na feminina (CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA, 1999).

Nos Estados Unidos, a cada 18 minutos uma mulher é vítima de espancamento e golpes e a cada 6 minutos é violentada. Nos países em desenvolvimento, entre um terço e mais da metade das mulheres são espancadas ou sofrem agressão física por parte de seus parceiros. No Peru, 70% dos delitos comunicados referem-se a mulheres maltratadas por seus esposos. No Caribe, uma de cada três mulheres é violentada sexualmente na infância (CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA, 1999).

Campos (2003) relata que nos Estados Unidos, os homicídios, no período de 1980 a 1989, foram a segunda causa de mortes no trabalho, perdendo apenas para os acidentes de trânsito. Entre 1992 e 1998, uma em cada seis mortes relacionadas ao trabalho foi o homicídio.

“A violência atravessa a história variando quanto aos seus autores e vítimas. Ela não é uma característica específica da nossa época, mas nas últimas décadas tornou-se uma das principais causas de morte em nossa sociedade” (CAMPOS, 2003, p.1642).

A mídia explora a face sensacionalista dos atos de violência como o atentado de 11 de setembro de 2001, em Nova York, que resultou em 2.886 mortes de trabalhadores e o atentado terrorista de Madri, quando morreram 200 pessoas e 1.500 ficaram feridas, (U.S. DEPARTMENT OF LABOR, 2004).

Para Klintowitz (2004), o terror é o pecado original do século XXI, pela complexidade dos ataques terroristas, pela ousadia dos atacantes, pela facilidade com que cometem suas ações e pelo crescente poderio das armas utilizadas.

Cientistas sociais, buscando estabelecer a diferença entre terrorismo e outras formas de violência política, apresentam como resposta um conceito que não se preocupa com a criminalidade do ato e sim com o fato da vítima da violência terrorista ser quase sempre o civil. O terrorismo não é uma doutrina, uma religião, uma plataforma política; é uma violência que pode ser usada por seitas religiosas ou por qualquer outro grupo e caracteriza-se pela crueldade cometida contra civis indefesos (KLINTOWITZ, 2004).

Segundo Silva Filho (2004), o Brasil tem, por causa da violência, um custo estimado em trezentos milhões de reais por dia, valor superior ao enviado à reforma da Previdência. No entanto, não é contabilizado o sofrimento físico e psicológico das

vítimas da violência brasileira, uma das mais dramáticas do mundo. O referido autor destaca que, com 3% da população mundial, o Brasil concentra 9% dos homicídios cometidos no planeta. Na década passada, os homicídios cresceram 29% e entre os jovens o crescimento foi de 48%. As mortes violentas de jovens no Brasil são 88 vezes mais do que na França.

O crescimento do número de homicídios praticados com arma de fogo é um dos graves problemas do Brasil. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), os brasileiros correm quatro vezes mais risco de morrer por arma de fogo do que a média dos demais países. A cada 7 horas, uma pessoa é vítima de acidentes com arma de fogo no Brasil. Em 2002, cerca de 40 mil pessoas foram vitimadas por armas (SECRETARIA DE COMUNICAÇÃO DE GOVERNO E GESTÃO ESTRATÉGICA DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2003).

No Brasil, os acidentes e violência configuram um problema de Saúde Pública com forte impacto na morbidade e mortalidade da população (BRASIL, 2000).

Para OMS, as causas externas constituem importante causa de morte nas populações jovens e a expressão causas externas é usada, no caso da mortalidade, para os homicídios, os suicídios e os acidentes; e no caso de morbidade, para todas as formas de lesões, para os traumas e envenenamentos provocados por agressões, as negligências, os acidentes como quedas, as violações e sufocações (IWAKURA, 2002).

Em nosso país, dos 150 óbitos entre pessoas de 20 a 29 anos ocorridos em 2002, 93 mortes (62%) foram por causas externas. Destes, 59 óbitos (63,4%) foram por agressões (IWAKURA, 2002).

A causa externa específica que mais cresceu nos últimos anos foram os homicídios. No Brasil, em 1998, 65,8% dos homicídios de jovens envolveram armas de fogo. A elevação das taxas de homicídios, lesões e traumas estão relacionados aos fatores, nos quais, os jovens estão freqüentemente envolvidos, como o crescente uso de armas de fogo pela população civil, que se arma para uma suposta proteção, contra gangues formadas por jovens e da criminalidade organizada, muitas vezes relacionada ao tráfico de drogas (IWAKURA, 2002).

Para Costa (2002), a violência é a segunda causa de óbitos, perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório. Nessas violências estão incluídas todas as formas como os casos de homicídios, acidentes de trânsito, quedas, afogamento e violência sexual. Nos grandes centros urbanos 49,9% das ocorrências violentas relacionam-se aos casos de homicídios e 24% correspondem aos acidentes de trânsito, que atingem as crianças menores de 10 anos e os idosos acima de 60 anos. As quedas e afogamentos têm como vítimas mais freqüentes as crianças. Nem todos os casos de violência resultam em morte, pois há um grande número de vítimas que sofrem abuso sexual, danos físicos, morais e psíquicos.

Silva Filho (2004) destaca que os pontos críticos de violência estão principalmente nas grandes cidades e em áreas metropolitanas. As carências das populações de baixa renda, localizadas nas periferias das grandes cidades, especialmente os jovens, suscetíveis de escolher vias ilegais como forma de sobrevivência ou adaptação às pressões sociais, compõem o leque de fatores que alimentam o crescente índice de violência, tais como a falta de escolaridade, a oferta reduzida de empregos, a fome, o precário acesso aos serviços de saúde, enfim, numerosos fatores psicológicos, sociais, culturais, econômicos e políticos influem para a ocorrência desse fenômeno.

O Brasil está na 5ª posição no *ranking* de 38 países, com ocorrência de 26,4 mortes para cada grupo de 100.000 habitantes e em relação aos assassinatos de jovens, o país ocupa a 3ª posição, atrás apenas da Colômbia e Venezuela (O TRISTE..., 2000).

Mello Jorge (2004) analisou as características dos pacientes internados nos hospitais brasileiros e afirmou que do total de internações do ano de 2000, cerca de 7,7% teve como causa de hospitalização uma lesão decorrente de algum acidente/violência. Em número absoluto as internações corresponderam a 700 mil.

O crescimento da violência no país mostra o agravamento nas relações sociais, devido ao aumento das desigualdades, ao efeito do crescente desemprego, à falta de perspectiva do mercado de trabalho, ao aumento do contrabando de armas, ao número de armas da população civil, à organização do crime, à impunidade e à ausência ou omissão das políticas públicas. A violência tornou-se um indicador negativo para a qualidade de vida, tanto nas regiões rurais, quanto nas urbanas. Não é possível considerar que os atos violentos e suas vítimas acontecem por problemas psicopatológicos, embora algumas pessoas os apresentem. É um problema social e pode ser combatido por projetos de sociedade que envolvam todos, ensejando boa qualidade de vida (MINAYO, 2000).

Em julho de 2004, o governo federal iniciou a campanha do desarmamento, com objetivo de contribuir para o combate ao crime em nosso país, dificultando o acesso e porte de armas de fogo.

Esta campanha recolheu 248.713 armas em seis meses, número superior à meta inicial de 80 mil (RODRIGUES, 2004).

"A violência é um dos grandes problemas de saúde e o desarmamento pode contribuir para mudar o cenário. Grande parte das mortes decorre de motivos

banais. A ausência da arma pode evitar o assassinato ou a seqüela" (BARBOSA, 2004, p.1).

Hoje a sociedade é muito mais leiga, secular e crítica. Existe mais inconformidade com o desemprego a falta de oportunidade, com as fortes desigualdades sociais e a insegurança, sobretudo em relação à população mais jovem. A grande vítima da violência é a juventude pobre das periferias das grandes cidades (MINAYO, 2002, p.18).

Minayo (2002) menciona o diferencial do olhar da saúde pública com referência à violência, considerando que a área da saúde desempenha alguns papéis fundamentais. Essa área tem a visão intersetorial dos problemas porque a saúde é a resultante das condições sociais, ambientais e econômicas. Tem, portanto, uma cultura de pensar e de agir intersetorialmente. O seu olhar sobre a violência é completamente diferente daquele do setor de Segurança Pública. A área da saúde tem uma filosofia de promoção da saúde e da qualidade de vida; na sua cultura de prevenção tem uma proposta que é muito mais a favor das pessoas, do que de punição. A idéia do setor de Segurança Pública, mesmo considerando-se a segurança preventiva, é de criminalizar o agressor. O setor saúde trabalha na perspectiva de que ambos devem ser tratados, para que a violência seja vencida, apresentando uma visão humanística e uma compreensão mais abrangente do fenômeno da violência.

Eastman (2002, p.13) recomenda as ações para reduzir e eliminar a violência:

- Criar, aplicar e fiscalizar um plano nacional de ação para prevenir a violência;
- Aumentar a capacidade de compilar dados sobre violência;
- Definir as prioridades e apoiar a investigação das causas, conseqüências, custos e prevenção da violência;
- Promover respostas de prevenção primária;
- Reforçar as respostas às vítimas da violência;
- Integrar a prevenção da violência nas políticas sócioeducativas e promover, assim, a igualdade social e entre os sexos;

- Incrementar a colaboração e o intercâmbio de informação sobre a prevenção da violência;
- Promover e fiscalizar o cumprimento dos tratados internacionais, da legislação e de outros mecanismos de proteção dos direitos humanos;
- Procurar respostas práticas e de consenso, em nível internacional, ao tráfico mundial de drogas e de armas.

Refletindo sobre as possíveis causas que permeiam o contexto da violência em nosso país, desde sua colonização, caracterizado pela exploração ambiental, erradicação da autonomia de princípios, segregação racial e interesses escusos de algumas pessoas detentoras do poder, o país preserva ainda a essência afetiva e solidária e tenta combater tais fatores de violência.

3.2 Tipos de violência

A OMS (2002, p.4) classifica os comportamentos violentos em categorias:

A Violência interpessoal é composta pelos atos violentos cometidos por um indivíduo ou um pequeno grupo de indivíduos, que compreende a violência contra a criança, o casal, os idosos, a violência em meios institucionais como nas escolas, locais de trabalho, nos lares e centro penitenciários. A violência interpessoal cobre um amplo leque de atos de comportamentos que vão desde a violência física, sexual, psíquica até as privações e abandono.

A violência auto inflingida compreende os suicídios e as lesões que causam morte ou incapacidade. No ano de 2000 suicidaram-se no mundo 815 000 pessoas, colocando este tipo de problema em décima terceira causa de morte. Na população entre a idade de 15 a 44 anos, as lesões auto inflingidas constituem a quarta causa de morte e a sexta de má saúde e incapacidade. Como fatores de risco incluem os que fazem abuso do álcool e drogas, antecedentes de abusos físicos ou sexuais na infância, isolamento social, alterações psiquiátricas como a depressão e outros problemas emocionais. As taxas de suicídio associam-se aos diferentes aspectos, como: recessões econômicas, elevados níveis de desemprego, desintegração social, instabilidade política e colapso social.

A violência coletiva ocorre quando grupos de indivíduos adotam atos violentos com a finalidade de conseguir objetivos políticos, econômicos ou sociais, tendo como exemplo as violações dos direitos humanos, repressão, terrorismo e crime organizado. São considerados fatores de risco a ausência de processos democráticos, a desigualdade de acesso ao poder, as desigualdades sociais e as rápidas mudanças demográficas que ultrapassam a capacidade do Estado em oferecer oportunidades de trabalho (OMS, 2002, p. 4).

As diretrizes estabelecidas pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pelo Conselho Internacional de

Enfermeiras (CIE) e pela Internacional de Serviços Públicos (ISP) podem ser caracterizadas como:

Violência física que é o uso de força física contra outra pessoa, que produz danos físicos, sexuais ou psicológicos. Incluem chutes, tapas, agressão com o uso de objetos ou arma, esbofetão, punhaladas, tiros, empurrões, aperto contra a parede, mordida, cuspe, beliscões.

Violência psicológica ou moral é qualquer conduta abusiva como comportamento, gestos, palavras, omissões, silêncio, pressões emocionais, atos que atende por repetição, causando dano à personalidade, à dignidade psíquica ou física, ameaçando o seu emprego ou degradando o ambiente de trabalho (OIT; OMS, 2002, p.3).

Diferentes autores definem de várias maneiras o assédio moral ou violência psicológica que também é chamada de *mobbing e bullying*.

Mobbing é associação de um grupo de pessoas para a exposição do trabalhador ao assédio psicológico, através de críticas ou comentários negativos, maus tratos, humilhação. *Bullying* são comportamentos vingativos, cruéis, atos humilhantes que têm como objetivo desestabilizar uma pessoa, ameaçando seu emprego ou degradando o clima de trabalho (CAMPOS, 2003).

Segundo a OIT, as violências físicas e psicológicas muitas vezes se sobrepõem, na prática, dificultando a categorização de suas diferentes formas. Os termos freqüentemente relacionados com a violência são descritos a seguir:

Agressão/ ataque – comportamento intencional em machucar fisicamente outra pessoa, inclusive atentada ao pudor.

Agressões verbais – são aquelas que muitas vezes resultam em humilhação e indicam falta de respeito com a dignidade do indivíduo. Temos como exemplos: insulto, ofensas, uso de tom de voz agressivo e alto, desvio de função, desmoralização pública, ignorância quanto à presença do trabalhador e sugestão para que o trabalhador peça demissão.

Abuso – comportamento que humilha, degrada ou indica uma forma de falta de respeito pela dignidade e valor da outra pessoa.

Intimidação – comportamento ofensivo e repetido, com intenção vingativa, cruel e malicioso de humilhar.

Discriminação – conduta não correspondida, nem desejada que se baseia na idade, incapacidade, circunstância de soro positivo de HIV, circunstâncias familiares, sexo, orientação sexual, gênero, raça, cor, idioma, religião, opinião política de origem nacional e social, associação com minoria, propriedade, nascimento ou outra condição que afeta a dignidade de homens e mulheres no trabalho.

Assédio sexual – é o constrangimento que tem o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual. Considerada uma conduta indesejada de caráter

sexual que resulta em ofensa à pessoa, que se sente ameaçada, humilhada e envergonhada.

Ameaça – uso prometido da força física ou poder (força psicológica) resultando em medo de danos físicos, sexuais, psicológicos e outras consequências negativas.

Vítimas – qualquer pessoa que sofre o ato de violência dos comportamentos violentos descritos anteriormente.

Autor – pessoa que comete o ato de violência e que induz o comportamento violento (OIT; OMS, 2002, p.4).

Alguns exemplos de violência no trabalho evidenciados na literatura são :

homicídio, estupro, roubo, agressões físicas, chutes, socos, arranhões, cuspe, beliscões, assédio sexual e racial, provocações (*bullying*), perseguições por grupos (*mobbing*), intimidação, ostracismo, mensagens agressivas, posturas agressivas, gestos rudes, interferência no trabalho, ferramenta ou equipamento, comportamento hostil, gritos, silêncio deliberado e outros (DI MARTINO apud CAMPOS, 2003, p.1646).

3.3 Violência ocupacional

A violência tem sido observada e analisada como uma problemática nos ambientes de trabalho, evidenciando-se alguns mais que outros e gerando diferentes tipos de comportamentos violentos.

Outra forma mais comum refere-se aos atos violentos contra os trabalhadores (agressão verbal, agressão física, coerção, intimidação e outras formas de acoso psicológico) que criam um ambiente hostil de trabalho, trazendo como consequências efeitos físicos e psíquicos.

A violência está gradualmente atingindo as empresas que lidam com mercadorias de elevado valor, incidindo sobre os taxistas, o pessoal de serviços sanitários (hospitais), os docentes ou os que trabalham sozinhos e em turnos noturnos. Novos alvos surgiram, tais como os bombeiros, médicos, pessoal da enfermagem, trabalhadores de ambulância, trabalhadores de restaurantes e bares,

porque estão freqüentemente em situações de risco (AGÊNCIA EUROPÉIA PARA SEGURANÇA E A SAÚDE NO TRABALHO, 2002).

Nos Estados Unidos são registrados cerca de 20 assassinatos de trabalhadores por semana e cerca de um milhão de assaltos por ano (CIVIL, 2003). O acoso psicológico causa altos níveis de estresse e diferentes enfermidades; calcula-se que nos EUA, um em cada cinco trabalhadores experimenta, a cada ano esse problema. Uma outra forma de violência ocupacional é apresentada por meio de agressões e acoso (perseguição sexual) no ambiente de trabalho, que atinge trabalhadores de ambos os sexos. Em países como a Argentina, Bolívia, Costa Rica as mulheres é que sofrem maiores violências desta natureza (OIT, 1998).

Há ainda a violência ocupacional envolvendo crianças que trabalham, muitas vezes em locais de alto risco para suas vidas e em condições de abuso e exploração. É calculado que em países da América Latina e Caribe, 17,4 milhões de crianças trabalham mais de 45 horas semanais sendo expostas aos perigos físicos, psicológicos e sociais e às formas de explorações intoleráveis, como trabalho escravo e abuso sexual. Em vários países, crianças trabalham no tráfico de drogas e em redes de crimes organizados (OPS; OMS, 2003).

A globalização, que se iniciou na metade do século passado, é considerado um processo de integração da economia mundial, está agravando a exploração do trabalho escravo. Com a abolição de fronteiras, as empresas passam a investir em países onde o trabalho é mais barato, forçando os produtores a reduzir custos. Assim sendo, o produtor diminui o preço da mão-de-obra, indo a regiões afastadas para que o uso de trabalho análogo à escravidão não seja visto e punido. Enquanto isso, os países industrializados estão impondo mais barreiras para a

migração legal, mesmo sabendo que há grande demanda por serviços para os potenciais migrantes (GLOBALIZAÇÃO, 2004).

O trabalho escravo é considerado aquele que a pessoa, na relação de trabalho, fica submetida ou é forçada a condições ilegais de domínio do empregador, sendo esta conduta considerada crime. Também há punição para outros tipos de condutas como expor pessoas a perigo de vida, durante o transporte e desrespeitar, mediante fraude ou violência, o direito assegurado pela legislação do trabalho (TRABALHO..., 2004). As vítimas de trabalho escravo são compostas por homens jovens, desempregados e analfabetos que fogem da fome e da miséria com esperança de encontrar melhores condições de trabalho e possibilidade de ganho.

Apesar da maioria dos estudos e investigações no Brasil referirem a casos de trabalho escravo na zona rural, essa prática também ocorre nos centros urbanos, atingindo principalmente os estrangeiros (FIGUEIRA; MARQUES, 2000).

Segundo a Conferência Internacional do Trabalho (2001), o trabalho forçado concentra-se em determinados setores. O governo do Brasil está entre aqueles que têm levado a sério este problema, prestando muita atenção às denúncias do trabalho forçado.

Figueira e Marques (2000) referem que a medida de maior impacto no combate ao trabalho escravo são as ações desenvolvidas pelo Grupo Especial de Fiscalização Móvel do Ministério do Trabalho, que iniciou suas atividades em 1995 e até o primeiro semestre de 2000 relatou ter libertado 1.834 trabalhadores.

Rodrigues (2004 apud TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO, 2004, p.1) descreveu sua experiência e diz que o trabalho infantil é o elo inicial na cadeia da escravidão, e que o trabalho escravo no campo teve origem na abertura das fronteiras agrícolas do país, principalmente na área da Amazônia e Centro-

oeste, local em que se instalaram grandes latifúndios, derrubando as matas e formando fazendas, a custo de mão-de-obra escrava, originando também a degradação ambiental do território indígena. O trabalho escravo pode estar ligado ao crime organizado como plantação de maconha, degradação de rios, desmatamentos desenfreados, trabalho infantil e prostituição. O trabalhador sente-se escravizado e acredita estar endividado com o patrão pela aquisição de alimentos e sobrevivência.

Em levantamento da produção intelectual brasileira na área específica da saúde sobre acidentes e violência no trabalho, Souza et al. (2003) descrevem que as principais temáticas e tendências das publicações analisadas representavam os processos produtivos e as repercussões sobre a saúde; as formas de violência e os riscos de acidentes; a análise crítica dos dados de morbidade relacionados ao trabalho, sobretudo, focando as imprecisões e interesses contidos nas classificações de doenças profissionais e o uso da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), como fonte e suas limitações quantitativas e qualitativas, a ocorrência de acidentes e exposição aos riscos referentes a diversas categorias de trabalhadores inclusive a do setor saúde.

Os referidos autores explicam que a análise dos perfis de mortalidade e de morbidade, focalizando lesões e traumas, as abordagens sobre o papel do Estado diante das mudanças no mundo do trabalho e as conseqüências da desregulamentação e da informalidade em relação à violência e aos acidentes também foram objeto das pesquisas publicadas na década de 90.

Souza et al. (2003) ressaltam que várias publicações trataram da exposição dos trabalhadores da saúde à violência e aos riscos de acidentes por jornadas prolongadas ou por atividades estressantes, física e emocional.

A Política Nacional de Redução da Morbi-Mortalidade por Acidentes e Violências estabelece diretrizes como: a promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; a monitorização da ocorrência de acidentes e de violências; a sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; a assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e violências, a estruturação do atendimento voltado para recuperação e reabilitação; a capacitação de recursos humanos; e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (MELLO JORGE, 2004).

Há necessidade de uma articulação intersetorial cabendo especificamente aos gestores federais, estaduais e municipais, o engajamento de toda a sociedade, a qual deverá ser mobilizada, sobretudo, por intermédio dos diferentes segmentos sociais que as representam, estabelecendo compromissos mútuos que resultem em medidas concretas e adoção de hábitos saudáveis (MELLO JORGE, 2004).

3.4 Violência no setor saúde

A violência no Brasil tornou-se significativa pelo impacto que provoca no setor da saúde, afetando a qualidade de vida das pessoas, pelas lesões físicas, psíquicas, espirituais e morais que acarreta e pelas exigências da atenção e cuidados dos serviços médicos e hospitalares. É um problema da intersetorialidade na qual o campo médico-social se integra e, portanto, ao aceitar atender as vítimas da violência, também deve colaborar na elaboração de estratégias de prevenção e superação dos problemas, interagindo com outras instituições e sociedade civil (MINAYO, 2000).

Moreno e Klijn (2003) referem que, segundo alguns estudos, os trabalhadores com maior risco de atos violentos são os que desempenham atividades no setor da saúde, especialmente, na área hospitalar.

As condições de trabalho específicas do setor saúde predispõem as enfermeiras e o pessoal da saúde aos maiores riscos de violência, devido à deficiência de medidas de segurança nas instalações de saúde, às intervenções que exigem um contato físico próximo, ao trabalho por turnos, incluindo os deslocamentos noturnos de ida e volta ao trabalho, aos locais de trabalho facilmente acessíveis com pouca ou nenhuma privacidade e ao ônus de trabalho exigente que ocorre com frequência em meios emotivamente tensos (CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA, 2000).

Portanto, a violência está presente no setor saúde, especialmente no ambiente hospitalar e nos serviços de emergência e urgência.

Os fatores de risco para violência variam entre os hospitais porque dependem do local, tamanho e tipo de atividades desenvolvidas. Fatores comuns para violência no hospital incluem o atendimento de pessoas dependentes do uso de álcool, drogas, psicotícos, escassez de pessoal, salas de espera superlotadas, segurança inadequada, transportes de pacientes, quartos e corredores superlotados e pobremente iluminados (NIOSH, 2002).

Evidências comprovam que a maior incidência dos delitos de violência corresponde aos trabalhadores de ambulâncias, enfermeiros e médicos que atuam em atendimento pré-hospitalar. Os grandes hospitais de zonas residenciais, densamente povoados ou com alto índice de criminalidade, bem como os que se localizam em lugares isolados são particularmente vulneráveis (DI MARTINO, 2002).

As conseqüências individuais desta violência podem ir desde a desmotivação, diminuição na qualidade dos serviços de saúde, estresse, medo, fobias e perturbações do sono até o impacto na organização afetando a qualidade no serviço de saúde, a redução da produtividade, a deterioração nas relações interpessoais, colaborando para o aumento do absenteísmo.

Ferrinho et al. (2003) desenvolveram um estudo com o objetivo de caracterizar o problema da violência e seus tipos mais freqüentes, sofridas pelos profissionais de saúde no local de trabalho. Entrevistaram 277 trabalhadores de dois hospitais e 221 de cinco centros de saúde de Portugal e analisaram documentos institucionais. Constataram que a violência verbal é mais freqüente contra as enfermeiras e pessoal administrativo dos centros de saúde e a violência física apresentou maior freqüência contra as enfermeiras dos hospitais e dos centros de saúde. Os trabalhadores administrativos que sofreram maior violência verbal são os que atendem a recepção dos centros de saúde e Serviço de Emergência do hospital. Foram analisados 22 relatórios oficiais de cinco centros de saúde e dois hospitais e as vítimas de violência informaram todos os incidentes por escrito. A maioria relatou ter sofrido violência verbal, igualmente distribuída contra enfermeiros, médicos e outros profissionais. A maioria das violências ocorridas no hospital foram informadas por enfermeiras e as ocorridas nos centros de saúde foram informadas por médicos.

Os referidos autores concluíram que a violência é freqüente e pouco registrada por relatórios e sugerem que as instituições adotem diretrizes para controlar e minimizar a gama de problemas encontrados nos locais de trabalho.

Moreno (2004) realizou uma pesquisa em Campinas, com o objetivo de conhecer a prevalência da violência no ambiente de trabalho, a avaliação da capacidade para o trabalho e a possível associação entre estas variáveis.

Entrevistou 269 trabalhadores de enfermagem (enfermeiros, auxiliares e técnicos em enfermagem) de cinco centros de saúde e de um hospital geral. Constatou que havia associação estatística significativa entre as variáveis violência e capacidade para o trabalho, em que os trabalhadores de enfermagem que sofreram violência, apresentaram índice de capacidade para o trabalho, em média, dois pontos menor, em relação aos que não foram vítimas. Este trabalho é um dos pioneiros sobre o tema, no Brasil.

No estudo realizado por Sanz e Suazo (2002), os autores consideraram um desafio pesquisar a violência como fenômeno, especialmente pelo impacto que provoca nos profissionais de enfermagem, por constituírem-se em um grupo de trabalhadores do sexo feminino e pelos inúmeros fatores de riscos a que são submetidos, como também os estudantes de enfermagem, no contexto hospitalar. As situações de violência a que se expõem as enfermeiras são variadas e similares às sofridas pelos estudantes de enfermagem, que se encontram em situação de aprendizagem e com menor poder do que os profissionais.

Portanto, como educadores da área da saúde os docentes devem despertar a percepção dos discentes para a identificação das formas de violências e levá-los ao conhecimento de diretrizes para sua prevenção, conscientizando-os do seu papel na superação dos problemas.

Pesquisas mostraram que na Austrália mais de 40% das enfermeiras são vítimas de atos violentos que lhes causaram danos físicos como contusões, edemas, marcas de unhas, mordidas e alguns casos de fraturas ósseas (SURVEY..., 2002).

Ainda neste país são ministrados cursos com o objetivo de ensinar as enfermeiras a usar seus instintos para lidar com a violência nos locais de trabalho. Também foi estruturado um curso especificamente para as enfermeiras que atuam

nos serviços de emergência, em decorrência dos atos violentos que ocorrem neste setor (SCULLY, 2001).

Marziale (2004a) refere que, diante do expressivo número de trabalhadores do setor saúde que são atingidos pela violência, foi estabelecido um programa conjunto de diretrizes traçadas pela OIT, OMS, o Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE) e Internacional de Serviços Públicos (ISP) com o propósito de ajudar estes profissionais a combater o medo, a humilhação, as agressões e, inclusive, os homicídios em seus locais de trabalho.

A OIT e a OMS (2002) estabelecem diretrizes para minimizar e prevenir a violência nos serviços de saúde, recomendando a realização de análise das informações disponíveis de documentos sobre os incidentes, rotatividade de pessoal, absenteísmo, informações sobre o estilo de direção administrativa, realização de inspeções periódicas no local de trabalho para identificação dos riscos a que os trabalhadores estão expostos, treinamento dos trabalhadores capacitando-os a detectar e evitar situações de risco ou a adotar procedimentos adequados frente à violência. Solicitam, também, que se facilitem sistemas adequados de informações para coleta de dados sobre a violência a fim de se adquirirem dados fidedignos para elaboração, implantação e supervisão de programas e outros serviços para proteger as famílias em risco de violência e reduzir o estresse dos trabalhadores da saúde. Um outro aspecto interessante das diretrizes é a recomendação para haver incorporação, nos planos de cursos dos estudantes de medicina e de enfermagem, de um módulo sobre prevenção à violência.

4 Material e Métodos

4. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa dos dados.

Local: Serviço de Urgência de um hospital geral, de 206 leitos da cidade de Londrina - Paraná. Este hospital destina mais de 60% de sua capacidade de atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

População de estudo: Constituída por 33 trabalhadores da equipe de enfermagem pertencentes às categorias: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, correspondente à população de 100% dos trabalhadores de enfermagem lotados no serviço e também por 14 médicos, 56% em relação à população alvo de 25 médicos, os quais trabalharam no serviço de urgência hospitalar, entre 20 de outubro e 5 de novembro de 2004, período estabelecido para a coleta dos dados.

Aspectos éticos da pesquisa: O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Bioética em Pesquisa do hospital em estudo (ANEXO A), uma vez que atendeu as orientações da Resolução 196/96 (BRASIL, 1996), que normatiza as questões éticas em pesquisas com seres humanos no Brasil. Os trabalhadores consentiram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

Procedimentos:

Os dados foram coletados por meio das etapas descritas a seguir:

Primeira etapa – realização da entrevista com os trabalhadores das equipes médica e de enfermagem com a finalidade de identificar os problemas de violência ocupacional vivenciado por eles. Utilizamos um roteiro, elaborado por nós,

para coleta de dados (APÊNDICE B) contendo perguntas abertas e fechadas, relativas à caracterização dos trabalhadores, identificação dos fatores de riscos, formas de violência sofrida e medidas de controle utilizadas para combater as situações de violência ocupacional. Elaboramos o referido roteiro de coleta de dados e encaminhamos para três especialistas, pesquisadores na área da Saúde do Trabalhador para avaliação quanto a sua clareza, objetividade e conteúdo. Acatadas as sugestões emitidas pelos pesquisadores, realizamos pequenos ajustes no roteiro construído.

Efetuamos um estudo piloto na unidade de internação médico-cirúrgica do hospital, que contou com a participação de seis trabalhadores das equipes médica e de enfermagem, para verificação, adequação do nosso roteiro de entrevista e treinamento.

Segunda etapa – entrevista com o médico gerente do serviço de medicina e com 3 enfermeiros gerentes do serviço de enfermagem, com aplicação do *workplace violence checklist** (U.S. DEPARTMENT OF LABOR, 1996), adaptado à realidade estudada (ANEXO B). Aplicamos o referido instrumento com a finalidade de identificar os problemas de violência no local de trabalho. Após a tradução do roteiro do inglês para o português, adequamos às peculiaridades dos serviços de urgência hospitalar brasileiro e, posteriormente, avaliado quanto à adequação, por três pesquisadores da área de Saúde do Trabalhador, para o estudo realizado.

Terceira etapa – realização da consulta documental nos registros de violência ocorridas com os trabalhadores do hospital no período de janeiro de 1998 a

* Instrumento é de domínio público.

outubro de 2004, e posterior, consulta nos prontuários dos trabalhadores vitimados por situações de violência no trabalho. Analisamos os referidos prontuários nos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SEESMET).

Análise e tratamento dos dados: inserimos os dados coletados em um banco de dados construído no programa *Statistical Analysis Software* (SPSS) 8.0 for Windows. Tratamos os dados por meio de estatística descritiva com cálculos de percentuais, médias, frequências e desvio padrão e apresentamos os resultados em tabelas.

Para verificar a associação entre a categoria profissional e itens avaliados, utilizamos o teste exato de Fisher e para comparação da categoria profissional quanto à opinião da segurança no ambiente de trabalho utilizamos o teste de Kruskal-Wallis (Vieira, 2003).

5 Resultados e Discussão

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Primeiramente apresentamos os resultados sobre as informações emitidas pelos trabalhadores das equipes médica e de enfermagem sobre a ocorrência de violência, por eles sofrida, no serviço de urgência hospitalar e as conseqüências oriundas dos atos de violência ocupacional de que foram vítimas; em seguida apresentamos os problemas de violência no serviço de urgência hospitalar, identificados pela gerência do serviço médico e de enfermagem. Finalizando apresentamos os registros de incidentes de violência ocorridos no hospital estudado nos últimos sete anos, quando foram vitimados os trabalhadores lotados no local.

5.1.- Informações emitidas pelos trabalhadores das equipes médica e de enfermagem sobre atos de violência, por eles sofridos, no serviço de urgência.

Na tabela 1 são apresentados os resultados relativos ao número de atos de violência sofridos pelos trabalhadores das equipes médica e de enfermagem que atuam no Serviço de Urgência estudado.

Tabela 1 – Distribuição dos trabalhadores do Serviço de Urgência Hospitalar, quanto à categoria profissional, idade e relatos de violência sofrida nos últimos 12 meses. Londrina, 2004. (n=47).

CATEGORIA PROFISSIONAL	IDADE		VÍTIMA DE VIOLÊNCIA			
	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	SIM		NÃO	
			n	%	n	%
Médico	39,8	10,5	12	85,7	2	14,3
Enfermeiro	35,6	6,5	7	100	0	0,0
Técnico em Enfermagem	34,6	7,1	8	88,9	1	11,1
Auxiliar de Enfermagem	34,7	7,8	15	88,2	2	11,8
TOTAL	36,3	8,5	42	89,4	5	10,6

* Não significativo pelo teste exato de Fisher p-valor = 0,9218

A idade dos trabalhadores das equipes médica e de enfermagem variou de 20 a 52 anos, sendo evidenciado na tabela acima que a idade média da população estudada era de 36,3 anos (DP 8,5). A variação da idade na equipe médica mostrou-se maior do que na equipe de enfermagem. Em relação à categoria profissional e vítima de violência, 12 (85,7%) dos médicos, 7 (100%) dos enfermeiros, 8 (88,9%) dos técnicos em enfermagem e 15 (88,2%) dos auxiliares de enfermagem já haviam sido vítimas de violência ocupacional no setor de urgência hospitalar. Essas 42 pessoas, 89,4% em relação ao total dos trabalhadores do serviço de urgência hospitalar estudado, relataram que sofreram violência nos últimos 12 meses.

Embora não exista a prática de registros de atos de violência por parte dos trabalhadores, eles acontecem com frequência, como mostram os resultados encontrados em um estudo realizado pelo Sindicato dos Médicos de São Paulo (SIMESP, 2002), evidenciando que mais de 61% das violências ocorridas entre trabalhadores de saúde aconteceram em unidades de pronto socorro, principalmente em hospitais públicos (80,48%).

Estudo realizado pela International Labour Office (ILO), International Concil of Nurses (ICN), OMS, e Internacional de Serviços Públicos (ISP), na África do Sul, Líbano, Tailândia e Portugal revelou que as equipes das ambulâncias e dos serviços de urgência médica estão expostos com alta frequência à violência.

Marziale (2004a) descreveu as mesmas evidências, relatando que os trabalhadores de ambulâncias que atuam no atendimento pré-hospitalar, enfermeiros e médicos, estão expostos frequentemente aos delitos de violência.

Todos os indicadores mostram que enfermeiros e médicos estão submetidos a elevados índices de exposição à violência (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2002a).

Segundo as diretrizes estabelecidas pela Organização Internacional do trabalho (OIT, 2002), pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pelo Conselho Internacional de Enfermeira (CIE) e pela Internacional de Serviços Públicos (ISP), cerca de 25% dos acidentes violentos no trabalho ocorreram no setor saúde e mais de 50% dos trabalhadores desta área já foram vítimas de casos desta natureza.

Para analisar as variáveis “vítima de violência e categoria profissional” utilizamos o teste exato de Fisher, considerando que, quando $p \leq 0,05$, existe diferença significativa, e que, quando $p > 0,05$, não existe diferença significativa. Portanto, se o p – valor = 0,9218 encontrado na tabela anterior é maior que 0,05 não existindo diferença significativa entre a variável vítima de violência e categoria profissional, é porque são independentes. Assim sendo, não podemos afirmar que o fato de ser médico ou enfermeiro ou técnico em enfermagem ou auxiliar de enfermagem vai fazer o profissional sofrer mais ou menos violência.

Os resultados encontrados nesta pesquisa diferem dos encontrados por Chen, Wang e Jing (2003) em pesquisa realizada na China, onde os médicos eram

mais vulneráveis que os enfermeiros, sendo 70,3% o índice de violência contra os médicos e 67,7% contra os enfermeiros.

Na tabela 2 são apresentados os resultados sobre o gênero dos trabalhadores que informaram ter sido vítimas de atos de violência no trabalho.

Tabela 2 – Distribuição dos trabalhadores do Serviço de Urgência Hospitalar, segundo a ocorrência de violência e o gênero, nos últimos 12 meses. Londrina, 2004. (n=47).

GÊNERO	VÍTIMA DE VIOLÊNCIA		n	TOTAL %
	SIM	NÃO		
Masculino	24	2	26	55,3
Feminino	18	3	21	44,7
TOTAL	42	5	47	100

* Não significativo pelo teste exato de Fisher p-valor = 0,6441

Os resultados mostram que dos 47 trabalhadores das equipes médica e de enfermagem, 26 (55,3 %) são pertencentes do sexo masculino e 21 (44,7 %) do sexo feminino. Foram vítimas de violência ocupacional, 24 (92,3) trabalhadores do sexo masculino e 18 (85,7) do sexo feminino.

Não foi encontrada associação estatística significativa entre as variáveis sexo e violência (p - valor= 0,6441). As mulheres têm sido mais vulneráveis a atos violentos na sociedade, elas são, majoritariamente, a força de trabalho da equipe de enfermagem no país, no entanto os resultados obtidos neste estudo não apresentaram diferenças significativas quanto à questão gênero.

Moreno (2004) constatou em pesquisa realizada em cinco centros de saúde e em um hospital, no Brasil, que houve associação significativa entre sofrer violência e sexo no ambiente hospitalar, sofrendo as mulheres mais violência que os

homens; nos centros de saúde não foi encontrada associação estatística significativa entre essas duas variáveis.

Segundo Arnetz, Arnetz e Petterson (1996), na Suécia, e Adib et al. (2002), no Kuwait, os homens sofreram violência em maior proporção que as mulheres.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2002a), a violência nas instituições de saúde atinge todos os profissionais, homens e mulheres, embora uns corram maior risco que outros.

Para saber o entendimento quanto às formas de violência no trabalho, solicitamos aos trabalhadores para citarem exemplos de atos violentos que estão apresentados na tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição das respostas dos trabalhadores do Serviço de Urgência Hospitalar, segundo a categoria profissional e exemplos de violência identificadas no trabalho. Londrina, 2004. (n=47).

EXEMPLOS DE VIOLÊNCIA	CATEGORIA PROFISSIONAL								TOTAL	
	Médico		Enfermeiro		Técnico em enfermagem		Auxiliar de enfermagem			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Agressão verbal	9	64,2	4	57,1	5	55,5	15	88,2	33
Agressão física	3	21,4	3	42,8	2	22,2	1	5,8	9	19,1
Outros	2	14,2	6	85,7	2	22,2	3	17,6	13	27,6

* Nota: Mais de uma resposta foi emitida pelos trabalhadores.

Os trabalhadores das equipes médica e de enfermagem relataram as seguintes formas de violência no trabalho: 33 (70,2%) agressão verbal, 9 (19,1%) agressão física e 13 (27,6%) outras formas de agressão; entre estas os médicos apontaram o excesso de trabalho; os enfermeiros citaram a agressão sexual e

moral; os técnicos em enfermagem mencionaram a discriminação social, e os auxiliares de enfermagem relataram a discriminação e ameaças.

Constatamos por meio das informações emitidas pelos trabalhadores que o estresse peculiar da atividade laboral no serviço de urgência e o tipo de paciente assistido, por exemplo, drogados, presidiários, alcoólatras e afetados por problemas psíquicos, são propiciadores de agressões por parte dos clientes atendidos.

Em se tratando de tipos de violência, a literatura mostra que na violência física, a força é usada intencionalmente de modo que pode causar a morte ou ferimentos. Na violência sexual essa força é utilizada para forçar a pessoa a um ato sexual indesejado. Na violência psicológica, um abuso verbal ocorre com o “objetivo de controlar outros indivíduos pela degradação, humilhação e medo” (HIRIGOYEN, 2002, p.259).

Os dados obtidos mostram que 70,2% dos trabalhadores citaram como exemplos, as agressões verbais, principalmente por que a violência psicológica pode assumir contornos devastadores quando se transforma em assédio moral, ou conduta abusiva, evidenciada por gestos, atitudes, comportamentos ou palavras quando ocorrem de modo sistemático e repetidamente atentando contra a “dignidade ou integridade psíquica ou física de uma pessoa, ameaçando seu emprego ou degradando o clima de trabalho” (OMS, 2002, p.17). Embora não visível, o assédio moral é um tipo de violência destrutiva, pois ocorre de forma repetitiva e comprometendo a auto-estima, a auto-imagem, enfim, a integridade física e emocional da pessoa vitimada.

O excesso de trabalho, identificado pelos médicos em determinadas circunstâncias, pode contribuir para que ocorra a violência no ambiente de trabalho.

Observamos nas respostas emitidas pelos trabalhadores a dificuldade em identificar os atos de violência. Acreditamos que os trabalhadores da área da saúde não estão sendo preparados durante a sua formação profissional e nos cursos profissionalizantes de nível médio para lidar com situações de atos violentos. O aluno está sendo preparado para cuidar do paciente e proporcionar-lhe conforto, mas não há preocupação quanto a que se tenha cuidado de quem cuida.

Atualmente se faz presente na enfermagem a preocupação com a saúde do trabalhador, embora ainda de maneira não abrangente quanto necessário, devido à falta de conscientização das instituições e dos trabalhadores em relação aos riscos, cargas de trabalho, principalmente, em decorrência das lacunas na educação formal oferecida nesta área, uma vez que muitas escolas não contemplam os aspectos de riscos peculiares ao trabalho de enfermagem e as formas de preveni-los (MARZIALE, 2004b, p. 43).

Nas tabelas 4 e 5 são apresentados os dados relativos às formas de violência sofrida pelos médicos e trabalhadores de enfermagem.

Tabela 4 – Distribuição das formas de violência sofrida pelos médicos do Serviço de Urgência Hospitalar. Londrina, 2004. (n=12).

FORMAS DE VIOLÊNCIA	CATEGORIA PROFISIONAL	
	Médico	
	n	%
Agressões verbais	12	100
Roubo	4	33,3
Competição entre colegas	3	25,0
Assédio sexual	3	25,0
Agressões físicas	2	16,7
Assédio psicológico ou moral	2	16,7

* Nota: Mais de uma resposta foi emitida pelos trabalhadores.

Tabela 5 – Distribuição das formas de violência sofrida pela equipe de enfermagem do Serviço de Urgência Hospitalar. Londrina, 2004. (n=30).

FORMAS DE VIOLÊNCIA	CATEGORIA PROFISSIONAL						TOTAL	
	Enfermeiro		Técnico em enfermagem		Auxiliar de enfermagem			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Agressões verbais	7	85,7	6	75,0	15	50	28	93,3
Assédio psicológico ou moral	4	57,1	3	37,5	2	13,3	9	30,0
Competição entre colegas	5	71,4	2	25,0	0	0,0	7	23,3
Agressões físicas	1	14,3	1	12,5	3	20,0	5	16,7
Roubo	2	28,6	1	12,5	1	6,7	4	13,3
Discriminação	1	14,3	0	0,0	0	0,0	1	3,3
Maus-tratos	0	0,0	1	12,5	0	0,0	1	3,3

* Nota: Mais de uma resposta foi emitida pelos trabalhadores.

Das formas de violência apontadas pelos médicos 12 (100%) foram relacionadas às agressões verbais, 4 (33,3%) relativas a roubo, 3 (25%) referentes à competição entre os colegas, 3 (25%) ao assédio sexual, 2 (16,7%) às agressões físicas, 2 (16,7%) ao assédio psicológico ou moral.

Das formas de violência apontadas pela equipe de enfermagem 28 (93,3%) foram relacionadas às agressões verbais, 9 (30%) ao assédio psicológico ou moral, 7 (23%) relativas à competição entre colegas, 5 (16,7%), às agressões físicas, 4 (13,3) a roubos, 1 (3,3%) relacionada à discriminação social, 1 (3,3%) referente a maus-tratos.

Comparando-se as tabelas 4 e 5, verificamos que os trabalhadores da equipe médica, 12 (100%) e 28 (93,3%) da equipe de enfermagem foram vítimas de agressão verbal no trabalho. O assédio moral foi mais evidente na equipe de enfermagem, fato que pode estar relacionado ao sistema hierárquico do hospital e à subserviência dos trabalhadores de enfermagem aos médicos.

A violência psicológica foi a forma de violência mais citada pelos trabalhadores e foi constatada por meio de atos de agressão verbal, ameaças, discriminação, maus-tratos, assédio moral e competição entre colegas. O roubo pode ser considerado como um ato gerador de violência tanto física como psicológica.

Moreno (2004) evidenciou, em pesquisa realizada em Campinas em cinco centros de saúde e um hospital, que 87,7% dos trabalhadores de enfermagem foram vítimas de violência verbal e 42,7% de ameaças como uma das formas de violência ocupacional.

Oliveira, Tomé e Togashi (2002) conduziram um estudo em São Paulo e constataram que 41% dos médicos já sofreram algum tipo de violência no ambiente de trabalho. Dos relatos, 65,51% estão relacionadas às agressões verbais, 48,36% às ameaças, vindo na seqüência o assalto (26,18%) e agressão física (14,91%).

Os enfermeiros são as principais vítimas de violência nos locais de prestação de cuidados de saúde, foi o que concluiu um estudo sobre violência nos locais de trabalho no setor da saúde, co-financiado pela Ordem dos Enfermeiros, por um sindicato de enfermagem e por uma associação médica. A confirmar-se esta realidade, a Ordem dos Enfermeiros manifesta a sua preocupação, lançando um alerta às entidades públicas e às administrações hospitalares e direções dos centros de saúde, no sentido de serem adaptadas medidas que salvaguardem a integridade física, psicológica e emocional dos profissionais de saúde em geral e, particularmente, dos enfermeiros (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2002a).

No Brasil, o estudo procedeu a um levantamento da violência sobre trabalhadores de alguns centros de saúde e hospitais, tendo-se concluído que os enfermeiros são as principais vítimas de violência física. No caso dos hospitais, os

enfermeiros são as principais vítimas da violência verbal e física. Mais de 70 % dos casos de agressão física em ambiente hospitalar e 50 % dos casos registrados em centros de saúde tiveram por alvo os enfermeiros (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2002b).

Segundo CAMPOS (2003), há evidência do impacto e crescimento da violência psicológica no trabalho.

Uma pesquisa realizada no Reino Unido revelou que 53% dos empregados foram vítimas de *bullying*. Também um estudo finlandês mostrou que 40% das vítimas deste tipo de comportamento sentiam-se muito estressadas, 49 % sentiam-se geralmente cansadas no trabalho e 30% estavam nervosas (ILO, 2000).

A ameaça é o uso da força ou poder resultante em medo de violência física, sexual moral ou psicológica ou em outras conseqüências negativas (OIT; OMS, 2002).

O Sindicato dos Médicos de São Paulo (2004) realizou um estudo pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade) e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, dando ênfase aos casos de suicídio na categoria: tendo 11% dos óbitos de médicos da faixa etária entre 20 e 39 anos essa causa.

Segundo Martins (2004), conforme as condições do local do trabalho médico, principalmente em alguns serviços de emergência da rede pública de assistência, a atividade médica pode ser considerada uma atividade extremamente insalubre, penosa e perigosa para a saúde física e mental.

O Sindicato dos Médicos de São Paulo (2002) relata que, para proteger o profissional de ataques violentos, a Resolução 090/2000 do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp), no item D.2.2, estabelece:

em locais de trabalho sabidamente violentos e que exponham a risco a integridade física dos médicos no atendimento de pronto-socorro, deverá haver a manutenção de plantão policial ou, na impossibilidade deste, segurança privada (SINDICATO DOS MÉDICOS DE SÃO PAULO, 2002, p.3) .

Quanto aos atores das agressões na tabela seguinte são apresentados os resultados obtidos.

Tabela 6 – Distribuição dos sujeitos agressores contra as equipes médica e de enfermagem do Serviço de Urgência Hospitalar. Londrina, 2004. (n=42).

AGRESSOR	CATEGORIA PROFISSIONAL								TOTAL	
	<u>Médico</u>		<u>Enfermeiro</u>		<u>Técnico em enfermagem</u>		<u>Auxiliar de enfermagem</u>			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Paciente	9	75,0	5	71,4	4	50,0	6	40,0	24	57,1
Acompanhante	7	58,3	5	71,4	4	50,0	7	46,7	23	54,8
Colega de trabalho	2	16,7	3	42,9	0	0,0	2	13,3	7	16,7
Chefia	1	8,3	1	14,3	2	25,0	2	13,3	6	14,3
Pessoas da comunidade	0	7,0	3	42,9	0	0,0	0	0,0	3	7,1
Outros	1	8,3	1	14,3	1	12,5	0	0,0	3	7,1

* Nota: Mais de uma resposta foi emitida pelos trabalhadores.

As equipes médica e de enfermagem apontaram em 24 (57,1%) dos casos como principal agressor o paciente, em 23 (54,8%), os acompanhantes, em 7 (16,7%), os colegas de trabalho, em 6 (14,3%), a chefia, em 3 (7,1%), pessoas da comunidade. Em relação aos outros 3 (7,1%), o médico não especificou quem foi o agressor, enquanto o enfermeiro especificou ter sido um policial e o técnico em enfermagem indicou um médico como o agressor no ambiente de trabalho.

Moreno (2004), em Campinas, verificou que os trabalhadores de enfermagem apontaram o paciente (76,3%), o familiar do paciente (48,5%) e os seus colegas de trabalho (25,6%) como os principais agressores.

Na opinião da maioria dos médicos, a violência é motivada tanto pelas precárias condições de atendimento ao público devido às péssimas condições de trabalho, quanto pela desigualdade social vigente no país (SINDICATO DOS MÉDICOS DE SÃO PAULO, 2002).

Os trabalhadores de saúde, principalmente em serviços de urgência hospitalar, são os mais afetados por lidar diretamente com uma clientela muito diversificada composta por pacientes com distúrbios mentais, etilista, delinquentes e drogados, entre outros. A doença e outros fatores capazes de ameaçar a vida do paciente causam o estresse tanto no paciente quanto nos familiares que, ao necessitarem um atendimento dos serviços de saúde, acabam sendo agressivos com o pessoal da área de saúde, principalmente os da equipe de enfermagem, que são os que prestam os primeiros atendimentos.

O ambiente de trabalho hospitalar de emergência e urgência tem peculiaridades que podem levar trabalhadores e usuários a atos violentos devido ao grande número de usuários, à situação crítica que envolve risco de vida dos clientes, e às condições de trabalho disponibilizadas para esse atendimento quando a demora de alguns minutos pode significar a morte. Essa pressão constante do tempo participa na gênese da violência, pois o trabalhador, ao realizar atividades apressadamente, pode cometer imperícias e com isso desencadear reações violentas dos usuários atendidos.

A exigência de atuação imediata, sem a devida infra-estrutura para um atendimento de qualidade, leva o trabalhador da unidade a atuar com pressa. Esse

atendimento apressado está na gênese de algumas manifestações violentas no trabalho tais como: omissões devido à falta de comunicações; negligências devido a cuidados deixados para depois e que acabam sendo esquecidos, porquê, a todo o momento, novos atendimentos precisam ser priorizados; informações e orientações fragmentadas, ou negadas.

Na tabela 7 são apresentados os cálculos estatísticos dos dados que retratam a opinião dos trabalhadores do Serviço de Urgência, tanto os que foram como os que não foram agredidos, sobre a segurança no ambiente de trabalho.

Tabela 7 – Média e desvio padrão quanto à opinião dos trabalhadores em relação à segurança no ambiente do Serviço de Urgência Hospitalar. Londrina, 2004. (n=47).

CATEGORIA PROFISSIONAL	n	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Médico	14	4,28	3,44
Enfermeiro	7	3,86	1,46
Técnico em Enfermagem	9	4,62	2,64
Auxiliar de Enfermagem	17	5,65	2,79
TOTAL	47	4,60	2,86

* Não significativo pelo teste de Kruskal-Wallis, p-valor = 0,2415

Todas as categorias profissionais avaliaram a segurança no ambiente de trabalho do serviço de urgência hospitalar em estudo, numa escala de zero a 10, sendo considerado zero para ambiente inseguro e 10 para ambiente seguro.

Verificamos que a média geral da opinião quanto à segurança no ambiente de trabalho foi 4,6 pontos. Portanto, os trabalhadores não consideraram o local de trabalho nem totalmente inseguro, nem seguro. Todas as categorias consideraram média a segurança, sendo a opinião do enfermeiro em relação à segurança no ambiente menor que a opinião das outras categorias profissionais.

Para analisar a categoria profissional e a opinião da segurança no ambiente de trabalho, utilizamos o teste de Kruskal-Wallis, o qual não demonstrou diferença significativa entre as categorias profissionais.

A OIT e a OMS (2002) determinaram, por meio das diretrizes para o setor da saúde, que os empregadores são responsáveis em assegurar a saúde, manter a segurança e bem-estar dos trabalhadores. Também devem eliminar todos os riscos previsíveis de violência ocupacional, valorizar as políticas e planos para combater esse fenômeno, a fim de propiciar um ambiente mais tranquilo e seguro.

Na tabela 8 são apresentados os resultados referentes à contribuição do ambiente físico para violência ocupacional.

Tabela 8 – Distribuição dos trabalhadores do Serviço de Urgência Hospitalar, segundo a categoria profissional e a contribuição do ambiente físico para violência ocupacional. Londrina, 2004. (n=47).

CATEGORIA PROFISSIONAL	AMBIENTE FÍSICO E VIOLÊNCIA OCUPACIONAL							
	SIM		NÃO		NÃO RESPONDEU		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Médico	10	21,7	3	6,4	1	2,1	14	30,2
Enfermeiro	6	12,7	0	0,0	1	2,1	7	14,8
Técnico em Enfermagem	5	10,5	2	4,2	2	4,2	9	18,9
Auxiliar em Enfermagem	11	23,5	5	10,5	1	2,1	16	36,1
TOTAL	32	68,4	10	21,1	5	10,5	47	100

A maioria dos trabalhadores, 32 (68,4%) das equipes médica e de enfermagem referiu que o ambiente físico do serviço de urgência hospitalar contribuiu para a violência ocupacional, embora 10 (21,1%) tenha relatado não haver essa contribuição.

Dos trabalhadores que referiram o ambiente físico como predisponente para a violência ocupacional, 11 (23,5%) são auxiliares de enfermagem, 10 (21,7%) são médicos, 6 (12,7%) são enfermeiros e 5 (10,5%) são técnicos em enfermagem.

Os auxiliares de enfermagem relataram que esta violência acontece porque realizam atendimento ao paciente agressivo com alto nível de ansiedade; há demora no atendimento e fácil acesso dos acompanhantes às dependências do hospital, além da falta de espaço físico para acomodar os pacientes.

Os médicos referiram que a facilidade de acesso direto dos paciente e acompanhantes à equipe de trabalho, as várias portarias facilitando o acesso, a falta de segurança, a falta de paciência do doente em esperar pelo atendimento, a aglomeração de pacientes aguardando consultas, os acompanhantes e o excesso de pacientes para poucos profissionais, são fatores que contribuíam para a violência ocupacional.

Os enfermeiros relataram que o paciente era atendido em local aberto, que não havia monitoramento na entrada, facilitando o acesso de pessoas ao interior do hospital, o estresse do paciente e a sua falta de condição para entenderem as rotinas hospitalares são fatores que desencadeiam a violência ocupacional.

Os técnicos em enfermagem consideraram como fator desencadeante da violência ocupacional, a demora no resultado de exames, a demora do especialista para avaliar o paciente, o estresse dos familiares e a falta de paciência dos doentes em esperar pelo atendimento.

As categorias profissionais foram unânimes em relatar a facilidade de acesso dos pacientes e acompanhantes ao serviço e a falta de paciência dos doentes em esperar pelo atendimento.

Deslandes (2000) constatou, em pesquisa realizada no Rio de Janeiro, no serviço de emergência, que a demora em atender, as queixas quanto ao tempo de espera pelos resultados de exames, o estresse dos familiares pela demora em atender o parente geraram conflitos e violência entre pacientes, familiares e profissionais.

No hospital Salgado Filho no Rio de Janeiro, os profissionais reclamaram que o serviço de emergência possuía muitas portas de entrada e reivindicaram alterações na própria estrutura física (DESLANDES, 2000).

Racette (2001) apontou várias situações que fazem com que as unidades de urgência e emergência médica sejam locais particularmente propensos à violência no trabalho, como as longas filas de esperas, os ambientes ruidosos e altamente estressantes.

A tabela 9 ilustra os resultados sobre as conseqüências da violência para saúde dos médicos e equipe de enfermagem.

Tabela 9 – Distribuição das conseqüências da violência para saúde dos médicos e equipe de enfermagem do Serviço de Urgência Hospitalar. Londrina, 2004. (n=42).

Conseqüências	Médico		Enfermeiro		Técnico em Enfermagem		Auxiliar de Enfermagem		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tristeza	6	50,0	4	57,1	4	50,0	9	60,0	23	54,8
Raiva	7	58,3	6	85,7	3	37,5	6	40,0	22	52,4
Irritação	6	50,0	5	71,4	4	50,0	6	40,0	21	50,0
Estresse	4	33,3	4	57,1	4	50,0	6	40,0	18	42,8
Ansiedade	6	50,0	5	71,4	2	25,0	4	26,7	17	40,5
Humilhação	1	8,3	3	42,9	4	50,0	4	26,6	12	28,6
Sentimento de baixa da auto-estima	1	8,3	3	42,9	5	62,5	2	13,3	11	26,2
Perda da satisfação com o trabalho	4	33,3	3	42,9	1	12,5	2	13,3	10	23,8
Vergonha	1	8,3	2	28,6	3	37,5	2	13,3	8	19,0
Medo do agressor ou de voltar a ser vítima	2	16,7	3	42,9	0	0,0	0	0,0	5	11,9
Depressão	0	0,0	3	42,9	1	12,5	0	0,0	4	9,5
Sentimento de culpa	0	0,0	1	14,3	3	37,5	0	0,0	4	9,5
Não teve reação ou conseqüências	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	20,0	3	7,1
Incapacidade	0	0,0	1	14,3	1	12,5	1	6,7	3	7,1
Falta no trabalho	0	0,0	1	14,3	1	12,5	0	0,0	2	4,8
Prejuízo financeiro	1	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,4
Lesão física	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,7	1	2,4
Outra	0	0,0	1	14,3	0	0,0	0	0,0	1	2,4

* Nota: Mais de uma resposta foi emitida pelos trabalhadores.

Os relatos das conseqüências da violência para a saúde dos trabalhadores da equipe médica e de enfermagem foram: tristeza para 23 (54,8%) trabalhadores, raiva para 22 (52,4%), irritação para 21 (50%), estresse para 18 (42,8%), ansiedade para 17 (40,5%), humilhação para 12 (28,6%), sentimento de baixa da auto-estima para 11 (26,2%), perda da satisfação para o trabalho foi mencionada por 10 (23,8%) trabalhadores; 8 (19%) tiveram sentimentos de vergonha, 5 (11,9%) medo do agressor ou de voltar a ser vítima, 4 (9,5%) depressão, 4 (9,5%) sentimentos de culpa, 3 (7,1%) não apresentaram reação ou

conseqüências, 3 (7,1%) incapacidade, 2 (4,8%) faltaram no trabalho, 1 (2,4%) teve prejuízo financeiro, 1 (2,4%) lesão física e 1 (2,4%) relatou o cansaço como “outra”. Estes resultados reforçam os encontrados por Moreno (2004), em Campinas, no qual os trabalhadores de enfermagem relataram, com maior freqüência, sentir irritação 54,7%, raiva 54,1%, humilhação 48,8%, estresse 48,2%, tristeza 45,9%; 34,7% evitaram contato com o agressor, 31,2% sentiram ansiedade, 28,2% apresentaram sentimentos de baixa da auto-estima.

Os resultados obtidos mostraram que as conseqüências da violência sofrida foram com mais freqüência transtornos mentais, que estão relacionados às novas formas de adoecimento pelo trabalho entre as quais destacam-se a síndrome de Burnout, o estresse e a depressão.

Oliveira, Tomé e Togashi (2002) evidenciaram em uma pesquisa que mais de 39% dos médicos foram vítimas de violência que resultaram em seqüelas, principalmente mentais/psicológicas, sendo mais freqüente a ansiedade (31,25%), depressão (23,75%), o pânico (17,5%), a insônia (12,5%) e a crise hipertensiva (7,5%). As vítimas de violência precisaram de atenção médica. Além disso, 14,15% fizeram uso de algum medicamento e 13,66% apresentou incapacidade temporária para o trabalho. Quase 24% dos médicos mudaram ou procuraram mudar de emprego em razão das violências sofridas.

Na Suécia, os trabalhadores de saúde relataram com maior freqüência a irritação, a raiva, o medo do agressor, a incapacidade e a humilhação como as conseqüências da violência para a saúde (ARNETZ, 1998 apud MORENO, 2004).

Sanz e Suazo (2002) relataram que os efeitos dos maus-tratos e as violências são inquietantes e compreendem uma ampla gama de conseqüências provenientes dos atos que incluem desde lesão física, depressão, temor, estresse,

perda da auto-estima, entre outros, até o comprometimento da qualidade dos cuidados prestados.

Murofuse (2004) realizou uma pesquisa na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais sobre os transtornos mentais e comportamentais apresentados por trabalhadores de enfermagem em 23 instituições de saúde, e constatou que 40,8% dos atendimentos, os diagnósticos vinculados às doenças legalmente consideradas do trabalho, destacaram-se os episódios depressivos.

Os conflitos desencadeados no ambiente de trabalho têm sido evidenciados, principalmente com os estudos sobre assédio moral e síndrome de Burnout, apontados como situações que causam sofrimento e comprometem a saúde do trabalhador. O assédio moral refere-se a todo comportamento abusivo que expõe os trabalhadores a humilhações, constrangimentos e situações vexatórias vividas no trabalho que podem comprometer a identidade, dignidade e relações afetivas e sociais. As depressões, angústias e outros danos psíquicos podem expressar a existência desse risco invisível, nas relações e condições de trabalho. Burnout designa aquilo que deixou de funcionar por exaustão de energia e compreende três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e diminuição do sentimento de realização profissional. A síndrome de Burnout atinge especialmente as professoras e trabalhadoras de enfermagem que defrontam-se com a questão de “vincular-se versus não vincular-se afetivamente, pois o afeto é parte obrigatória do investimento desses trabalhadores envolvidos com o cuidado (MUROFUSE, 2004, p.2).

As dimensões afetiva e emocional sempre estiveram presentes no desenvolvimento do trabalho humano. Atualmente sua importância tem sido mais enfatizada, com o aumento do controle sobre os sentimentos dos trabalhadores no ambiente de trabalho. Antes, os trabalhadores ficavam expostos apenas às exigências e cobranças feitas pelos seus superiores hierárquicos, hoje eles ficam sujeitos também às pressões de terceiros, como os clientes, que cobram cada vez mais os seus direitos como usuários dos serviços de saúde, exigindo cordialidade, rapidez, eficiência e eficácia no atendimento. Os trabalhadores também têm que se

mostrar muito produtivos, atingindo ou mesmo ultrapassando as metas estabelecidas pela empresa (MUROFUSE, 2004).

Na tabela 10 são apresentados os resultados obtidos quanto aos fatores de risco no Serviço de Urgência Hospitalar.

Tabela 10 – Distribuição dos fatores de risco no Serviço de Urgência Hospitalar, segundo a categoria profissional. Londrina, 2004. (n=47).

FATORES DE RISCO	CATEGORIA PROFISSIONAL								TOTAL	
	Médico		Enfermeiro		Técnico em enfermagem		Auxiliar de enfermagem			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pacientes violentos	9	64,3	4	57,1	7	77,8	13	76,5	33	70,2
Falta de pessoal treinado para lidar com situações violentas	7	50,0	5	71,4	6	66,7	5	29,4	23	48,9
Sobrecarga de demanda de pacientes atendidos	8	57,1	4	57,1	5	55,6	5	29,4	22	46,8
Quartos e corredores superlotados	7	50,0	3	42,9	7	77,8	4	23,5	21	44,7
Ambiente estressante do ponto de vista da carga mental de trabalho	8	57,1	4	57,1	6	66,7	3	17,6	21	44,7
Mau atendimento tornando-se fonte de revolta de pacientes	4	28,6	4	57,1	5	55,6	5	29,4	18	38,3
Filas de espera longas	8	57,1	2	28,6	3	33,3	4	23,5	17	36,2
Recurso de equipamentos e materiais insuficientes e inadequados	3	21,4	3	42,9	5	55,6	3	17,6	14	29,8
Equipe com escassez de trabalhadores	6	42,9	2	28,6	3	33,3	3	17,6	14	29,8
Ambiente estressante do ponto de vista da carga física de trabalho	3	21,4	3	42,9	6	66,7	2	11,8	14	29,8
Disponibilidade no ambiente de objetos de roubos tais como: medicamentos, dinheiro, equipamentos	0	0,0	3	42,9	3	33,3	0	0,0	6	12,8
Área de estacionamento com iluminação deficiente	0	0,0	3	42,9	2	22,2	0	0,0	5	10,6
Chefe violento	0	0,0	1	14,3	1	11,1	0	0,0	2	4,3
Médicos violentos	0	0,0	1	14,3	1	11,1	0	0,0	2	4,3
Equipe de enfermagem violenta	0	0,0	0	0,0	1	11,1	0	0,0	1	2,1
Outros	0	0,0	1	14,3	0	0,0	0	0,0	1	2,1

* Nota: Mais de uma resposta foi emitida pelos trabalhadores.

Os fatores de riscos referentes à violência ocupacional; citados pelos trabalhadores das equipes médica e de enfermagem, foram: 33 (70,2%) para os pacientes alcoólatras, psicóticos, drogados, presidiários e outros, 23 (48,9%) pela falta de pessoal treinado para lidar com situações violentas, 22 (46,8%) para a sobrecarga de demanda de pacientes atendidos, 21 (44,7%) citaram os quartos e corredores superlotados, além disso, consideraram o ambiente estressante do ponto de vista da carga mental de trabalho, 18 (38,3%) indicaram mau atendimento tornando-se fonte de revolta dos pacientes, 17 (36,2%) indicaram longa fila de espera, 14 (29,8%) informaram que a violência ocorre devido ao recurso de equipamentos e materiais insuficientes e inadequados, 14 (29,8%) relataram que a equipe tem escassez de trabalhadores, 14 (29,8%) informaram o ambiente estressante do ponto de vista da carga física de trabalho, 6 (12%) para disponibilidade no ambiente de objetos de roubos tais como medicamentos, dinheiro e equipamentos, 5 (10,6%) indicaram que a área de estacionamento apresenta iluminação deficiente, 2 (4,3%) mencionaram o chefe violento, 2 (4,3%) os médicos violentos, 1 (2,1%) a equipe de enfermagem violenta e 1 (2,1%) informou “outros” indicando os médicos como desinteressados nos atendimentos.

Segundo o NIOSH (2002) o contato face a face entre o profissional de saúde e o cliente já é um fator de risco de violência contra a saúde do trabalhador.

Deslandes (2000) constatou, em sua pesquisa no Rio de Janeiro, em dois serviços de emergência, que os atos de violência ocorriam em razão da demora no atendimento e às exigências dos familiares para que o paciente fosse atendido imediatamente e com tratamento especial, dados esses em concordância com alguns de nossos resultados.

Fatores de risco provenientes de: pacientes que fazem uso de drogas, que apresentam transtornos mentais, alcoólatras, sobrecarga de demanda de paciente, quarto e corredores superlotados, a disponibilidade no ambiente de dinheiro e medicamentos nos hospitais, longas filas de espera para o atendimento, falta de pessoal treinado para lidar com situações violentas, estacionamento com iluminação deficiente, ambiente físico limitado e estressante para o atendimento, contribuíam para a violência ocupacional (U. S. DEPARTMENT OF LABOR, 2004).

Santos Júnior e Dias (2004) realizaram uma revisão de literatura sobre a violência no trabalho e constataram que algumas situações têm sido levantadas como fatores do aumento dos riscos que correm os profissionais de saúde de serem vítimas de violência no local de trabalho, entre as quais: atendimento clínico a criminosos levados pela polícia; pacientes agressivos; aumento do número de pacientes com distúrbios psiquiátricos agudos ou crônicos, que não têm acompanhamento médico regular ou que se recusam a fazer tratamento médico e/ou uso de medicação; dinheiro, equipamentos e medicamentos, que tornam as instituições alvo de assaltos; procedimentos isolados com pacientes durante o tratamento; áreas com iluminação inadequada; diminuição do número de trabalhadores ou interrupção do trabalho durante alguns períodos como horário de alimentação, horário de visitas, turno da noite ou durante o transporte de paciente; falta de treinamentos para reconhecer e controlar uma pessoa com comportamento hostil e agressivo; e estresse inerente ao problema de saúde, tanto dos pacientes como dos familiares e acompanhantes.

Na tabela 11 são apresentados os resultados relativos a categoria profissional e à informação à chefia, quanto ao sofrimento provocado por alguma forma de violência ocupacional.

Tabela 11 – Distribuição dos trabalhadores do Serviço de Urgência Hospitalar, segundo a categoria profissional e à informação à chefia, quanto ao sofrimento provocado por alguma forma de violência ocupacional. Londrina, 2004. (n=42).

CATEGORIA PROFISSIONAL	INFORMAÇÃO						TOTAL	
	SIM		NÃO		NÃO RESPONDEU			
	n	%	n	%	n	%	n	%
	Médico	7	58,4	3	25,0	2	16,6	12
Enfermeiro	5	71,4	2	28,6	0	0,0	7	100
Técnico em Enfermagem	5	62,5	3	37,5	0	0,0	8	100
Auxiliar de Enfermagem	8	53,3	5	33,4	2	13,3	15	100
TOTAL	25	59,5	13	31,0	4	9,5	42	100

* Não significativo pelo teste exato de Fisher p-valor = 0,9425

Dos médicos vitimados, 7 (58,4%) informaram à chefia sobre o fato ocorrido e as condutas tomadas foram: “chamado à polícia, notificação à direção do hospital, orientação para que o próprio médico resolvesse a situação.” O motivo alegado pelos médicos para a omissão da informação foi a falta de liderança da chefia.

Dos 3 (25%) médicos, vítimas de violência ocupacional que não prestaram informação, dois alegaram não o fazer porque nenhuma atitude seria tomada e um relatou que não informar porque há falta de liderança. Os outros 2 (16,6%) médicos, também vítimas de violência ocupacional não responderam.

Dentre os enfermeiros 5 (71,4%) deram informação; no entanto, em 60% dos episódios não foi tomada nenhuma conduta. 5 (62,5%) técnicos em enfermagem informaram a chefia, e a conduta tomada foi “que o chefe conversou com a pessoa que agrediu” e o segundo referiu que a chefia veio prontamente verificar a situação. Dos técnicos que não informaram a chefia sobre alguma forma de violência, um relatou que “não informou porque nunca resolve”.

Dos auxiliares de enfermagem, 8 (53,3%) informaram a chefia sobre ocasião em que foram vítimas de violência ocupacional e disseram que a conduta tomada restringiu-se a orientações.

Constatamos que a maioria dos trabalhadores das equipes médica e de enfermagem informou a chefia sobre a ocasião em que foram vítimas de violência ocupacional, mas, não há no hospital registro desse tipo de violência, a não ser que esta tenha sido física, o que caracteriza acidente de trabalho. Parece haver despreparo das chefias a respeito de como proceder nessas ocasiões.

Ferrinho et al (2003) analisaram 22 relatórios oficiais de violência ocupacional dos cinco centros de saúde e dois hospitais em Portugal e constataram que as vítimas informaram sobre todos os incidentes. A maioria informou ter sofrido violência verbal. As vítimas foram enfermeiros, médicos e outros. A maioria das violências ocorridas no hospital foram informadas pelos enfermeiros e as ocorridas nos centros de saúde foram pelos médicos.

Utilizamos o teste exato de Fisher para analisar a variável categoria profissional e informação à chefia quanto à violência ocupacional sofrida. O p – valor = 0,9425 encontrado a partir dos dados da tabela 11 é maior que 0,05, não existindo diferença significativa entre as variáveis.

Na tabela 12 são apresentados os dados relativos à categoria profissional e a importância do registro de atos de violência ocupacional.

Tabela 12 – Distribuição dos trabalhadores do Serviço de Urgência Hospitalar, segundo a categoria profissional e à importância do registro da forma de violência ocupacional. Londrina, 2004. (n=47).

CATEGORIA PROFISSIONAL	IMPORTÂNCIA DO REGISTRO						TOTAL	
	SIM		NÃO		NÃO RESPONDEU			
	n	%	n	%	n	%	n	%
	Auxiliar de enfermagem	15	88,2	1	5,9	1	5,9	17
Médico	14	100	0	0,0	0	0,0	14	100
Técnico em enfermagem	8	88,9	0	0,0	1	11,1	9	100
Enfermeiro	6	85,7	1	14,3	0	0,0	7	100
TOTAL	43	91,4	2	4,3	2	4,3	47	100

* Não significativo pelo teste exato de Fisher p-valor = 0,6067

Os resultados mostram que 43 (91,4%) dos trabalhadores das equipes médica e de enfermagem que atuam no serviço de urgência hospitalar consideram importante o registro de qualquer forma de violência ocupacional. Dos trabalhadores citados 14 (100%) são médicos, 15 (88,2%) são auxiliares de enfermagem, 8 (88,9%) são técnicos em enfermagem e 6 (85,7%) são enfermeiros.

Arnetz (1998) sugere que todos os serviços de saúde deveriam possuir um formulário para registro dos incidentes de violência para complementar dados de registros oficiais contribuindo assim, para elaboração e desenvolvimento de programas de prevenção.

Segundo Ferrinho et al (2003), a violência ocupacional é freqüente, mas é pouco registrada.

Os trabalhadores de enfermagem aceitam passivamente as ameaças e a violência “como parte do trabalho”, às vezes tentando entender o sofrimento do paciente ou pelo fato de sofrerem agressões diariamente e as incorporam em seu cotidiano laboral (CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA, 2000; MORENO, 2004).

Moreno (2004) constatou que 36,5% dos trabalhadores de enfermagem registraram as agressões, em sua maioria (51,6%) dos registros na forma de anotações de enfermagem. Considerou que esse tipo de registro faz com que os episódios de violência não tenham visibilidade, pela dificuldade de diagnósticos por meio de prontuários dos pacientes.

Com isto o número de casos denunciados acaba sendo inferior ao dos casos reais, tornando difícil à elaboração e implantação de estratégias contra a violência ocupacional. Portanto, é de suma importância o registro, seja qual for a forma de violência.

A OIT e a OMS (2002) recomendam que a violência ocupacional seja registrada a fim de se obterem dados reais, para elaboração e implantação de programas e outros serviços de proteção às famílias que correm risco de violência e se reduzirem às conseqüências negativas para os trabalhadores de saúde.

Utilizamos o teste exato de Fisher para analisar a variável categoria profissional e a importância do registro da forma de violência ocupacional. O p – valor = 0,6067 encontrado sobre os dados da tabela 12 é maior que 0,05, não existindo diferença significativa entre as variáveis.

Na tabela 13 são apresentados os fatos referentes às informações sobre o treinamento recebido pelos trabalhadores para o enfrentamento de atos de violência no trabalho.

Tabela 13 – Distribuição dos trabalhadores do Serviço de Urgência Hospitalar, segundo a categoria profissional e com informação sobre treinamento e orientação para controlar conflitos entre pacientes. Londrina, 2004. (n=31).

VARIÁVEIS	CATEGORIA PROFISSIONAL								TOTAL	
	Médico		Enfermeiro		Técnico de Enfermagem		Auxiliar de Enfermagem			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Treinamento ¹	4	28,6	1	14,3	0	0,0	5	29,4	10	21,3
Existe orientação ²	4	28,6	7	100,0	2	22,2	8	47,0	21	44,7

¹ Não significativo pelo teste exato de Fisher p-valor = 0,3725

² Significativo pelo teste exato de Fisher p-valor = 0,0059

Dos 47 trabalhadores, apenas 31 informaram que recebem treinamento e orientação, visando controlar conflitos com pacientes. Dos 47 trabalhadores das equipes médica e de enfermagem, apenas 10 (21,3%) são treinados para controlar clientes difíceis e agressivos, portanto, a maioria dos trabalhadores 37 (78,7%), não recebem esse treinamento.

Utilizamos o teste exato de Fisher para analisar a variável categoria profissional e treinamento para controlar clientes difíceis e agressivos. O p – valor = 0,3725 encontrado na tabela acima é maior que 0,05, não existindo diferença significativa entre as variáveis. Independente da categoria profissional o treinamento não é realizado.

Quanto aos que recebem orientações para controlar conflitos entre paciente, familiares e trabalhadores, 21 (44,7%) relataram que recebem orientações e 26 (55,3%), não as recebem.

Também utilizamos o teste exato de Fisher para analisar a variável categoria profissional e as orientações para controlar conflitos entre paciente, familiares e trabalhadores. O p – valor = 0,0059 encontrado na tabela 13 é menor

que 0,05, existindo diferença significativa entre as variáveis. Os enfermeiros receberam mais orientações e os que receberam menos orientações foram os técnicos em enfermagem.

Vários autores constataram que há falta de treinamento e orientações que mostre como reconhecer e controlar paciente de comportamento hostil e agressivo (SANTOS JÚNIOR; DIAS, 2004).

Em nossa prática profissional verificamos que a maioria das orientações para controlar conflitos relacionados à violência ocupacional acontece após a ocorrência do ato, ou seja, através das experiências vivenciadas.

Os profissionais de saúde deverão ser capacitados para atuar na prevenção de acidentes e violência, no intuito de promover comportamentos e ambientes saudáveis, levando em conta as características sociais e culturais, bem como os fatores de vulnerabilidade de cada grupo populacional (BRASIL, 2002)

Campos (2003) relata que o treinamento dos trabalhadores, direcionado a capacitá-los a detectar e evitar situações de risco ou adotar posturas e procedimentos adequados diante da violência, reduz a possibilidade de consequências graves e, por outro lado, pode haver certa preparação psicológica para redução das consequências psíquicas posteriores ao evento.

Dos 47 trabalhadores, apenas 43 informaram a chefia sobre os perigos de segurança e ameaças e 5 sobre o temor de represálias, como se pode observar na tabela 14.

Tabela 14 – Distribuição dos trabalhadores do Serviço de Urgência Hospitalar, segundo a categoria profissional e sobre a informação que se dá à chefia sobre os perigos por falta de segurança, sobre ameaças, no local de trabalho e sobre o temor de represálias. Londrina, 2004. (n=47).

VARIÁVEIS	CATEGORIA PROFISSIONAL								TOTAL	
	Médico		Enfermeiro		Técnico de Enfermagem		Auxiliar de Enfermagem			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Informa chefia*	12	85,7	6	85,7	9	100	16	94,1	43	91,5
Teme represália	1	8,3	0	0,0	0	0,0	4	25,0	5	11,6

* Não significativo pelo teste exato de Fisher p-valor = 0,5977

Os resultados mostram que 43 (91,5%) dos trabalhadores das equipes médica e enfermagem informaram à chefia quanto aos perigos por falta de segurança e por ameaças no trabalho. O teste exato de Fisher p – valor = 0,5977 não indicou diferenças significativas entre as variáveis categorias profissionais e informação à chefia.

Dos 43 (91,5%) dos trabalhadores que informam a chefia quanto aos perigos de segurança e ameaças no trabalho, 5 (11,6%) temiam represálias. A maioria 38 (88,4%) dos trabalhadores não as teme. Este resultado é muito importante porque demonstra que os trabalhadores que atuam no serviço de urgência do hospital em estudo colaboraram para prevenção dos perigos e ameaças, alertando suas chefias sem temer conseqüências para sua vida laborativa.

A OIT e a OMS (2002) recomendam que qualquer violência seja física, seja psicológica, não importa a gravidade deverá ser informada e registrada, além de ser analisada periodicamente como indicadores para melhorar as medidas de

segurança no trabalho. Enfatizam, também, que todos os trabalhadores devem saber como e onde informar, sem medo de represálias e críticas.

Na tabela 15 são apresentados os resultados obtidos dos trabalhadores das equipes médica e de enfermagem, quanto à segurança no trajeto para o trabalho.

Tabela 15 – Distribuição dos trabalhadores do Serviço de Urgência Hospitalar, por categoria profissional e quanto à segurança no trajeto para o trabalho. Londrina, 2004. (n=47).

CATEGORIA PROFISSIONAL	SEGURANÇA NO TRAJETO				TOTAL	
	SIM		NÃO		n	%
	n	%	n	%		
Médico	12	85,7	2	14,3	14	100
Enfermeiro	6	85,7	1	14,3	7	100
Técnico de Enfermagem	6	66,7	3	33,3	9	100
Auxiliar de Enfermagem	13	78,7	4	23,5	17	100
TOTAL	37	78,7	10	21,3	47	100

* Não significativo pelo teste exato de Fisher p-valor = 0,6886

A maioria, 37 (78%) dos trabalhadores que atua no serviço de urgência hospitalar sente-se seguro durante o trajeto para o trabalho, apenas 10 (21,3%) sentem-se inseguros. Dos 2 (14,3%) médicos que se sentem inseguros, um referiu “que o fato de estar na rua é uma insegurança”; o enfermeiro mencionou a insegurança no trânsito; um dos técnicos em enfermagem citou o “assalto na rua” e dos 4 (21,3%) auxiliares de enfermagem, dois mencionaram a insegurança no trânsito, um, a violência urbana e um, a agressão e o assalto.

O teste exato de Fisher p – valor=0,6886 não indicou diferença significativa entre as variáveis categorias profissionais e segurança no trajeto para o trabalho.

Londrina está localizada no Norte do Paraná. Segundo o censo demográfico de 2000 (IBGE), conta com uma população de 447.065 habitantes (PREFEITURA MUNICIPAL DE LONDRINA, 2002).

A insegurança no trajeto para o trabalho, mencionada pelos trabalhadores deste estudo, pode estar relacionada com os índices de violência na cidade. Em 2002, houve um aumento de 33,8 % no total de óbitos por causas externas, e no período de 1999 a 2002, a elevação foi de 230,6% somente para os homicídios (IWAKURA, 2002).

Em Londrina, no ano de 2002, do total de óbitos por homicídios entre pessoas de 15 a 29 anos, 95,8% envolveu armas de fogo (IWAKURA, 2002).

Em 1998, no Brasil, a taxa de mortalidade por causas externas foi de 73/100.000 habitantes. Em Londrina, esta taxa passou de 52,8/100.000 em 1999 para 82,4/100.000 em 2002. Somente com relação à mortalidade por homicídios, estes coeficientes foram de 16,3/100.000, em 1999, e 35,1/100.000 habitantes, em 2002 (IWAKURA, 2002).

Desde que começou a campanha do desarmamento, os homicídios diminuíram 35% em cidades médias do Paraná, como Londrina e Maringá (BASTOS, 2004).

No Brasil, em 1998, o novo Código de Trânsito Brasileiro (CTB) entrou em vigor, com um expressivo conjunto de medidas de prevenção para diminuição dos principais fatores de risco, envolvendo condutor, pedestre, veículos e via pública (BRASIL, 2002).

Os acidentes de transporte têm sido reduzidos gradativamente desde o ano de 2000, mas continua sendo a segunda causa externa de mortalidade em Londrina (IWAKURA, 2002).

As atividades de trabalho que estavam sendo realizadas pelos trabalhadores das equipes médica e de enfermagem, quando ocorreu a violência, estão descritas a seguir:

Segundo os médicos, a violência lhes foi feita durante a realização de atividades como: consulta médica, sutura, administração medicamentos e atendimento à parada cardiorrespiratória.

Os enfermeiros foram vítimas quando estavam realizando atividades como visita aos pacientes, atendimento ao público, orientação aos familiares e pacientes, fazendo cumprir as regras estabelecidas pela instituição e auxiliando no procedimento de entubação.

Segundo os técnicos em enfermagem, ela ocorreu quando estavam realizando atividades como: cuidados básicos de enfermagem, transporte de paciente, trabalhando no posto de enfermagem e aguardando junto ao paciente a consulta médica.

Os auxiliares de enfermagem foram vitimados quando estavam prestando cuidados gerais, triagem, restrição do paciente, administrando medicação e verificando resultado de exames.

Essa situação confirma que a maioria dos trabalhadores das equipes médica e de enfermagem são os expostos à violência ocupacional no serviço de urgência hospitalar, sendo o principal agressor o paciente, em seguida, os acompanhantes e familiares.

Moreno (2004) relatou que os trabalhadores de enfermagem do hospital geralmente sofriam agressões físicas durante o cuidado ao paciente e que, na maior parte dos casos, o trabalhador está sozinho não conseguindo se defender.

O trabalho isolado com pacientes durante exames ou tratamento também é considerado um fator de risco para violência ocupacional (U. S. DEPARTMENT OF LABOR, 2004).

Quanto às medidas de controle para prevenção dos problemas de violência ocupacional, os gerentes e trabalhadores mencionaram:

- Capacitar os trabalhadores das portarias de acesso dos pacientes, familiares e acompanhantes; das equipes médica e de enfermagem para saberem reconhecer e controlar situações de violência no trabalho.
- Contratar guardas de segurança por um período de 24 horas.
- Melhorar o sistema de controle de entrada de visitas no Serviço de Urgência.
- Instalar portas eletrônicas com abertura interna.
- Rever a estrutura física e adequar o ambiente para ficar mais fechado.
- Aumentar o número de trabalhadores nos plantões.
- Melhorar as acomodações para os pacientes.
- Ter rapidez na liberação dos resultados de Raios-X e exames laboratoriais.
- Promover acompanhamento psicológico para os trabalhadores, pelo fato de trabalharem em um setor estressante e de riscos em razão da violência ocupacional.
- Melhorar as condições de trabalho.

A OIT e OMS (2002) estabelecem diretrizes para prevenção e controle de medidas relacionadas à violência no local de trabalho como: educar de modo

continuado os trabalhadores de saúde para saberem identificar as situações de riscos, medidas de controle e prevenção desse fenômeno; melhorar o planejamento e evitar a sobrecarga de trabalho; prever tempo de descanso adequado para os trabalhadores; proporcionar acesso seguro ao local de trabalho; instalar alarme, câmeras, portas com travas internas e manter guardas de segurança nas entradas do hospital por 24 horas, principalmente nos setores de emergências; dispor de acentos confortáveis, materiais de leitura e televisão nas salas de esperas; proporcionar imediatamente atendimento médico, serviço de psicologia e jurídico aos trabalhadores afetados pela violência ocupacional; implantar e avaliar planos de medidas contra a violência; manter registros de informações de todos os incidentes. Também o estilo da direção é um ponto de referência dentro das instituições; a ela cabe manter uma comunicação aberta, com atitudes e comportamentos positivos para prevenir e eliminar os fatores de riscos relacionados à violência ocupacional.

Sendo assim, constatamos que algumas das medidas de controle para prevenção das violências ocupacionais mencionadas pelos trabalhadores que participaram deste estudo estão em concordância com as diretrizes estabelecidas pela OIT e OMS.

5.2.- Informações emitidas pelas gerências dos serviços médico e de enfermagem sobre os problemas de violência no local de trabalho.

Solicitamos aos gerentes dos serviços médico e de enfermagem que atuam no serviço de urgência hospitalar para o preenchimento do *Checklist*, Por meio dele identificamos os problemas de violência no local de trabalho.

Os gerentes foram unânimes quando relataram:

- No serviço de urgência freqüentemente é observado comportamento violento e de agressão contra a equipe de trabalho;
- Já ocorreu caso de violência no perímetro do hospital ou no trajeto para o trabalho;
- Os clientes/pacientes ou colegas de trabalho agredem, ameaçam, gritam, empurram, ou ofendem verbalmente trabalhadores ou fazem comentários raciais ou sexuais;
- Os trabalhadores são orientados a referir ameaças ou atos de violência ao empregador, independente do acidente/lesão ou gravidade;
- A segurança no local de trabalho é inadequada, as travas nas portas não são funcionais, as janelas não são seguras e não há barreiras físicas ou sistemas de segurança;
- Os trabalhadores ou membros da equipe de trabalho já foram agredidos, ameaçados, ou sofreram abusos verbais por partes dos clientes ou pacientes;
- Assistência médica e orientação foram oferecidas aos trabalhadores agredidos;
- Sistemas de alarme para serem acionados em caso de violência são inexistentes no serviço;
- Não há sistema de alarme, com botões – alarme de pânico, alarme silencioso ou sistemas de alarme pessoal de uso imediato;
- Não há guardas de segurança contratados no local de trabalho;
- Detectores de metais indisponíveis no local de trabalho.

Segundo os gerentes de enfermagem os trabalhadores não são treinados pelo empregador para reconhecer e lidar com comportamentos agressivos, violentos e de ameaças, O gerente do serviço médico referiu que este tipo de treinamento é proporcionado à equipe médica.

Um gerente de enfermagem e o gerente do serviço médico referiram que a violência é aceita como “parte do trabalho” por alguns gerentes, chefes, supervisores, e/ou trabalhadores. Que o acesso ao ambiente de trabalho e a liberdade de movimento não se franqueiam àquelas pessoas que têm uma razão legítima de estarem presentes. Também relataram que não existe espelhos e câmeras de circuito fechado para monitoramento da área do serviço de urgência.

Os dados obtidos mostram que o ambiente do serviço de urgência hospitalar em estudo é moderadamente seguro. Os trabalhadores estão expostos aos fatores de riscos para violência ocupacional e não são treinados a lidar com comportamentos agressivos. As principais medidas de prevenção, principalmente as indicadas por NIOSH (2002); OIT e OMS (2002), citadas anteriormente, não são utilizadas.

5.3 - Registros de incidentes de violência ocorridos no hospital:

No hospital, não se registram atos de violência ocupacional em formulário específico, os problemas de violência sofrida pelos trabalhadores são registrados por meio de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), e anualmente são confeccionadas planilhas com informações dadas pelas CATs. Por meio de consulta a essas planilhas foram levantados apenas oito episódios de violência ocupacional

no hospital, registrando-se que nenhum dos sujeitos que sofreram violência atuou no serviço de urgência.

As vítimas pertenciam às seguintes categorias: um operador da caldeira (12,5%), três auxiliares de enfermagem e uma estagiária do curso de Enfermagem (50%), uma agente comunitária do Programa Saúde da Família (12,5%), uma copeira (12,5%) e um porteiro (12,5%). Todas as vítimas sofreram agressão física.

Tentando levantar maiores informações, consultamos os prontuários das vítimas, constatando os atos de violência e as conseqüências das agressões que são descritas a seguir:

Uma auxiliar de enfermagem foi agredida por um paciente, outra foi assaltada no trajeto para o trabalho e sofreu agressão física de que resultaram contusões em várias partes do corpo e afastamento do trabalho. O terceiro registro é de um auxiliar de enfermagem, agredido por um paciente com mordida, esse necessitou de tratamento profilático com antiretroviral.

Uma estagiária de enfermagem foi agredida no crânio, com um suporte de soro, por um paciente, quando estava no corredor de uma unidade de internação. Foi encaminhada para o serviço de urgência hospitalar para realização da sutura e ficou um dia afastada do hospital.

Uma agente comunitária, ao realizar visita domiciliar, foi agredida no crânio, pelo paciente com um pedaço de madeira, de que resultaram escoriações, hematomas e edema. Ficou um dia de afastada do trabalho.

Um operador de caldeira foi assaltado após o horário de pausa da refeição durante o trajeto para o trabalho, foi atendido no hospital com crise hipertensiva, sendo medicado para reversão do quadro.

Uma copeira foi assaltada e agredida fisicamente no ponto de ônibus quando estava no trajeto para o trabalho. Foi encaminhada para o hospital onde se diagnosticou fratura de clavícula. Encontra-se afastada do trabalho há 8 meses.

Foi encontrado registro de agressão a um porteiro do sexo masculino, no entanto, as informações são incompletas, não permitindo identificar as condutas e consequências da agressão.

Arnetz (1998) relata que é complexo mensurar a extensão da violência no ambiente laboral, porque falta uma definição consistente de violência, uma vez que a literatura abrange conceitos de agressão desde física até verbal e a definição por parte das vítimas também varia, o que dificulta o diagnóstico da realidade.

Moreno (2004) refere que no Brasil não existe um instrumento próprio para a notificação das formas de violência no ambiente do trabalho. Instrumentos disponíveis para pesquisa são as CATs, os Boletins de Ocorrência Policial (BO) e as anotações em prontuário de pacientes ou em livro de ocorrências. Essas fontes não mostram a magnitude do problema, visto que nas CATs só são registradas as agressões físicas, e os BOs nem sempre são realizados.

Yassi (1994) refere que foram encontrados 242 registros de agressões físicas e 642 registros de agressão verbal em uma pesquisa realizada em um hospital de ensino no Canadá. A maioria das agressões registradas ocorreu entre os trabalhadores de enfermagem (80,2%), seguidas daquelas contra o pessoal de segurança (12,8%) e contra os médicos foi de apenas (1%). O autor acredita que haja uma subnotificação por parte dos médicos. Das agressões físicas, 126 casos resultaram em ferimentos e hematomas, 47 em cortes e lacerações e 23 em mordidas humanas e exposição aos fluidos do corpo.

6 Conclusões

6. CONCLUSÕES

O foco desta pesquisa foi a violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar. A partir do levantamento de problemas, formas e consequências da violência ocupacional contra os trabalhadores das equipes médica e de enfermagem, e registros de incidentes de violência no hospital, foi possível caracterizar os problemas de violência ocupacional neste serviço de urgência hospitalar.

A idade dos trabalhadores da equipe médica e de enfermagem variou de 20 a 52 anos, sendo a idade média da população estudada de 36,3 anos. Verificamos que a variação da idade na equipe médica foi maior do que na enfermagem.

Quanto ao sexo 92,3% dos indivíduos do sexo masculino e 85,7% do sexo feminino, foram vítimas de violência ocupacional.

Em relação à categoria profissional e a vítimas de violência, 89,4% da população em estudo foram vítimas de violência ocupacional, sendo 85,7% médicos, 100% enfermeiros, 88,9% técnicos em enfermagem e 88,2% auxiliares de enfermagem. Não foi encontrada associação estatística significativa entre categoria profissional e vítima de violência.

Das formas de violência apontadas pelos médicos, e trabalhadores de enfermagem, a maioria foi relacionada à violência psicológica representada, principalmente, por agressões verbais. No entanto os trabalhadores de enfermagem foram os mais vitimados por assédio moral.

A equipe médica e de enfermagem apontaram como principal agressor o paciente (57,1%), seguido dos acompanhantes (54,8%).

O ambiente de trabalho foi considerado pela maioria dos trabalhadores nem inseguro, nem seguro. A segurança do ambiente na opinião dos enfermeiros, foi menor que na opinião das outras categorias profissionais.

A maioria dos trabalhadores referiu que o ambiente físico do serviço de urgência hospitalar contribuiu para a violência ocupacional. As categorias profissionais foram unânimes em considerar a fácil acessibilidade dos pacientes e acompanhantes ao serviço e a falta de paciência do cliente em esperar pelo atendimento, como fatores contributivos à violência ocupacional.

Os relatos das conseqüências da violência para a saúde dos trabalhadores das equipes médica e de enfermagem foram majoritariamente relacionados à violência psicológica representada por sentimentos de tristeza, raiva, irritação, estresse e ansiedade.

Como fatores de risco relacionados à violência no trabalho, os trabalhadores citaram com mais freqüência (70,2%) pacientes alcoólatras, psicóticos, drogados e presidiários.

Outros aspectos considerados como riscos pelos trabalhadores foram: a falta de treinamento para lidar com situações violentas (48,9%), sobrecarga de demanda de pacientes atendidos (46,8%), ambiente estressante do ponto de vista da carga mental de trabalho (44,7%), mau atendimento prestado e a falta de melhores condições de trabalho, tornando-se isso fonte de revolta dos pacientes e de atos agressivos (38,3%) e a longa fila de espera (36,2%). Assim, constatamos que muitos desses fatores estão relacionados às condições de trabalho, à forma de organização desse trabalho e à peculiaridade do paciente atendido em situações de desequilíbrio, quando a vida corre perigo.

A maioria dos trabalhadores das equipes médica e de enfermagem informou a chefia na ocasião em que foram vítimas de violência ocupacional, embora as condutas tomadas não tenham agradado muitos dos trabalhadores e não existe registro dos atos de violência sofridos pelos informantes. Os registros de violências encontrados restringem-se aos episódios de violência física, caracterizados como acidente de trabalho.

Sabemos que o número de casos denunciados e registrados em relação à violência no trabalho, realmente sofrida, é pequeno, principalmente no setor de saúde, tornando difícil a elaboração e implantação de estratégias preventivas à violência. Por meio do diagnóstico das ocorrências de violência no local de trabalho, medidas preventivas podem ser planejadas e implementadas para controlar o referido problema e oportunizar um ambiente seguro de trabalho.

Dos 91,5% dos trabalhadores que informaram a chefia sobre os perigos pela falta de segurança e por ameaças no trabalho, 11,6% teme represálias. Este resultado é importante porque indica a necessidade de implementação de estratégia para que haja fluxo dos registros de atos violentos para que o trabalhador não tenha medo de denunciá-las.

Os gerentes das equipes médica e de enfermagem consideraram o ambiente do serviço de urgência hospitalar como moderadamente seguro, embora não exista sistemas de alarme, guardas de segurança, detectores de metais, travas nas portas, e no ambiente de trabalho alguns profissionais tenham sido agredidos, ameaçados, ou tenham sofrido abusos verbais por parte dos pacientes. Reconheceram que os trabalhadores estão expostos aos fatores de risco para a violência ocupacional e não são treinados para lidar com comportamentos agressivos.

Os 8 registros de violência ocupacional documentados nos últimos 7 anos, indicam que as vítimas sofreram agressão física, assalto no local de trabalho e assalto no trajeto. As consequências das violências sofridas foram: escoriações, contusão, fraturas, hipertensão arterial, cortes, edema, hematomas e incapacidade laborativa.

O contexto do processo de trabalho do serviço de urgência impõe doses consideráveis de sofrimento a seus trabalhadores, como a luta contra a morte e a incapacitação dos clientes, o volume de demandas que requer cuidados imediatos, o número inadequado de trabalhadores diante da demanda de clientes, a sobrecarga de trabalho e as emoções decorrentes de óbitos e tratamentos penosos, são fatores estressantes no ambiente de trabalho que contribuem para a ocorrência de incidentes de violência.

Constatamos que a hipótese formulada nesta pesquisa foi confirmada, uma vez que inúmeros problemas de violência foram identificados tanto pelos trabalhadores das equipes médica e de enfermagem como pela gerências desses serviços. No entanto, os registros de violência ocupacional apontaram falhas e subnotificações.

Diante do diagnóstico realizado a respeito da situação da violência no serviço de urgência hospitalar, nesta pesquisa, e das sugestões feitas pelos trabalhadores, elaboramos uma lista de medidas a serem implementadas pelo hospital visando à prevenção da violência no ambiente de trabalho.

As medidas sugeridas são:

- Instalar sinalização de emergências, alarmes e sistema de monitoramento com espelhos e câmeras;

- Instalar dispositivos de segurança como detectores de metal para impedir a entrada de pessoas armadas no interior do serviço;
- Desenvolver um sistema para alertar o pessoal de segurança quando há ocorrência de violência;
- Contratar guardas de segurança para as portarias;
- Colocar portas eletrônicas com abertura interna;
- Realizar educação permanente para o pessoal da portaria, equipes médica e de enfermagem para lidar com situações de conflitos e com pacientes, familiares e acompanhantes agressivos;
- Melhorar o sistema de controle de visitas e/ou acompanhantes;
- Melhorar a acomodação para os pacientes e criar áreas com recreação para acomodar pacientes e visitantes quando há atraso no atendimento;
- Quando ocorrer atraso no atendimento, informar e justificar para os pacientes sobre o motivo da demora, dando-lhe satisfações;
- Fazer reuniões freqüentes para mudanças de rotinas e condutas;
- Agilizar os resultados de exames de Raios-X e laboratoriais;
- Propiciar a atuação do Grupo de Humanização do hospital no serviço de urgência hospitalar;
- Propiciar aos trabalhadores apoio psicológico para os que necessitarem;
- Melhorar as condições de trabalho;
- Criar um método sistemático de registro de todas as formas de violência ocupacional e realizar intervenções, conforme o caso;

- Fazer inspeção constante do ambiente laboral, a fim de eliminar fatores de riscos de violência ocupacional;
- Informar os trabalhadores do hospital em estudo, através do Boletim Informativo, sobre temas referentes à não-violência e sobre as conseqüências da violência para a saúde do trabalhador;
- Formar um comitê multidisciplinar e implantar um programa de prevenção de violência para o hospital, baseado nas diretrizes da OIT e OMS.

Assim, finalizamos considerando que é direito do trabalhador desenvolver suas atividades laborais em um ambiente de trabalho seguro, e esse fator é primordial para a prestação de uma assistência de saúde de boa qualidade.

Referências

REFERÊNCIAS

ADIB, S. M.; AL-SHATTI, A. K.; KAMAL, S.; EL-GERGES, N.;AL-RAQUEM, M. Violence against nurses in healthcare facilities in Kuwait. **International Journal of Nursing Studies**, v. 39, 2002, p. 469-478.

AGÊNCIA EUROPÉIA PARA SEGURANÇA E A SAÚDE NO TRABALHO. Violência no trabalho. **FACTS**. 2002. Disponível em: < http://agency.osha.eu.int/publications/factsheets/24/pt/FACTSHEETSN24-PT_.PDF> Acesso em: 6 abr. 2004.

ARNETZ, J. E. The violent incident form (VIF): a practical instrumental for the registration of violent incidents in the health care workplace. **Work and Stress**, v.12, n.1, p.17-28, 1998.

ARNETZ, J. E.; ARNETZ, B.B.; PETTERSON, I.L. Violence in the nursing profession: occupational and lifestyle risk factors in Swedish nurses. **Work and Stress**, v.10, n.2, p.119-127. 1996.

BARBOSA, J. **Ministério da Saúde cobra desarmamento como fator de valorização da vida**. Disponível em: < <http://sna.saude.gov.br/?id=182>> Acesso em: 23 jun. 2004.

BASTOS, T. M. **Thomaz Bastos defende penas alternativas e comemora desarmamento**. Disponível em: < <http://www.pc.ms.gov.br/PCivil/Artigos/Thomaz+Bastos+defende+penas+alternativas+e+comemora+desarmamento.htm>> Acesso em: 13 dez. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos: resolução n.196 de 10 de outubro de 1996. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 21, v.21, n.1, p.52-61, jan/fev. 1997.

_____. _____. Secretaria de Políticas de Saúde. Política nacional de redução da mortalidade por acidentes e violência. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.4, p.427-430, 2000.

_____. _____. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências: Portaria MS/GM nº737, 16 de maio de 2001. **Legislação de Saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, n.8, p.64, 2002.

CAMPOS, A. Violência e trabalho. In: MENDES. R. **Patologia do trabalho**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003. cap. 40, 2 v, p.1642-1655.

CHEN, Z. N.; WANG, S. Y.; JING, C. X. Prevalence of workplace violence in staff of two hospitals in Guangzhou. **Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi**, China v.37, n.5, p. 358-60, set. 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd>> Acesso em: 27 fev. 2004.

CIVIL.**What is workplace violence?** Disponível em<<http://civil.nih.gov/whatis/facts.html>> Acesso em: 26 abr. 2003.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Não ao trabalho forçado**. 2001. Genebra. Relatório Global do Seguimento da Declaração da OIT. Disponível em:<http://www.ilo.org/public/portugue/region/ampro/brasil/inf/publ/catalogos/livros/trab_esc/trab_esc.htm> Acesso em: 15 abr. 2004.

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA. La violencia. Epidemia mundial. **Boletín del CIE**. 1999. Disponível em: <<http://www.icn.ch/mattersviolencesp.html>> Acesso em: 19 fev. 2004.

_____. **Abuso y violencia contra el persona de enfermería**. Declaración de posición del CIE. 2000. Disponível em: <<http://www.icn.ch/psviolence00sp.htm>> Acesso em: 19 fev. 2004.

COSTA, Heloniza. Violência é problema de saúde pública. **Jornal de Londrina**, Londrina, 21 out. 2002. p. 6A.

DESLANDES, S.F. **Violência no cotidiano dos serviços de emergências**: representações, práticas, interações e desafios. 2000. 223f. Tese (Doutorado em Ciências na área da Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

DI MARTINO, V. **Workplace violence in the health sector** – country case studies(Brazil, Bulgária, Lebanon, Portugal, South África, Tailand, and an additional Australian study). 2002. Disponível em:<<http://www.ilo.org/public/english/bureau/inf/pr/2002/49.htm>>Acesso em :4 out. 2004.

EASTMAN, A. C. Relatório mundial sobre a violência e a saúde da OMS: uma resposta ao desafio das violências. **Revista da Saúde**, Genebra, n.3, p.12-13, dez. 2002.

FERRINHO, P.; BISCAIA, A.; FRONTEIRA, I.; CRAVEIRO, I.; ANTUNES, A. R.; CONCEIÇÃO, C.; FLORES, I.; SANTOS, O. **Patters of perceptions of workplace in the portuguese health care sector**. 2003. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=14613526>>. Acesso em: 27 fev. 2004.

FIGUEIRA, R. R.; MARQUES, N. **Trabalho escravo**: apresentação e dados de 2000. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/denunciar/JusticaGlobal/TrabalhoEscravo.html>> . Acesso em: 16 abr. 2004.

GLOBALIZAÇÃO ajuda a agravar trabalho escravo, diz OIT. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 28 mar. 2004. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/brasil/utl96u59585.shtml>>. Acesso em: 16 abr. 2004.

HIRIGOYEN, M. F. **Mal-estar no trabalho**: redefinindo o assédio moral. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

INTERNATIONAL LABOR ORGANIZATION (ILO). **Safe work-Violence at work**. 2000. Disponível em: <www.ilo.org/public/english/protection/safework/violence> Acesso em: 20 nov. 2004.

IWAKURA, M. L. H. **Mortalidade por causas violentas em Londrina, 2002**. Disponível em: <www.londrina.pr.gov.br/saude> Acesso em: 13 jan. 2005.

KLINTOWITZ, J. O século marcado pelo terror. **Revista Veja**, ano 37, n.11, p.43-47, mar. 2004.

MARTINS, L. A. N. **Saúde do médico**. Disponível em: <<http://www.simesp.com.br/>> Acesso em: 20 nov. 2004.

MARZIALE, M. H. P. A violência no setor saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.6, 1-2, mar./abr. 2004a.

_____. Cuidando de quem cuida: saúde e segurança no trabalhador de enfermagem. In: FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM, 4, 2004b, Uberlândia. **Anais...**Uberlândia: UFU, 2004. p.43-52.

MELLO JORGE, M. H. P. Violência urbana e impacto na saúde das populações. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.28, n.1, p.57-62, jan/mar. 2004.

MINAYO, M. C. S. Violência como indicador de qualidade de vida. **ACTA Paulista Enfermagem**, v.13, n.especial, p.159-180, Parte I, 2000.

_____. Temos um tipo de violência que não é só brasileiro. **Revista da Saúde**, n.3, p.18-21, dez. 2002.

MORENO, L. C. **Violência e capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem**. 2004. 178 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

MORENO, M. M.; KLIJN, T. P. Violência hospitalaria em pacientes. **Ciência y Enfermería**, v.9, n.1, jun. 2003.

MUROFUSE, N. T. **O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem da Fundação Hospitalar do estado de minas Gerais**: reflexo das mudanças no mundo do trabalho. 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) Universidade de São Paulo. Escola de enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto. 2004.

NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL HEALTH (NIOSH). Centers for Disease Control and Prevention. **Violence occupational hazards in hospitals**, 2002. Disponível em: < www.cdc.gov/niosh/2002-101.html>. Acesso em: 29 mar. 2004.

OLIVEIRA, J. E. G; TOMÉ, L. A.; TOGASHI, L. H. Segurança dos médicos: violência e suas conseqüências em estabelecimentos de saúde de São Paulo. In: **Desgaste físico e mental do cotidiano médico**, São Paulo. SIMESP, 2002. p. 152-169.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Violência na saúde**: internacional. Lisboa, 2002a. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/?pgnoticias_comp&id=29&act=0> Acesso em: 20 nov. 2004.

_____. **Violência sobre enfermeiros**. Portugal, 2002b. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/?pgnoticias_comp&id=29&act=0> Acesso em: 20 nov. 2004.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. **Violencia en trabajo:** un problema mundial. Lunes 20 de julio de 1998. Publicación simultánea en Ginebra Y Washington D.C (OIT/98/30) Comunicado de prensa de la OIT.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Diretrizes marco para afrontar la violencia laboral em el sector de la salud.** Ginebra. 2002. 33p. Disponível em: <http://www.icn.ch/SEW_Violence_guidelineSP.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2004.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Informe mundial sobre la violencia y la salud.** Ginebra. 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **44º Consejo directivo.** Repercusión de la violencia en la salud de las poblaciones americanas. Septiembre, 2003. Disponível em: <<http://www.Paho.org/spanish/gov/cd44-15-s.pdf>> Acesso em: 17 abr. 2004.

O TRISTE mapa da violência. **Jornal Gazeta do Povo**, Paraná, 18 ago. 2000. p.14.

PREFEITURA MUNICIPAL DE LONDRINA. **Londrina em dados.** 2002. Disponível em :< <http://www.londrina.pr.gov.br/cidade/londados.php3>> Acesso em: 21 dez. 2004.

RACETTE, K. Violence in the work place. **Radial Technol**, n.4, p.329-37, 2001.

RODRIGUES, V. Os criminosos não entregam armas. **Jornal de Jundiaí.** São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://www.jj.com.br/jj2/cidades/cidades26122004-06.html>> Acesso em: 13 dez. 2004.

SANTOS JÚNIOR, E. A.; DIAS, E. C. Violência no trabalho: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira medicina do trabalho.** Belo Horizonte, v.2, n.1, p.36-54, jan./mar. 2004.

SANZ, P. L.; SUAZO, S. V. Violencia: fenomeno relevante de estudo em campos clinicos intra-hospitalares de enfermería. **Ciência y Enfermería**, v.8, n.2, dez. 2002.

SCULLY, B. The instinctive way to tackle workplace violence. **Australian Nursing Journal**, Austrália, may. 2001. p.32.

SECRETARIA DE COMUNICAÇÃO DE GOVERNO E GESTÃO ESTRATÉGICA DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Desarmamento para evitar a violência. **em questão**, Brasília, 81, set. 2003. Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/emquestao/>> Acesso em: 3 nov. 2003.

SILVA FILHO, J. V. **A violência no Brasil requer ações concretas**. Disponível em: <<http://aprasc.com.br/policia/acoes.asp>>. Acesso em: 21 mar. 2004.

SINDICATO DOS MÉDICOS DE SÃO PAULO. Estudo de violência nos serviços de saúde. **Jornal do CREMESP**, São Paulo, 182, out. 2002. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/crmonline/jornalcrm/novo_jornal/corpo.php?MaterialId=82> Acesso em: 20 nov. 2004.

_____. **Médicos em pânico**. Disponível em: <<http://www.simesp.com.br/>> Acesso em : 20 nov. 2004.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S.; NJAINE, K.; CRUZ, A. J. M.; SILVA, H.B.; SANTOS, F.C.L.; MOREIRA C. O. Tendências da produção científica brasileira sobre violência e acidentes na década de 90. In: MINAYO, M. C. de S. et al. **Violência sob o olhar da saúde**: infrapolítica da contemporaneidade brasileira, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 284p.

SURVEY shows endemic nature of workplace violence. **Australian Nursing Journal**, Austrália, jul. 2002. p.6.

TRABALHO escravo. Disponível em: <http://www.dhmetorg.br/directes/brasil/legislativo/cdhcf/cartilha_CDH/10.TrabalhoEscravo.html> . Acesso em: 16 abr. 2004.

TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO. **Fiscal do trabalho escravo pede segurança para os colegas**. Disponível em: < http://ext02.tst.gov.br/pls/no01/no_noticias.Exibe_Noticia?p_cod_noticia=3831&p_cod_area_noticia=ASCS>. Acesso em: 1 abr. 2004.

US. DEPARTMENT OF LABOR.Occupational Safety and Health Administration. **Guidelines for preventing workplace violence for health care and social service workers**. 2004. Disponível em:<<http://www.osha.gov/SLTC/etools/hospital/hazards/workplaceviolence/viol.html>> Acesso em: 19 fev. 2004.

_____. **Workplace Violence Checklist** OSHA 3148 1996. Disponível em: <
:http://www.osha.gov/SLTC/etools/hospital/hazards/workplaceviolence/checklist.ht
ml>Acesso em: 19 fev. 2004.

VIEIRA, S. **Bioestatística**: tópicos avançados. Rio de Janeiro: Campus, 2003.

YASSI, A. Assault and abuse of health care workers in a large teaching hospital.
Canada Med. **Association Journal**, v.151, n.9, nov. 1994. p.1273-1279.

Apêndices

APÊNDICE A – Termo de consentimento

Esta pesquisa faz parte de um projeto e tem como título: Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da cidade de Londrina – Paraná.

Eu, Eliene Simões Cezar, aluna do Mestrado em Enfermagem Fundamental da Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, orientanda da Profª Drª Maria Helena Palucci Marziale, preciso da sua colaboração para a realização desta pesquisa.

A equipe médica e de enfermagem podem sofrer diversas formas de violência no local de trabalho como agressão verbal, agressão física, coerção psicológica e intimidação que criam um ambiente hostil e conseqüentemente causam efeitos físicos e psíquicos.

Além das conseqüências individuais, a qualidade dos serviços de saúde corre perigo, porque há uma diminuição da produtividade, afetando negativamente o desempenho das tarefas, nas relações interpessoais, colaborando para o aumento das faltas ao trabalho.

Esta pesquisa tem o objetivo de caracterizar os problemas de violência no trabalho para trabalhadores da equipe médica e de enfermagem no serviço de urgência hospitalar.

A população e a amostra serão constituídas por 58 trabalhadores, sendo 33 trabalhadores da equipe de enfermagem e 25 da equipe médica.

A coleta de dados será através de um roteiro (APÊNDICE B) que contém questões abertas e fechadas. A fim de identificar os problemas de violência no local de trabalho será entregue às gerências do serviço médico e de enfermagem um formulário (ANEXO B) para preenchimento.

Sendo assim, solicito o seu consentimento para incluí-lo em meu estudo e asseguro manter sigilo, fazendo uso da sua participação somente para avaliação científica deste trabalho dentro dos princípios éticos que devem nortear a pesquisa e nossa profissão.

Gostaria de esclarecer que a sua participação não implicará em remuneração financeira e caso não deseje participar, você tem a liberdade de fazê-lo, tanto no início como no decorrer da entrevista, sem nenhum prejuízo para sua pessoa.

Em caso de dúvida, coloco-me à disposição:

Eliene Simões Cezar Fone: (43) 3322-3049 ou 9117-0683.

Agradeço-lhe a valiosa colaboração.

Declaro que fui informado sobre a pesquisa e concordo em participar.

Londrina, de de 2004.

Nome: _____

Assinatura

Eliene Simões Cezar

APÊNDICE B – Roteiro para coleta de dados sobre a violência no trabalho em serviços de urgência hospitalar.

Data: ____/____/____

Início: _____ Término: _____

I. Dados Gerais

Iniciais do nome do trabalhador: _____ Código: _____

2. Sexo: () Masculino () Feminino

3. Raça: () Branca () Negra () Amarela () Outra.

4. Estado Civil: () Solteiro () Casado () Viúvo Outro _____

Especificar

5. Idade: _____ anos

6. Tempo de serviço no setor de urgência: _____ meses

_____ anos

7. Quantas horas você trabalha por dia?

() 6 horas () 12 horas () Outro horário _____

Especificar

8. Qual é o seu turno de trabalho?

() Matutino () Vespertino () Noturno () Alternado _____

Especificar

9. Qual é sua profissão?

() Médico () Enfermeiro () Técnico em enfermagem () Auxiliar de Enfermagem

II. Dados sobre violência no trabalho

a) Dê um exemplo de violência no trabalho?

b) Você sofreu nos últimos 12 meses alguma forma de violência no trabalho?

() Sim () Não

c) Caso a resposta anterior for afirmativa, assinale quais as formas de violência que você sofreu?

() Agressões físicas (exemplos: arranhar, beliscar, dar ponta pés, esmurrar, dar tapas, empurrar, morder, apertar contra a parede, agredir com o uso de objetos ou arma.

() Agressões verbais (aquelas que muitas vezes resultam em humilhação e indicam falta de respeito com a dignidade do indivíduo. Exemplos: insulto, ofensas, usa de tom de voz agressivo e alto, desvio de função, desmoralização pública, ignorância quanto a presença do trabalhador, sugestão para que o trabalhador peça demissão).

() Assédio sexual (é o constrangimento que tem o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual).

- Caso tenha ocorrido esta forma de violência ela foi: () verbal () física

() Assédio psicológico ou moral (é qualquer conduta abusiva; comportamento, gestos, palavras, omissões, silêncio, pressões emocionais, atos) que atende por repetição, causando dano à personalidade e à dignidade psíquica ou física, ameaçando o seu emprego ou degradando o ambiente de trabalho).

() Competição entre os colegas

() Roubo

- () Ameaças no trajeto para o trabalho
- () Acidentes durante o trajeto para o trabalho. Qual tipo? _____
- () Discriminação. Qual? _____
- () Outros tipos. Quais? _____

d) A agressão sofrida foi por parte de quem?

- () Chefia () Colega de trabalho () Paciente () Pessoa da comunidade
- () Acompanhante () Outra _____

Especificar

e) Assinale em uma escala de 0 a 10 quanto a segurança no ambiente de trabalho:

(0) inseguro (10) Seguro

Escala |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

f) O ambiente físico contribui para a violência no seu local de trabalho?

- () Sim () Não

Se sim, por que aconteceu a violência?

g) O que você sentiu e quais foram as conseqüências para a sua vida pessoal e profissional após ter sofrido o ato de violência? (Pode ser assinalada mais que uma resposta)

() Medo do agressor ou de voltar a ser vítima	() Raiva
() Ansiedade	() Depressão
() Tristeza	() Sentimento de culpa
() Prejuízo financeiro	() Vergonha
() Incapacidade	() Estresse

☐ Sentimento de baixa da auto-estima	☐ Irritação
☐ Lesão física. Qual? _____	☐ Faltou no trabalho
☐ Outras. Quais? _____	☐ Humilhação
☐ Perdeu a satisfação no trabalho	☐ outro _____
☐ Não teve reação ou conseqüências.	Especificar

h) Qual é o fator de risco mais importante para o trabalhador neste serviço de urgência hospitalar?

- ☐ Pacientes violentos (alcoólatras, psicóticos, drogados, presidiários, outros)
- ☐ Médicos violentos
- ☐ Equipe de enfermagem violenta
- ☐ Chefe violento
- ☐ Disponibilidade, no ambiente, de objetos de roubos tais como medicamentos, dinheiro, equipamentos
- ☐ Falta de pessoal treinado para lidar com situações violentas.
- ☐ Mau atendimento tornando-se fonte de revolta de pacientes
- ☐ Filas de espera longa.
- ☐ Área de estacionamento com iluminação deficiente.
- ☐ Recurso de equipamentos e materiais insuficientes e inadequados.
- ☐ Equipe com escassez de trabalhadores.
- ☐ Quartos e corredores superlotados.
- ☐ Sobrecarga de demanda de pacientes atendidos
- ☐ Ambiente estressante do ponto de vista da carga mental de trabalho
- ☐ Ambiente estressante do ponto de vista da carga física trabalho
- ☐ Outros. Quais? _____

i) Você informou sua chefia quando sofreu algum tipo de violência no trabalho?

() Sim _____ () Não _____

Qual a conduta que foi tomada?

Por que?

j) Você considera importante que qualquer tipo de violência no trabalho seja registrado?

() Sim () Não

k) Os trabalhadores são treinados para controlar clientes difíceis e agressivos?

() Sim () Não

l) Você é orientado quanto a controlar conflitos entre o paciente, os familiares e os trabalhadores?

() Sim () Não

m) Você informa a chefia sobre os perigos de segurança no local de trabalho ou sobre ameaças?

() Sim () Não

n) Caso informe teme alguma represália?

() Sim () Não

o) Você sente-se seguro no trajeto para o trabalho?

() Sim () Não _____

O que lhe deixa inseguro?

p) Qual a tarefa de trabalho que estava sendo executada quando o incidente de violência aconteceu?

q) Que medidas você recomendaria para eliminar ou reduzir os problemas relacionados à violência em seu ambiente de trabalho?

Anexos

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética e Bioética em Pesquisa

IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA

CEP 129 /04
Ofício nº 021/04 ISCAL

Londrina, 03 de junho de 2004.

Ilma. Sra.:
Elieze Simões Cezar

O Comitê de Bioética e Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Irmandade Santa Casa de Londrina de acordo com orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde/MS, **APROVA** a realização do Projeto **Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da cidade de Londrina - Paraná**

E informamos que deverá ser comunicado, por escrito, qualquer modificação que ocorrer no desenvolvimento da pesquisa, e que segundo esta resolução citada, no § 3º do art. IX, deve ser encaminhado a este Comitê, relatório final da pesquisa.

Desejamos sucesso e êxito na realização do mesmo que contribuirá no aprimoramento da assistência à saúde.

Atenciosamente,

Jc. Elieze Maria Perdes Damand
Coordenadora do Comitê de Ética e Bioética
em Pesquisa da Irmandade da Santa Casa de Londrina

ANEXO – B Checklist* de violência no local de trabalho.

Este instrumento auxilia na identificação de problemas de violência no local de trabalho.

Para as afirmações verdadeiras assinale com letra X dentro dos parênteses () V.

Para as afirmações falsas assinale com a letra X dentro dos parênteses () F.

- () V () F No serviço de urgência freqüentemente são observados comportamentos violentos e de agressão contra a equipe de trabalho.
- () V () F Já ocorreram casos de violência no perímetro do hospital ou no trajeto para o trabalho.
- () V () F Os clientes / pacientes ou colegas de trabalho agredem, ameaçam, gritam, empurram, ou abusam verbalmente de trabalhadores ou fazem comentários raciais ou sexuais.
- () V () F Os trabalhadores são orientados a reportar incidentes ou ameaças de violência ao empregador, independente do acidente/lesão ou gravidade.
- () V () F Os trabalhadores foram treinados pelo empregador para reconhecer e lidar com comportamentos agressivos, violentos e ameaças.
- () V () F A violência é aceita como “parte do trabalho” por alguns gerentes, chefes, supervisores, e / ou trabalhadores.
- () V () F O acesso ao local de trabalho e a liberdade de movimentar-se nele, não são restritos àquelas pessoas que têm uma razão legítima de estar presente.

* O *checklist* foi adaptado do utilizado pelo governo americano (U. S. DEPARTMENT OF LABOR, 1996).

Fonte: <http://www.osha.gov/SLTC/e tools/hospital/hazards/workplaceviolence/checklist. html>

- ()V ()F A segurança do local de trabalho é inadequada, as travas nas portas não são funcionais, as janelas não são seguras e não há barreiras físicas ou sistema de segurança.
- ()V ()F Os trabalhadores ou membros da equipe de trabalho já foram agredidos, ameaçados, ou sofreram abusos verbais por parte dos clientes ou pacientes.
- ()V ()F Foi oferecida aos trabalhadores agredidos assistência médica e orientação.
- ()V ()F Existe no serviço sistema de alarme para ser acionado em caso de violência.
- ()V ()F Há sistemas de alarme, como botões – alarme de pânico, alarme silencioso ou sistema de alarme pessoal a serem usados para assistência de segurança imediata.
- ()V ()F Não existe treinamento quanto ao uso correto de soar o alarme.
- ()V ()F Os sistemas de alarme são testados mensalmente para assegurar seu funcionamento apropriado.
- ()V ()F Há guardas de segurança contratados no local de trabalho.
- ()V ()F Existem espelhos e câmeras de circuito fechado para monitoramento da área do serviço de urgência.
- ()V ()F Os espelhos e câmeras de circuito fechado não são usados para monitorar áreas de perigo.
- ()V ()F Detectores de metais não estão disponíveis ou não são usados no local.
- ()V ()F Os trabalhadores trabalham onde não há disponibilidade de uma assistência rápida no caso de serem agredidos.

Dados de quem preencheu o formulário:

Nome: _____

Cargo ou função: _____

Profissão: _____