THAIS FONSECA LIMA

**Exposição à violência comunitária durante o trabalho e seus efeitos
na prática profissional na estratégia saúde da família: um estudo de
corte-transversal no município de São Paulo**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em
Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientadora: Profa. Dra. Maria Fernanda
Tourinho Peres

**São Paulo
2017**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Lima, Thais Fonseca

Exposição à violência comunitária durante o trabalho e seus efeitos na prática profissional na estratégia saúde da família : um estudo de corte-transversal no município de São Paulo / Thais Fonseca Lima. -- São Paulo, 2017.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Medicina Preventiva.

Orientador: Maria Fernanda Tourinho Peres.

Descritores: 1.Atenção primária em saúde 2.Violência no trabalho 3.Pessoal de saúde 4.Prática profissional 5.Violência 6.Estudos transversais

USP/FM/DBD-064/17

Dedico

*A todos os profissionais comprometidos e
apaixonados pela saúde coletiva, que,
diariamente, consolidam o SUS.*

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dra. Maria Fernanda Tourinho Peres, pela oportunidade, pela confiança, pelos conhecimentos compartilhados e, principalmente, por ter me ajudado a crescer enquanto pesquisadora.

Ao Prof. Dr. Paulo Rossi Menezes, pela concessão de parte dos dados do Estudo PANDORA-SP (*Panorama of Primary Health Care Workers in São Paulo, Brazil: Depression, Organizational Justice, Violence at Work, and Burnout Assessments*).

À Profa. Dra. Andréa Tenório Silva, por toda a confiança, pelos ensinamentos e por todas as valiosas contribuições para o desenvolvimento deste estudo desde o princípio. E por ter confiado parte dos dados de seu doutorado, o Estudo PANDORA-SP.

À Banca de Qualificação composta pela Profa. Dra. Cláudia Barros, Profa. Dra. Dulce Maria Senna e Profa. Dra. Lilia Blima Schraiber, pela generosidade e pelas preciosas contribuições.

À Profa. Dra. Lilia Blima Schraiber, por ter compartilhado o questionário *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence*, que serviu de base para investigar questões de violência no trabalho neste estudo.

À Lilian e à Gorete, pelas informações, pelo apoio e pela prontidão dedicada ao longo desses anos.

Ao Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP que, desde o aprimoramento em saúde coletiva, tem contribuído para minha formação profissional.

Às queridas mestras, Profa. Dra. Dulce Maria Senna e a Profa. Dra. Umaia El-Khatib, que compartilharam mais que seus conhecimentos teóricos, compartilharam afeto e histórias de vida, que auxiliaram na minha formação acadêmica e humana.

Aos meus pais queridos, Vera e João, ao amor por mim dedicado desde sempre, e por sempre terem apoiado meus sonhos e minhas escolhas.

Aos meus avós, Lourdes e Francisco (*in memoriam*), pelos cuidados e por me despertar a importância do estudo.

A meu irmão, João Vitor, e a minha segunda mãe, Tânia, que me deram a oportunidade de vivenciar uma nova forma de amar.

Ao meu companheiro de estrada, Bruno Torquato, que esteve ao meu lado durante essa jornada, e com amor intenso, carinho e dedicação contribuiu de diversas formas para a realização desse trabalho.

Aos meus irmãos da saúde coletiva, Denise Zakabi, Fernando Pessoa, Daiana Bonfim, Juliana Ribeiro e Talita Faria, pelos momentos de angústia, pelas alegrias e pelas discussões calorosas sobre o SUS.

Às minhas queridas irmãs que a vida me deu, Karen, Marina, Priscila, Fabiana, Kátia e Daniela, que estiveram sempre ao meu lado e me ensinaram o verdadeiro significado da palavra amizade.

À minha eterna equipe de trabalho do Centro de Saúde 03 de Samambaia, Patrícia, Nádia, Michellyne, Marla, Vantuil, Adriana, Célia e Marcos, que foram essenciais para a realização desse trabalho, por todo carinho, pela força, pelas caronas e pelas acolhidas nas horas mais difíceis.

Às minhas amigas Juliana e Andrezza, pelos momentos compartilhados, pelas tardes de conversa, pelos desabafos e pelo apoio.

Aos excelentes profissionais e companheiros de luta diária na APS, Sergio da Mata, Débora Gonçalves, Ana Karla e Marcos Trajano, pelas lágrimas, risadas e discussões calorosas.

À Secretaria de Saúde de Estado do Distrito Federal, pela liberação de carga horária para a realização desse trabalho.

E, por fim, a Deus, que orquestrou de forma incrível essa jornada.

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE QUADROS

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE TABELAS

RESUMO

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO.....	2
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	7
2.1 Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família.....	7
2.1.1 Processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família	12
2.2 O Fenômeno da violência na saúde coletiva	15
2.2.1 Definições e tipos de violência.....	18
2.2.2 Violência no local de trabalho.....	20
2.2.3 Magnitude do problema nos serviços de saúde	22
2.2.4 Fatores associados ao risco de sofrer violência no local de trabalho	25
2.2.4.1 Fatores de risco individuais	27
2.2.4.2 Fatores de risco no trabalho	29
2.2.4.3 Fatores de risco sociais	31
2.2.5 Consequências para a saúde do profissional	31
2.2.6 Consequências para os serviços de saúde	34
3 OBJETIVOS.....	38
3.1 Objetivo geral.....	38
3.2 Objetivos específicos	38
4 MÉTODO	40
4.1 Tipo de estudo e amostra.....	40
4.2 Materiais e pesquisa de campo	41
4.3 Variáveis e medidas	42
4.3.1 Variáveis independentes (exposição principal)	42
4.3.2 Variáveis dependentes (desfechos de interesse)	43

4.3.3 Variáveis independentes (covariáveis)	44
4.4 Análise.....	45
4.5 Considerações éticas	47
5 RESULTADOS	49
5.1 Características da amostra.....	49
5.2 Associação entre exposição à violência e alteração na prática profissional por sentir-se ameaçado ou com medo	53
5.2.1 Deixar de notificar casos de violência	53
5.2.2 Deixar de realizar visita domiciliar	55
5.2.3 Deixar de circular pelo território	57
5.2.4 Deixar de abordar algum tema em saúde	59
5.2.5 Deixar de seguir a sequência dos pacientes agendados	61
5.2.6 Qualquer alteração na prática profissional.....	63
6 DISCUSSÃO.....	68
6.1 Violência: tipos e prevalências	69
6.2 Relação entre alterações na prática profissional e violência no local de trabalho	71
6.3 Limitações e pontos fortes.....	78
6.4 Sugestões para a gestão e para estudos futuros.....	79
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
8 ANEXOS.....	86
8.1 Anexo A – Questionário – Dados sociodemográficos, econômicos e sobre o trabalho	86
8.2 Anexo B – Questionário – Módulo exposição à violência.....	87
8.3 Anexo C – Questionário sobre a exposição à violência comunitária e seus impactos na organização dos serviços/práticas de cuidado.....	89
8.4 Anexo D – Comitê de Ética em Pesquisa	90
9 REFERÊNCIAS.....	92

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IC	Intervalo de Confiança
ICN	<i>International Council of Nurses</i>
ILO	<i>International Labour Office</i>
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ODK	<i>Open Data Kit</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
OS	Organização Social
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
PSI	<i>Public Services International</i>
RP	Razão de Prevalência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF	Unidade Saúde da Família
VD	Visita Domiciliar
WHO	<i>World Health Organization</i>
XML	<i>eXtensible Markup Language</i>

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Diagrama do processo de trabalho nas equipes da ESF	13
Figura 2 -	Modelo adaptado dos fatores de risco para sofrer violência no local de trabalho.....	27

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição da amostra segundo as variáveis sociodemográficas - São Paulo – 2012, Estudo PANDORA - SP (N=2.940).....	49
Tabela 2 -	Distribuição da amostra segundo as variáveis relacionadas ao trabalho - São Paulo – 2012, Estudo PANDORA - SP (N=2.940)	50
Tabela 3 -	Distribuição dos profissionais da ESF segundo os tipos e frequência de violência no local de trabalho, nos últimos doze meses, São Paulo – 2012, Estudo PANDORA - SP (N=2.940).....	51
Tabela 4 -	Práticas que deixaram de ser realizadas por medo/ameaça, nos últimos doze meses, São Paulo - 2012, Estudo PANDORA - SP (N=2.940) ..	52
Tabela 5 -	Análise bivariada entre as variáveis sociodemográficas e relacionadas ao trabalho, e deixar de notificar casos de violência, nos últimos doze meses - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)	54
Tabela 6 -	Associações da exposição à violência no trabalho e deixar de notificar casos de violência, nos últimos 12 meses- São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940).....	55
Tabela 7 -	Análise bivariada entre as variáveis sociodemográficas e relacionadas ao trabalho e deixar de realizar visita domiciliar, nos últimos dozes - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)	56
Tabela 8 -	Associações da exposição à violência no trabalho com deixar de realizar visita domiciliar, nos últimos 12 meses - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940).....	57
Tabela 9 -	Análise bivariada entre as variáveis sociodemográficas e relacionadas ao trabalho, e deixar de circular pelo território, nos últimos doze meses - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)	58
Tabela 10 -	Associação entre exposição à violência no local de trabalho e deixar de circular pelo território, nos últimos doze meses - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940).....	59
Tabela 11 -	Análise bivariada entre as variáveis sociodemográficas e relacionadas ao trabalho, e deixar de abordar algum tema em saúde, nos últimos doze meses - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)	60
Tabela 12 -	Associação entre exposição à violência e deixar de abordar temas em saúde, nos últimos doze meses - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)	61

Tabela 13 -	Análise bivariada entre as variáveis sociodemográficas e relacionadas ao trabalho, e deixar de seguir sequências de pacientes agendados, nos últimos doze meses - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940).....	62
Tabela 14 -	Associação entre exposição à violência acumulada e deixar de seguir sequências de pacientes agendados, nos últimos doze meses - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)	63
Tabela 15 -	Análise bivariada entre as variáveis sociodemográficas e relacionadas ao trabalho, e deixar de realizar qualquer atividade profissional, nos últimos doze meses - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940).....	64
Tabela 16 -	Associação entre exposição à violência acumulada e deixar de realizar qualquer atividade profissional, nos últimos doze meses - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940).....	65
Tabela 17 -	Razão de Prevalência (RP) bruta e ajustada para cada um dos desfechos e intervalo de confiança (IC95%) com exposição à violência por vitimização - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940) ...	66

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Variáveis independentes e suas categorias investigadas nesse estudo	43
Quadro 2 -	Variáveis dependentes (desfechos de interesse) e suas categorias investigadas nesse estudo	44
Quadro 3 -	Características sociodemográficas, relacionadas ao trabalho e suas categorias investigadas neste estudo	45

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Frequência de alterações na prática profissional na ESF por medo/ameaça, nos últimos 12 meses, São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940).....	52
--------------------	---	----

RESUMO

Lima TF. *Exposição à violência comunitária durante o trabalho e seus efeitos na prática profissional na estratégia saúde da família: um estudo de corte-transversal no município de São Paulo* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2017.

Ainda são incipientes os estudos que abordam os obstáculos enfrentados pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para executar suas atribuições no cotidiano do trabalho, porém, a violência comunitária já tem sido apontada como um desafio por alguns estudos, principalmente nos grandes centros urbanos. Este estudo tem como objetivo estimar a prevalência da exposição à violência no local de trabalho e investigar a sua associação com as alterações na prática profissional (deixar de realizar visitas, circular pelo território, notificar casos de violência, seguir pacientes agendados e abordar temas em saúde), em uma amostra representativa dos trabalhadores das equipes da ESF do município de São Paulo. Foi realizado um estudo transversal, que utilizou os dados do estudo PANDORA-SP (*Panorama of Primary Health Care Workers in São Paulo, Brazil: Depression, Organizational Justice, Violence at Work, and Burnout Assessments*), que avaliou 2.940 trabalhadores da ESF. A exposição à violência nos últimos doze meses (vitimização direta, indireta ou ambas) e as alterações na prática profissional foram avaliadas por meio de dois questionários estruturados. Após análise descritiva e bivariada, analisamos a associação entre exposição à violência e alteração na prática profissional por meio de modelos de Regressão de Poisson brutos e ajustados com cálculo da Razão de Prevalência e Intervalos de 95% de confiança. A prevalência de exposição à violência no trabalho foi de 57,8%(n=1.699), sendo que 17,11%(n=503) dos trabalhadores relataram ter sido vítimas direta e indireta de violência nos últimos doze meses. Referiram alteração na prática profissional 34,9% dos trabalhadores entrevistados. Ser exposto à violência no local de trabalho mostrou-se associado à alteração na prática profissional, sendo que a magnitude da associação aumentou com o acúmulo de exposição. Profissionais expostos à violência direta e indireta deixaram de notificar casos de violência (RPaj= 3,00; IC95%:2,22-4,04), de realizar visita domiciliar (RPaj=2,98;IC95%: 2,40-3,69), de circular pelo território (RPaj=4,23;IC95%: 3,15-5,67), de abordar temas em saúde (RPaj=2,66;IC95%: 1,99-3,55) e de seguir a

sequência de pacientes agendados (RPaj=4,73;IC95%: 2,78-8,05) mais frequentemente do que os não expostos. Para “qualquer alteração na prática”, a RP ajustada foi de 2,56 (IC95%: 2,20-2,98) quando expostos a ambos os tipos de vitimização. As elevadas razões de prevalência encontradas em cada um dos desfechos revelam o impacto da exposição à violência no processo de trabalho dos profissionais da APS. As alterações na prática profissional diminuem a qualidade da assistência prestada à comunidade e, por fim, podem ser um obstáculo para a consolidação dos princípios do SUS.

Descritores: Atenção primária em saúde; Violência no trabalho; Pessoal de saúde; Prática profissional; Violência; Estudos transversais.

ABSTRACT

Lima TF. *Exposure to community violence during work and its effects on professional practice in the Primary Health Care: a cross-sectional study in the city of São Paulo, Brazil* [Dissertation]. “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2017.

Although the studies regarding the challenges faced by Primary health care professionals are still inceptive, some of them already point out community violence as an issue, mainly at the large urban centers. This study main goal is to estimate the workplace violence exposure and the impacts over professional practices (stop making home visits, stop walking on neighbourhood, stop notifying violence situations, stop following scheduled patients sequence and stop discussing health topics) with a relevant FHS's teams data sample from São Paulo city at Brazil. A cross-sectional study was made with data from the PANDORA-SP study (*Panorama of Primary Health Care Workers in São Paulo, Brazil: Depression, Organizational Justice, Violence at Work, and Burnout Assessments*), which has evaluated 2,940 primary care workers from the FHS. Violence exposure in the previous 12 months and the impact on professional practice has been assessed with 2 structured surveys. After descriptive and bivariate analysis the association between exposure to violence and professional practice was assessed using crude and adjusted Poisson Regression Models. Prevalence Ratios and 95% Confidence Intervals were calculated. The prevalence of exposure to violence at work was 57.8% (n=1,699), and 17.11% (n=503) reported suffered both direct and indirect violence at last 12 months. 34.9% workers reported impacts over professional practices. An association was found between exposure to violence and impacts over professional practices, with higher association magnitudes directly related to higher exposures. Professionals exposed to direct and indirect violence failed to report cases of violence (RPaj = 3.00, 95% CI: 2.22-4.04), to carry out home visits (RPaj = 2.98, 95% CI: 2.40- (RPaj = 4.23, 95% CI: 3.15-5.67), to address health issues (RPaj = 2.66, 95% CI: 1.99-3.55) and to follow the sequence of scheduled patients (RPaj = 4.73, 95% CI: 2.78-8.05) more frequently than the non-exposed. For "any change in practice" the adjusted PR was 2.56 (95% CI: 2.20-2.98) when exposed to both types of victimization. The Primary Health Care professionals had their work's processes impacted due to violence exposure, which can be noted on the high prevalence ratio found on each outcome. Those impacts degrades the

community care service quality and therefore can represent an obstacle to *SUS'* principles consolidation.

Descriptors: Primary health care; Workplace violence; Health personnel; Professional practice; Violence; Cross-sectional studies.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil tem por objetivo oferecer acesso universal, integral e equânime, coordenar o cuidado para os níveis mais complexos (nível secundário e terciário) e oferecer ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde. Nas últimas décadas, esse tipo de atenção tem recebido certo destaque no Sistema Único de Saúde (SUS) que tem sido reorganizado por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) (Oliveira e Pereira, 2012; Sousa, 2014). Inicialmente, a ESF era um programa vertical do Ministério da Saúde chamado Programa Saúde da Família (PSF), que ofertava, principalmente, ações de saúde materno-infantis a populações mais carentes ou de alto risco. Atualmente, é reconhecida, formalmente, como a porta de entrada do SUS e é desenvolvida em larga escala no país. No ano de 2010, já havia, aproximadamente, 30.000 equipes de saúde da família, localizadas em 85% (4.737) dos municípios brasileiros, que prestavam assistência a 98 milhões de pessoas (Paim, 2011).

As equipes da ESF representam o primeiro contato da comunidade/indivíduos com o SUS, elas desenvolvem ações a partir do reconhecimento das necessidades de saúde dos indivíduos e do território adscrito (Oliveira e Pereira, 2012). Suas ações podem ser realizadas dentro das unidades, nas casas dos usuários e na comunidade, sempre com o intuito de promover/recuperar a saúde e coordenar a atenção de forma integrada com os serviços de apoio diagnóstico, e assistência especializada e hospitalar (Paim, 2011). Entre suas ações, temos: a visita domiciliar; a notificação compulsória de doenças e agravos de importância local; ações de educação em saúde (abordar temas relevantes de saúde); ações programáticas e cuidados em saúde agendados dentro e fora da unidade; vigilância em saúde; territorialização e mapeamento da área de atuação (Brasil, 2012).

Os investimentos na atenção primária e a expansão da ESF no território nacional tem possibilitado resultados exitosos. Entre os anos de 1981 e 2008, o número de pessoas que procura a atenção primária como recurso em saúde quando precisam aumentou 450% (Paim, 2011). Houve uma redução importante nas internações por

condições sensíveis à atenção primária em paralelo com o aumento da oferta de serviços de atenção primária entre os anos de 1998 e 2009, no país (Boing *et al.*, 2012). O mesmo ocorreu com a saúde infantil, que teve uma melhora significativa na qualidade da atenção e na redução da taxa de mortalidade infantil e pós-natal, depois da implementação e expansão da ESF, principalmente em áreas mais vulneráveis (Macinko *et al.*, 2007; Aquino, 2009).

Mesmo com esses avanços, a ESF ainda tem um longo caminho para se consolidar no país. Nas regiões metropolitanas, a ESF tem enfrentado diversos desafios e convivido com diferentes problemas sociais, como exclusão, pobreza, crescimento urbano desordenado, ausência de equipamentos sociais, baixa escolaridade, uso de drogas, violência urbana, entre outros. Todos esses problemas sociais impactam no funcionamento dos serviços de atenção primária e interferem no processo de trabalho dos profissionais de saúde, em especial, a violência urbana (Velloso, 2005; Nascimento e Costa; Palma, 2009, Almeida, 2015).

Esse tipo de violência influencia a organização dos serviços e a dinâmica dos profissionais das equipes da ESF, principalmente quando os trabalhadores se sentem ameaçados e/ou em constante estado de alerta (Nascimento e Costa, 2009). Isso ocorre, principalmente, nas unidades de saúde da Família (USF) localizadas em áreas com altos níveis de violência, criminalidade e/ou dominadas pelo tráfico de drogas. Nessas áreas, os profissionais das equipes da ESF estão expostos à violência de forma direta (como vítimas de assaltos, agressões, ameaças, etc) e/ou indireta (presenciando ou testemunhando situações de miséria extrema, violência interpessoal ou crimes como roubos, dentre outros) (Kaiser e Bianchi, 2008; Lancman *et al.*, 2009; Almeida, 2015).

A exposição à violência no local de trabalho é um fenômeno mundial que tem sido estudado e problematizado em diversos países. O tamanho real do problema ainda é desconhecido, e os dados atuais demonstram apenas a ponta do *iceberg* (Di Martino, 2002). Na literatura internacional, encontramos muitos estudos de cunho quantitativo que abordam a questão da exposição à violência no local de trabalho. Porém, poucos têm estudado a influência do contexto na exposição à violência e os seus impactos na prática profissional, principalmente em serviços da atenção primária. A maioria dos estudos traz a prevalência da exposição entre as categorias profissionais da saúde e os tipos de violência vivenciados no local de trabalho (física, psicológica, assédios e

testemunhada) (Fernandes *et al.*, 1999; Le Blanc e Kelloway; WHO, 2002; Ferrinho, 2004; Çelik *et al.*, 2007; McCullough, 2011).

No Brasil, os estudos quantitativos que abordam a questão da exposição à violência no local de trabalho, na área da saúde, são incipientes. Os estudos atuais revelam a prevalência da exposição, principalmente no setor hospitalar, e de urgência e emergência, e demonstram os tipos de violência vivenciados pelos trabalhadores e por seus principais perpetradores (Palácios, 2003; Santos Junior e Dias, 2005; Cezar e Marziale, 2006). Já os estudos de cunho qualitativo têm se aproximado um pouco mais do tema da violência comunitária/urbana no local de trabalho em serviços de atenção primária, mas poucos têm explorado as consequências desse tipo de violência no cotidiano do trabalho. (Lancman *et al.*, 2009; Velloso *et al.*, 2011; Molinhos *et al.*, 2012; Polaro *et al.*, 2013).

Os profissionais de saúde dos serviços de atenção primária convivem diariamente com diversas situações de violência comunitária/urbana, que afetam tanto a saúde quanto o funcionamento do serviço. Os profissionais, por medo e insegurança, evitam circular por lugares perigosos ditos “proibidos” pelo tráfico e/ou criminalidade, muitas vezes, deixam de se envolver em situações difíceis (uso de drogas, violência doméstica, entre outras) dos usuários, abandonam seus postos de trabalho, e, em alguns casos, as unidades de saúde mudam seus horários e/ou rotinas (Moreno, 2004; Lancman *et al.*; Nascimento e Costa; Palma, 2009; Almeida, 2015).

Mesmo com todas essas repercussões no cotidiano dos profissionais de saúde, ainda é difícil mensurar com exatidão os custos da violência no trabalho para o Sistema de Saúde, para os indivíduos e para o próprio trabalho (Di Martino, 2002). As consequências da violência nos serviços de atenção primária podem prejudicar o SUS como um todo, já que esses serviços são a porta de entrada e organizam o funcionamento de todos os outros níveis de atenção (Starfield, 2002). A exposição à violência comunitária/urbana no trabalho nos serviços de atenção primária se torna um obstáculo para a consolidação da ESF e dos princípios do SUS, como o acesso universal, a equidade e a integralidade do cuidado. (Nascimento e Costa, 2009).

Apesar da importância da violência no local de trabalho, ainda são incipientes os estudos que abordam as consequências da exposição à violência para os serviços de atenção primária no Brasil e no mundo. Até o ano de 2016, não encontramos nenhum trabalho quantitativo, com amostra representativa, que abordasse a alteração na prática profissional dos trabalhadores da ESF devido à exposição à violência comunitária/urbana vivenciada durante o trabalho. Os estudos quantitativos têm abordado a prevalência da violência no local de trabalho, os tipos, os fatores de risco e os principais perpetradores. Logo, os impactos da violência comunitária/urbana na prática profissional dos trabalhadores da ESF ainda não estão sendo explorados pela epidemiologia.

Nesse cenário, a presente pesquisa pretende estimar tanto a prevalência da exposição à violência no local de trabalho (violência direta e indireta) quanto a ocorrência de alterações na prática profissional (deixar de realizar visitas, circular pelo território, notificar casos de violência, seguir pacientes agendados e abordar temas em saúde), em uma amostra representativa dos trabalhadores das equipes da ESF do município de São Paulo. E pretende investigar se a exposição à violência está associada com as alterações na prática profissional. A identificação de fatores associados às alterações na prática profissional, a exemplo a exposição à violência, poderá auxiliar no planejamento de políticas públicas, no gerenciamento de recursos materiais e humanos, e na própria consolidação da ESF no país.

Este estudo está estruturado da seguinte forma: primeiramente, será apresentada uma revisão de literatura a respeito das transformações da Atenção Primária, em especial, no Brasil. Em seguida, uma compreensão sobre o tema violência, identificando os principais riscos e consequências para os trabalhadores e para os serviços de saúde.

Nos capítulos três, quatro, cinco, seis e sete, serão descritos, respectivamente, os objetivos, o método, os resultados do estudo, a discussão dos resultados e as considerações finais, e, por fim, serão apresentados os anexos e as referências bibliográficas.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família

A Atenção Primária à Saúde teve seus princípios e diretrizes reformulados e reconhecidos mundialmente em 1978, quando foi realizada, na cidade de Alma-Ata, a I Conferência de Cuidados Primários de Saúde (Fonseca *et al.*, 2013). A Organização Mundial de Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e os 134 países-membros formularam, com o objetivo de diminuir as inequidades sociais e de saúde das populações, a Declaração de Alma-Ata, que, além de determinar a criação de serviços de saúde para cuidados básicos, indicava a necessidade de se reconhecer a saúde como um direito humano e de responsabilidade do Estado. Esse, por sua vez, deveria prover assistência em saúde de forma integral e equânime a todos seus habitantes e políticas sociais que visassem à diminuição das desigualdades sociais (WHO, 1978).

Com o intuito de auxiliar a construção e a consolidação da APS em todos os países, em especial nos países em desenvolvimento, a Declaração de Alma-Ata listou e anunciou os princípios e diretrizes, que foram:

- 1) Oferecer cuidados de saúde para todos os indivíduos, famílias e comunidades, baseados em evidências científicas bem fundamentadas e socialmente aceitas;
- 2) Ser a porta de entrada do sistema nacional de saúde, estando próxima do local no qual as pessoas vivem e trabalham;
- 3) Intervir nas principais demandas de saúde da população;
- 4) Realizar ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde;
- 5) Estimular a participação comunitária no planejamento, na organização e no controle das ações em saúde;
- 6) Criar rede de serviços de saúde integrados para continuidade do cuidado, dando prioridade aos indivíduos com maiores necessidades;

- 7) Formar equipes multiprofissionais qualificadas e prontas para responderem adequadamente às necessidades de saúde da comunidade (WHO, 1978).

A I Conferência foi reconhecida mundialmente pela Declaração de Alma-Ata e pela meta estabelecida entre os países-membros, conhecida como “Saúde para todos no ano 2000”, a qual visava alcançar o maior nível de saúde possível até o ano 2000, compreendendo a saúde como um completo bem-estar físico, mental e social (WHO, 1978). Embora não se tenha alcançado a meta, importantes avanços teóricos e práticos aconteceram no campo da APS. No Brasil, por exemplo, foi organizado um movimento social contra-hegemônico denominado Reforma Sanitária, no final dos anos 70 e durante os anos 80, o qual derrotou a concepção do Sistema de Saúde baseado na medicina privada, comprovando que tal concepção era onerosa para o Estado e pouco resolutive (Mehry e Queiroz, 1993).

Com o Movimento da Reforma Sanitária, a saúde no Brasil começou a tomar novos rumos tanto no campo da organização dos serviços quanto na produção teórica. E, no ano de 1986, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que propôs a criação de um sistema único, majoritariamente público. Esse Sistema de Saúde deveria: ser descentralizado, regionalizado e hierarquizado; estimular a participação popular; garantir o acesso universal, equânime e integral a todos os habitantes do Brasil; e realizar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1986).

A promulgação da nova Constituição Federal do Brasil, em 1988, reconheceu a saúde como um direito humano e dever do Estado, e deu origem ao novo sistema de saúde, denominado Sistema Único de Saúde (SUS), o qual foi construído a partir das proposições apresentadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (Oliveira e Pereira, 2012).

O novo Sistema de Saúde do país foi desenhado e organizado por níveis de atenção, que formariam uma rede de cuidado ampla e integrada. O primeiro nível de atenção é formado pelos serviços de atenção primária, os quais são responsáveis pelo acolhimento dos usuários, pelo tratamento e encaminhamento para os próximos níveis, devendo respeitar os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade (Brasil; Oliveira e Pereira, 2012).

A partir dos anos 90, há uma expansão dos serviços de APS no país, que, inspirados nas diretrizes de Alma-Ata, incorporam em suas práticas um conjunto de ações em saúde, a saber: promoção; prevenção; proteção; reabilitação e manutenção da saúde direcionadas para indivíduos e coletividades (Brasil, 2012; Fonseca *et al.*, 2013). Esse conjunto de ações é orientado pelas necessidades da população, compreendidas por meio do estabelecimento de vínculo entre a comunidade e os profissionais de saúde, e pelo conhecimento dos territórios, em que estão inseridos (Heiman e Mendonça, 2005).

Essa nova compreensão da APS se distancia da prática de cuidado direcionado à enfermidade e favorece uma assistência focada nos determinantes sociais de saúde, que percebe e compreende o meio social e físico no qual vive a população (Starfield, 2002). E, para isso, constrói e utiliza uma tecnologia de cuidado própria, que visa aos contextos socio sanitários dos indivíduos e aos aspectos físicos e psicoemocionais dos processos de saúde-doença, de forma não segmentada em especialidades (Schraiber e Mendes Gonçalves, 2000).

Ao reconhecer a necessidade de serviços e ações em saúde no Brasil, que fossem capazes de solucionar as necessidades de saúde da população com qualidade e a importância da APS na estruturação do SUS, o Ministério da Saúde, em 1994, inicia o Programa Saúde da Família, que passa a ser chamado de Estratégia Saúde da Família no ano de 2006, com o objetivo de substituir o modelo assistencial vigente e de potencializar a atenção primária no país. (Mialhe, 2011; Scherer *et al.*, 2014).

A ESF visa uma atuação capaz de transformar as condições de saúde da comunidade, com base na compreensão do seu território, no planejamento de ações coletivas, na expansão da participação social e no desenvolvimento de ações dirigidas às populações vulneráveis (Sousa, 2014). Com isso, se torna um canal importante de visualização das reais necessidades de saúde, que estão escondidas no território, a partir do envolvimento de seus profissionais com sua população adscrita (Palma, 2009; Oliveira e Pereira, 2012). O território tem um papel relevante na ESF, pois acredita-se que o processo saúde-doença dos indivíduos está intrinsecamente ligado ao seu espaço social. Logo, o território pode tanto oferecer apoio, recursos e ferramentas para o restabelecimento da saúde da população quanto pode prejudicar a manutenção e a reabilitação da saúde (Junges e Barbiani, 2013).

A ESF recupera as propostas do movimento sanitário e adota uma visão ampliada de saúde. Apresenta um modelo assistencial aprimorado, que reconhece a complexidade dos níveis de assistência, e visa à garantia da atenção integral e equânime de saúde, com a responsabilidade de consolidar a cada dia uma assistência mais democrática e igualitária (Heiman e Mendonça, 2005).

Ter a ESF como política nacional é uma nova tentativa de mudar o modelo de atenção hegemônico no país, o qual presta uma assistência fragmentada, focada na doença e centrada na especialidade médica (Brasil, 2000). Esse novo modelo de atenção necessita de novas práticas de saúde e exige mudanças tanto na forma de atuação quanto na organização do trabalho. O profissional de saúde precisa se colocar em uma nova postura, a de aliado da família, que auxilia na tomada de decisões relacionadas aos cuidados de saúde e, ao mesmo tempo, promove ações em saúde que estabelecem um bem-estar físico, psíquico e, muitas vezes, social (Brasil, 2000). Neste sentido, os profissionais das equipes da ESF devem realizar três funções complementares: ações clínicas, ações de saúde coletiva e acolhimento à demanda espontânea (Campos, 2007). Fazem parte dessas ações as práticas de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e manutenção da saúde (Brasil, 2006a).

A equipe mínima da ESF é composta por: médico generalista ou especialista (família e comunidade); enfermeiro; auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Em alguns casos, existe a equipe de saúde bucal, formada por: cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal. E, mais recentemente, as equipes da ESF têm contado com a contribuição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que são compostos por diferentes categorias profissionais, como: psicólogos; terapeutas ocupacionais; assistentes sociais; fisioterapeutas; fonoaudiólogos; psiquiatras; nutricionistas; entre outros (Brasil, 2012). A equipe básica da ESF deve ser responsável por um território adstrito, que tenha, no máximo, quatro mil pessoas. Esse número pode variar, principalmente, em relação à vulnerabilidade do território, sendo menor o número de pessoas adscritas quanto maior o grau de vulnerabilidade, respeitando os critérios de equidade (Brasil, 2012).

Atualmente, no Brasil, existem 40.098 equipes de saúde da família implantadas, em 5.409 municípios, que acompanham cerca de 123 milhões de pessoas, o que

representa 63,7% da população brasileira (Brasil, 2016). No município de São Paulo, a ESF começou a ser implantada no ano de 1996, por meio da parceria entre Ministério da Saúde, Secretaria do Estado de Saúde e duas organizações sociais (Casa de Saúde Santa Marcelina e Fundação Zerbini), denominado Projeto Qualis. Somente no ano de 2001, com a municipalização da saúde em São Paulo, a ESF foi expandida sob coordenação da prefeitura, por meio de convênios com organizações sociais. Primeiramente, foram priorizadas as áreas mais vulneráveis, as quais foram definidas pelo Mapa da Exclusão/Inclusão Social da Cidade de São Paulo (Sposati, 2000). No final do ano de 2002, existiam 444 equipes da ESF no município, sendo 226 do Projeto Qualis e 218 novas equipes da ESF implantadas. Além dessas, existiam 127 equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (Marsiglia, 2005). Ao longo dos anos, a ESF vem se expandindo no município, e, segundo dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, no final do ano de 2016, existiam 1.233 equipes de ESF implantadas e uma estimativa de 4 milhões de pessoas cobertas pela ESF, o que corresponde a 37,4% da população paulistana (Brasil, 2017).

Devido à expansão da ESF, muitos profissionais de saúde foram contratados para trabalhar na atenção primária à saúde com o dever de desenvolver e aprimorar o novo modelo de assistência, centrado na família e no território, sugerido pelo Ministério da Saúde (Heiman e Mendonça, 2005). Além, de trabalhar com um novo objeto na prática assistencial, os trabalhadores da ESF são convocados a participar de um processo de trabalho coletivo, o qual permite uma diversidade de ações em saúde, que podem ser realizadas individualmente ou pela equipe em geral, baseado no diálogo, no compartilhamento de conhecimentos e na tomada de decisão conjunta (Brasil, 2000; Brasil, 2001).

Os profissionais que se propõem a atuar na APS comprometem-se com o cuidado integral, por vezes intersetorial, intervindo no microespaço, a família, em que os determinantes da condição de saúde, trabalho, renda, habitação, cultura e relações interpessoais, deverão ser considerados para uma compreensão mais ampla do processo saúde-doença (Brasil, 2009). Ao se dividir determinada área geográfica em territórios de atuação, as equipes de saúde da família compreendem melhor os riscos e as vulnerabilidades a partir dos fatores socioeconômicos e culturais específicos de sua área de atuação (Heiman e Mendonça, 2005). As ações sobre esses espaços

representam desafios tanto para o olhar técnico quanto para o olhar político, necessitando atitudes mais ousadas, que rompam com os muros das unidades de saúde e enraízem-se no ambiente dos usuários, em que as pessoas moram, trabalham e se relacionam (Brasil, 1997).

2.1.1 Processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família

O modo como opera-se e estrutura-se o processo de trabalho dos profissionais dos serviços de APS influencia a consolidação do novo modelo tecnoassistencial defendido pelo Ministério da Saúde, pois é por meio do processo de trabalho que os profissionais produzem atos de saúde que intervêm em uma determinada necessidade, que impacta na qualidade de vida do usuário/comunidade, na procura por outros serviços, e, por fim, na organização e na macroestrutura do SUS. Atualmente, mesmo com todo avanço legal e organizacional ocorrido nas últimas quase três décadas no SUS, o processo de trabalho ainda se mantém como um nó crítico do sistema. E tem sido um tema pouco explorado dentro do campo da saúde coletiva (Franco e Merhy, 2013).

O processo de trabalho dos profissionais de saúde visa à recuperação/ao estabelecimento da saúde dos indivíduos e coletividades, seu produto é produzido e consumido ao mesmo tempo. Esse pode ser desenvolvido individualmente pelos profissionais, em atendimentos individuais e visitas domiciliares, ou coletivamente, por profissionais de diversas categorias em espaços abertos (comunidades) ou fechados (unidade básicas de saúde, escolas, igrejas, etc). Os profissionais podem desenvolver ações de educação em saúde, grupos de orientação, grupos terapêuticos, consultas compartilhadas, entre outras (Pires, 2000).

Para facilitar a compreensão das etapas do processo de trabalho das equipes da ESF, foi criado um diagrama com base em esquema produzido por Faria e colaboradores (2009), e diagramas realizados por Franco e Mehry (2013) (Figura 1).

Figura 1 - Diagrama do processo de trabalho nas equipes da ESF

O processo de trabalho das equipes da ESF é desencadeado a partir do reconhecimento das necessidades de saúde do território, das famílias e/ou dos indivíduos. O objeto do processo de trabalho, portanto, são as necessidades de saúde, que, mesmo sendo reconhecidas e construídas socialmente, são apreendidas individualmente (Junges e Barbiani, 2013). Os profissionais de saúde e a equipe como um todo são os agentes deste processo de trabalho, que irão atuar de forma individual e/ou coletiva sobre o objeto (necessidades de saúde) utilizando diversas ferramentas, como a estrutura física, insumos e as tecnologias (Faria *et al.*, 2009). Essas tecnologias podem ser classificadas em três níveis: dura; leve-dura e leve. A tecnologia dura é aquela formada por equipamentos, exames e todas as ferramentas que auxiliam o trabalho dos profissionais de saúde. Já a tecnologia leve-dura é caracterizada pelos saberes e conhecimentos dos profissionais de saúde, sua parte leve é representada pelo conhecimento adquirido pelo profissional, e sua forma de pensar e resolver as necessidades de saúde, e sua parte dura se dá à medida que esse saber fazer é estruturado, organizado e protocolado. E, por fim, a tecnologia leve, que engloba a

interação, a escuta qualificada e o acolhimento. Esta acontece na relação profissional de saúde-usuário (Franco e Merhy, 2013).

Por meio das ferramentas, os agentes geram produtos como: consultas individuais; atividades em grupos; visitas domiciliares; procedimentos; encaminhamentos; notificações; acolhimento; entre outros. Todos esses produtos visam alcançar a finalidade do processo de trabalho, que é a produção do cuidado individual e/ou coletivo, que visa ao restabelecimento da saúde e à melhora da qualidade de vida, de forma integral e equânime, da população adscrita (Faria *et al.*, 2009; Franco e Merhy, 2013).

Com o intuito de orientar esse processo de trabalho complexo das equipes da ESF, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabeleceu princípios e diretrizes para a organização dos serviços, e das atribuições gerais e específicas para os profissionais da ESF. Entre as atribuições gerais, estão: participar ativamente do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação; cadastrar e atualizar as famílias do território; programar e executar as ações de saúde de acordo com as necessidades de saúde apresentadas pela população; planejar e organizar a agenda de forma compartilhada entre os profissionais; prevenir o aparecimento e/ou a persistência de doenças e danos evitáveis; acolher os usuários de forma humanizada; praticar a escuta qualificada, a classificação de risco e de vulnerabilidade dos usuários; acolher a demanda espontânea; realizar atenção à saúde dentro e fora da Unidade Básica de Saúde (UBS); desenvolver ações educativas em saúde; planejar e avaliar as ações da sua equipe; realizar reuniões de equipe; desenvolver ações intersetoriais; realizar assistência interdisciplinar em saúde à população adscrita dentro ou fora da Unidade de Saúde; apoiar e fortalecer a gestão local, e o controle social, e realizar visitas domiciliares a todos os usuários que necessitem.

A operacionalização do processo de trabalho das equipes da ESF se coloca como uma tarefa complexa, pois está intimamente relacionada com a capacidade dos profissionais de identificar as necessidades de saúde da população adscrita (Mialhe, 2011) e com a necessidade de se ter diferentes recursos tecnológicos atuando conjuntamente (Oliveira e Pereira, 2012). E, com essa complexidade, em muitos momentos, o profissional de saúde é convidado a gerenciar o distanciamento entre o

que se pode fazer em determinada situação com os recursos disponíveis e o que está prescrito como suas atribuições (Scherer *et al.*, 2014).

Entre os problemas enfrentados pelos profissionais de saúde da ESF para realizar suas atribuições, destaca-se a violência comunitária nos grandes centros urbanos. Os efeitos desse tipo de violência ainda é pouco explorado na literatura nacional, no campo da saúde, no entanto, os estudos qualitativos, que exploram essa temática, têm contribuído para a discussão e compreensão das consequências dessa exposição tanto para os profissionais quanto para o serviço. O impacto no processo de trabalho pode ser observado quando os profissionais relatam a impossibilidade da circulação pelo território em momentos mais críticos, a diminuição da realização da visita domiciliar e o medo de sofrer represálias ou novas situações de violência dentro e fora da Unidade Básica de Saúde (Lancman *et al.*; Nascimento e Costa; Palma, 2009; Polaro, 2013; Almeida; 2015).

Todos os estudos sugerem mais pesquisas que aprofundem a questão da violência no local de trabalho, e suas consequências para o serviço e a qualidade da assistência oferecida (Lancman *et al.*; Nascimento e Costa; Palma, 2009; Polaro *et al.*, 2013; Almeida, 2015). Para explorar as consequências da violência no local de trabalho, iniciaremos, no subtópico a seguir, com uma aproximação do fenômeno violência para compreender a sua complexidade e sua polissemia, e, em seguida, iremos apresentar a magnitude da violência no local de trabalho nos diferentes tipos de serviços, e suas consequências para a saúde dos profissionais e para os serviços.

2.2 O fenômeno da violência na saúde coletiva

A saúde coletiva¹, em sua essência, não se refere a pacientes individuais, mas a problemas de saúde que afetam a população em geral, oferecendo o máximo de benefícios para o maior número de pessoas possível, por meio da estruturação de serviços e da expansão de uma melhor assistência em saúde. O campo se responsabiliza pelo conhecimento e pela práxis de uma ampla gama de agravos em saúde (Paim e Almeida Filho, 1998).

Conceituar a violência no âmbito da saúde coletiva parece essencial, pois essa perpassa de formas variadas todos os setores sociais, e, sob a perspectiva da saúde coletiva, pode: ocasionar altas taxas de mortalidade e morbidade evitáveis, que afetam, especialmente, as crianças, as mulheres, jovens e adultos do sexo masculino; aumentar gastos/custos financeiros e humanos para a atenção médica dos afetados; resultar em efeitos negativos imediatos, a médio e a longo prazo, no plano econômico e social do país; impactar na qualidade de vida da população e no desenvolvimento intelectual e emocional das vítimas; reduzir espaços recreativos na cidade para a prática de atividades físicas; comprometer as relações interpessoais tanto no espaço público quanto no privado e impedir o funcionamento dos serviços de saúde (Agudelo, 1997; OPAS, 2003).

O interesse pelo fenômeno da violência pela área da saúde foi se ampliando na medida em que o perfil de morbimortalidade foi se modificando e as causas externas foram tomando o lugar de doenças crônicas, nas principais causas de adoecimento e morte (Minayo e Souza, 1999). Diante do aumento das causas externas, os profissionais e os serviços se viram à frente de novas demandas que exigiram novos conhecimentos e um conjunto de novas ações para adequar as políticas públicas, a gestão e a prática dos serviços (Carneiro e Oliveira, 2010). Em resposta, muitas

¹ Nesta dissertação o termo saúde coletiva será utilizado em vez de saúde pública, pois no Brasil a saúde coletiva tem sido entendida como uma tentativa de superar a “crise da saúde pública” e significa uma oportunidade para efetivar e incorporar o complexo “promoção-saúde-doença-cuidado”. Seu caráter histórico e estrutural reconhece teórica e empiricamente, um conjunto de práticas (econômicas, políticas, ideológicas, técnicas) que tomam como objeto as necessidades sociais de saúde. Preocupa-se com a saúde pública enquanto saúde do público, sejam indivíduos, grupos étnicos, gerações, classes sociais e populações. Portanto, nada que se refira à saúde do público, por conseguinte, será estranho à saúde coletiva (Paim e Almeida Filho, 1998).

políticas e práticas em saúde relacionadas à violência foram elaboradas e implementadas (Agudelo, 1997).

Tanto a Organização Mundial de Saúde quanto a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) iniciaram a discussão sobre o tema violência e os impactos no setor da saúde na década de 80, e, desde então, este tem sido um tema prioritário em seus debates e ações. A partir do reconhecimento do tema, as organizações internacionais vêm ampliando o seu conhecimento sobre esse, e têm buscado a colaboração dos países-membros para identificação e prevenção dos diversos tipos de violência a partir de resoluções, apoio científico e congressos (Agudelo, 1997; WHO, 2014). Em 1993, a OPAS, em seu 37^o Conselho Diretor, aprova a resolução XIX com os governos, que visa à criação de políticas nacionais para a prevenção e o controle da violência, especialmente nos grupos mais vulneráveis (OPAS, 2003). Já em 1996, a Assembleia Mundial da Saúde declara a violência como um problema de saúde mundial e solicita ao Diretor-Geral da OMS o desenvolvimento de abordagens científicas que compreendam o fenômeno da violência e auxilie sua prevenção (WHO, 2014). Depois de sete anos, a Assembleia Mundial da Saúde aprova uma nova resolução WHA 56.24, em 2003, que estimula todos os Estados-Membros a designarem uma equipe central dentro de seus ministérios da saúde capaz de colocar em prática as recomendações do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. E, por fim, no ano de 2014, é aprovada a Resolução WHA 67.15, que reitera o importante papel dos sistemas de saúde no combate à violência, especialmente contra as mulheres e as crianças (WHO, 2014).

Para Minayo (2006), o setor de saúde tem estudado a violência por dois lados, um que parte de uma reflexão teórica e filosófica, e outro que encara a violência de forma mais operacional, o qual compreende os impactos da violência na saúde emocional, física e na qualidade de vida do sujeitos. No Brasil, podemos observar essa tendência nos estudos produzidos na saúde coletiva desde o início da década de 80.

Durante a década de 90, observamos tanto um aumento da produção científica sobre o fenômeno da violência e seus impactos na saúde individual e coletiva, quanto a ampliação e o fortalecimento das ações específicas (prevenção e recuperação de agravos) e das ações intersetoriais, que buscavam a promoção da qualidade de vida, a incorporação de direitos, e a superação de processos de dominação relacionados à violência física e psicológica (Minayo, 1994; Minayo e Souza, 1999; Brasil, 2001).

Além do crescimento da produção científica sobre o tema e dos avanços nas práticas assistenciais, no ano de 2001, tivemos a aprovação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por acidentes e violência, Portaria nº 737/GM, pelo Ministério da Saúde, que estimula o desenvolvimento e o fortalecimento de ações articuladas (promoção, prevenção e reabilitação) com o intuito de reduzir, cada vez mais, a morbimortalidade por acidentes e violências no país (Brasil, 2001).

Diante do exposto, o campo da saúde tem se aproximado do tema da violência com o compromisso de contribuir na discussão e nas práticas em saúde. Por meio de seus instrumentos próprios, tem realizado ações de promoção da saúde, de prevenção de agravos e riscos, de recuperação e de reabilitação das vítimas diretas e indiretas da violência, e, ao mesmo tempo, tem articulado ações intersetoriais com o objetivo de promover a qualidade de vida, o ambiente saudável e a incorporações de direitos (Minayo e Souza, 1999; Brasil, 2001).

2.2.1 Definições e tipos de violência

A violência no campo da saúde coletiva tem sido tratada como um fenômeno biopsicossocial, que nasce e se desenvolve na vida em sociedade. Sua compreensão deve partir de estudos interdisciplinares, que tragam contribuições das ciências sociais, história, epidemiologia, psicologia, entre outras para, então, compreendermos o impacto da violência na sociedade e na vida das pessoas (Krug *et al.*, 2002; Minayo, 2005; Minayo, 2007).

Por ser multifacetado e ser o resultado da interação entre os fatores individuais, sociais, culturais, econômicos e ambientais, não existe um fator único que defina a violência ou explique porque ela ocorre em determinadas comunidades, regiões e circunstâncias (Krug *et al.*, 2002; Minayo, 2006). Ao estar associado aos fatores culturais e históricos, o fenômeno da violência deve ser compreendido e analisado de acordo com o momento histórico e sociocultural no qual está inserido, pois um ato pode se tornar violento, aceitável ou não dependendo da época e do local em que foi cometido (Zaluar, 1999; Minayo, 2006; Farias *et al.*, 2012).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a violência pode ser definida como:

Uso intencional da força física ou do poder, real ou ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desempenho ou privação (Krug *et al.*, 2002).

Para melhor compreender a violência e uniformizar a produção de dados científicos, a OMS propõe uma tipologia que classifica a violência segundo quem a pratica e sua natureza. Essa classificação será apresentada a seguir e será utilizada como eixo norteador do trabalho.

Considerando o perpetrador, são propostas três categorias:

- 1) Violência autoinfligida, subdividida em comportamento suicida e agressão autoinfligida, sendo esta uma violência dirigida a si mesmo;
- 2) Violência interpessoal, subdividida em: violência de família e de parceiro íntimo, perpetrada por conhecidos e parentes, geralmente dentro do ambiente doméstico, inclui a violência doméstica contra crianças, idosos, mulheres; e violência comunitária, perpetrada por conhecidos ou não, que não tenham relação de parentesco, geralmente praticada fora do ambiente doméstico, inclui a violência juvenil, atos violentos aleatórios, estupros ou ataques sexuais realizados por estranhos, bem como, a violência em grupos institucionais como: escolas; locais de trabalhos; entre outros;
- 3) Violência coletiva perpetrada por grandes grupos e/ou países, que pode ser uma violência social, política e econômica, tendo um fim específico de ação.

Em relação à sua natureza, a violência pode ser classificada em quatro categorias:

- 1) Violência física: ocorre quando há o uso da força física contra uma pessoa ou um grupo, que resulte em danos físicos, sexuais e/ou psicológicos.

Fazem parte da violência física as surras, os esfaqueamentos, tiroteios, empurrões, entre outros.

- 2) Violência psicológica: acontece quando há o uso intencional do poder contra outra pessoa ou grupo, que resulte em dano físico, mental, espiritual, moral e/ou social. Exemplos desse tipo de violência são: os assédios em geral; *bullying*; ameaças e agressões verbais.
- 3) Violência sexual pode ser definida como: qualquer ato ou intenção de obter relação sexual indesejada, que podem ser praticados por qualquer pessoa independente de sua relação com a vítima. Os estupros e o tráfico sexual são exemplos desse tipo de violência.
- 4) Violência relacionada à privação ou abandono: é definida por falhas no cuidado em uma ou mais áreas: saúde; nutrição; segurança; abrigo e condições de vida segura. Incluem a negligência/abandono a idosos, crianças, deficientes/incapazes de prover seu cuidado sozinho (Krug *et al.*, 2002).

2.2.2 Violência no local de trabalho

A violência no local de trabalho abrange normalmente agressões físicas e/ou psicológicas, muitas vezes, perpetradas por pessoas que não pertencem ao quadro de trabalhadores, incluindo clientes, pacientes e usuários, e pode ocorrer dentro ou fora do local de trabalho, incluindo o ir e vir e todas as circunstâncias que envolvam o trabalhador (CAL/OSHA, 1995; Ferrinho, 2004). Segundo a Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho (2002), os atos de agressão ou violência podem assumir a forma de comportamento desrespeitoso, agressão física ou verbal com intenção de magoar e ataques com intenção de prejudicar a outra pessoa.

De acordo com a *Division of Occupational Safety and Health* do *Department of Industrial Relations*, da Califórnia (E.U.A.), a violência no trabalho pode ser classificada em 3 tipos com base em quem pratica o ato violento. O tipo I ocorre quando o perpetrador não tem qualquer tipo de relação com a vítima e o local de trabalho, já o tipo II acontece quando a violência é praticada pelo paciente/cliente ou

usuário do serviço, existe uma relação profissional entre a vítima e o agressor, e, por fim, o tipo III, que é caracterizada quando o agressor tem uma relação mais íntima com a vítima e/ou com o local de trabalho, pode ser um colega de trabalho, gerente, cônjuge, parente ou amigo (CAL/OSHA, 1995).

A violência no local de trabalho, seja ela física seja ela psicológica praticada por pessoas conhecidas ou não, vem se tornando um problema mundial, que ultrapassa as fronteiras culturais, acomete diversos ambientes de trabalho e grupos ocupacionais. O verdadeiro tamanho da violência no local de trabalho ainda é desconhecido. As recentes pesquisas e informações sobre o tema demonstram uma pequena parte do problema, que é uma preocupação tanto em países industrializados e desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento (Cooper e Swanson; WHO, 2002).

O setor de saúde tem sido apontado como um espaço particularmente exposto à violência devido a algumas características do trabalho, como: estar localizado em regiões mais periféricas; realizar visitas domiciliares e ações de saúde na comunidade; atender pessoas em sofrimento; lidar com questões sociais e, por fim, o aumento da violência urbana, que tem transbordado para dentro das unidades de saúde (Cooper e Swanson; Krug *et al.*; WHO, 2002). A violência no local de trabalho tem se tornado tão comum, que, muitas vezes, é considerada como parte inevitável do processo de trabalho (Chappel e Di Martino, 2006).

As consequências desse tipo de violência ainda são obscuras e as informações atuais mostram apenas uma parte do problema. A violência no trabalho tem baixa incidência nas taxas de mortalidade, mas impacta nas taxas de morbidade e gera um custo cada vez mais evidente tanto para os trabalhadores, quanto para os serviços e para a comunidade em geral, pois afeta a dignidade de suas vítimas, ocasiona o rompimento das relações interpessoais, gera conflitos no local de trabalho, e resulta em uma ameaça contra a eficiência das organizações e dos sistemas de saúde, levando à diminuição da qualidade dos serviços prestados à comunidade (Cooper e Swanson; WHO, 2002).

2.2.3 Magnitude do problema nos serviços de saúde

Com o intuito de problematizar a temática da violência no local de trabalho e sua abrangência no setor de saúde, têm sido realizados estudos em diferentes países, que buscam estimar sua prevalência nos diferentes tipos de atenção em saúde (Schulte et al 1998; Arnetz e Arnetz; Nolan *et al.*, 2001; Silva, 2015).

Para preencher as lacunas de informações sobre o tema e desenvolver materiais de orientações para o desenvolvimento de políticas para o enfrentamento à violência no trabalho, no ano 2000, o *International Labour Office* (ILO), o *International Council of Nurses* (ICN), o *Public Services International* (PSI) e a *World Health Organization* (WHO) lançaram um programa em conjunto que desenvolve estudos em diferentes países com metodologias semelhantes e com amostras representativas, que buscam estimar a prevalência e compreender em grande parte a situação geral da área pesquisada. Os estudos de casos dos países visam a uma compreensão equilibrada e significativa da extensão e do impacto da violência no local de trabalho.

Di Martino (2002) realizou um relatório com as principais conclusões dos estudos de casos realizados pelo programa do ILO/ICN/PSI/WHO no Brasil, Bulgária, Líbano, Portugal, África do Sul e Tailândia, e com um estudo independente realizado na Austrália. A dimensão da violência no local de trabalho é alta em todos os países estudados. Mais da metade de todos os profissionais tinham sido vítimas de, pelo menos, um tipo de violência, nos últimos doze meses. A prevalência de vitimização direta por qualquer tipo de violência foi de 54% na Tailândia, 75,8% na Bulgária e de 46,7% no Brasil (Di Martino, 2002).

No Brasil, estudos de corte transversal têm sido realizados para estimar a prevalência e conhecer a magnitude do problema nos serviços de saúde em geral. Silva e colaboradores (2014) estimaram a prevalência de violência no local de trabalho em servidores públicos da área de saúde de Salvador e encontraram uma prevalência de 26%, o que representava 176 profissionais de saúde, e, desse total, 66,6% foram vítimas de violência por mais de duas vezes, nos últimos doze meses. A prevalência de exposição a qualquer tipo de violência no local de trabalho foi ainda maior contra os profissionais de enfermagem de centros de saúde e de um hospital geral no município de Campinas, em que 63,6% (n=171) dos profissionais já tinham sofrido

violência, sendo que 26,4% das vítimas sofreram dez vezes ou mais, nos últimos 12 meses (Moreno, 2004).

Nos serviços de emergência, ser vítima de violência no local de trabalho já é uma realidade para os profissionais médicos e de enfermagem no Brasil. A prevalência da violência pode chegar a 100% entre os profissionais de enfermagem e a 83,3% entre os profissionais médicos (Santos Junior e Dias, 2005; Cezar e Marziale, 2006; Vasconcellos *et al.*, 2012).

A taxa de prevalência de violência no setor hospitalar é menor em relação aos serviços de emergência, mas também é uma realidade no cotidiano dos profissionais (Arnetz e Arnetz, 2001). Estudo realizado com enfermeiros ingleses e suecos em hospitais psiquiátricos revelou que 60% (n=255) dos enfermeiros suecos e dos enfermeiros ingleses (n=126) que foram vítimas de violência no local de trabalho sofreram vários episódios de violência nos últimos doze meses. E 27% (n=57) dos enfermeiros ingleses e 10 % (n=42) dos suecos sofreram violência frequentemente no cotidiano do trabalho (Nolan *et al.*; 2001). No Brasil, na cidade do Rio de Janeiro, um estudo transversal estimou a prevalência da violência entre os profissionais de hospitais públicos e privados; a proporção de vítimas de violência no local de trabalho foi de 52% (n=329) nos hospitais públicos e de 43,2% (n=221) nos hospitais privados (Palacios, 2003).

No campo da atenção primária, em serviços comunitários e de *home care*, ainda são incipientes os estudos que estimam a prevalência, mas esses já mostram o impacto da violência no local de trabalho (Schulte *et al.*, 1998; Geiger-Brown *et al.*, 2007; El-Gilany, 2010). Esses serviços se assemelham em relação ao tipo de assistência prestada, principalmente por realizarem atividades no território e/ou nos domicílios. Estudos transversais realizados com profissionais de *home care* têm demonstrado que a prevalência da violência ocupacional entre esses profissionais varia de 20% a 63% (Geiger-Brown *et al.*, 2007; Canton *et al.*; 2009).

Os estudos internacionais realizados nos serviços de atenção primária têm revelado a violência sofrida pelos profissionais durante o trabalho e sua frequência. Ferrinho e colaboradores (2002) ao estudarem todos os profissionais de saúde de um centro de saúde urbano de Portugal observaram uma prevalência de 60% (n=133) de exposição à violência no local de trabalho, no último ano. Na cidade de Córdoba,

Argentina, 41% (n=75) dos trabalhadores de centros de atenção primária tinham sido vítimas de violência no local de trabalho ocasionalmente e 23% frequentemente em suas unidades (Farias *et al.*, 2012).

Estudos nacionais têm revelado a prevalência e o local de ocorrência da violência no trabalho. Campos e Dias (2006) estudaram 442 trabalhadores da atenção primária, no município de Belo Horizonte, e estimaram uma prevalência de 76%, sendo que a maioria dos casos de violência ocorreu dentro da Unidade Básica de Saúde. Moreno (2004), ao estudar a questão da exposição à violência no trabalho entre os profissionais de enfermagem de cinco centros de atenção primária em Campinas, São Paulo, encontrou uma prevalência de 73,6% (n=78), e revelou que a maioria das ocorrências acontecia dentro das unidades de saúde, principalmente na recepção, na sala de procedimentos de enfermagem e na farmácia. Já entre os agentes comunitários de saúde, a maioria dos episódios de violência vivenciados durante o trabalho acontece fora da Unidade Básica de Saúde, especialmente na rua e na casa dos usuários (Minhos e Contra-Moreno, 2006).

Os estudos internacionais e nacionais que avaliaram a violência no local de trabalho na atenção primária descrevem, em sua maioria, dois tipos de violência: a psicológica e a física. Esses dois tipos de violência afetam todos profissionais em maior ou menor grau. Profissionais de um centro de saúde de Portugal revelaram uma prevalência de 54% para violência psicológica e de 3% para violência física (Ferrinho *et al.*, 2002). A prevalência encontrada por Klijin e colaboradores (2004) entre profissionais de centros de saúde da VIII região do Chile foi de 78% para violência psicológica e de 15% para a violência física. Na cidade de Córdoba, Argentina, a prevalência entre os profissionais da atenção primária foi de 65% para violência psicológica e de 8,7% para a violência física (Farias *et al.*, 2012). Em unidades de atenção primária, em Belo Horizonte, o tipo de violência mais frequente foi a violência psicológica, seguida pelas agressões físicas e ameaças com arma de fogo ou brancas (Campos e Dias, 2006). No Estado do Amazonas, estudo realizado com 446 profissionais de atenção primária de quatro municípios distintos revelou que 23,2% (n=103) dos profissionais já haviam sofrido violência psicológica no local de trabalho, nos últimos 12 meses (Molinos *et al.*, 2012).

Alguns estudos revelam, ainda, a prevalência de violência testemunhada em determinadas categorias profissionais da atenção primária. Moreno (2004), ao estudar os enfermeiros de centros de saúde de Campinas, São Paulo, revelou que 76,7% (n=206) dos enfermeiros tinham testemunhado situações de violência contra seus colegas de trabalho, sendo que 37,6% foram testemunhas em muitos casos. E Minhos e Contrera-Moreno (2006), ao estudarem os agentes comunitários de saúde do município de Sidrolândia - MS, descreveram uma prevalência de 51,2% de violência testemunhada entre os ACSs.

Os principais perpetradores identificados pelos profissionais de saúde da atenção primária são os pacientes e seus familiares (Klijn *et al.*; Moreno, 2004). Para Farias e colaboradores (2012), as agressões cometidas contra os profissionais foram, em sua maioria, perpetradas pelos familiares dos pacientes (80,1%). Em contrapartida, para a categoria dos ACSs, os pacientes são os principais agressores (Minhos e Contrera-Moreno, 2006). Agressões e ameaças por pessoas relacionadas à criminalidade foi relatada apenas em um estudo realizado em unidades básicas de Belo Horizonte, o qual descreveu que 31 (7,3%) profissionais tinham sido vítimas de agressões ou ameaças de pessoas ligadas à criminalidade (Campos e Dias, 2006).

2.2.4 Fatores associados ao risco de sofrer violência no local de trabalho

Chappell e Di Martino (2006), ao estudarem o fenômeno da violência no trabalho, identificaram fatores associados ao risco de sofrer violência e reconheceram a interação entre eles. Com isso, elaboraram um modelo ampliado que descreve tanto os fatores de risco quanto as consequências para o serviço, para os profissionais e para a sociedade. Uma versão adaptada do modelo proposto pelos autores pode ser vista na Figura 2. Trata-se de um modelo dinâmico que pode ser utilizado em diferentes tipos de serviços para identificar os fatores de risco, as consequências e, até mesmo, traçar medidas de prevenção. Ao incluir os fatores de risco associados com a exposição à violência, o modelo divide esses fatores em três categorias: fatores de risco individuais, que expressam características pessoais (idade, gênero, personalidade, etc.); fatores de risco no local de trabalho, que expressam as características do trabalho

em geral (estrutura física, estilo gerencial, trabalhar com o público, etc.); e fatores de risco sociais, que expressam tanto a situação da região quanto do país (situação econômica, território violento, etc.). Os fatores de risco associados aumentam a exposição à violência no local de trabalho, que podem gerar uma consequência imediata ou a longo prazo tanto para a saúde individual da vítima quanto para o trabalho. Como consequência à saúde individual, os autores indicam que a vítima pode sofrer danos físicos e psicológicos com efeitos a longo prazo que restringem sua capacidade de trabalhar, e podem afetar a interação social e, até mesmo, o ambiente familiar. Já entre as consequências para o trabalho/serviço, ressaltam a diminuição da produtividade; episódios de estresse; e o risco de novos atos de violência, dentre outras.

As consequências diretas da exposição à violência no trabalho, seja para a saúde individual seja para o serviço, reforçam, por sua vez, os fatores de risco sociais, ocupacionais e individuais. As conexões entre os fatores de risco, a violência no trabalho e as consequências estão representadas na Figura 2.

Mesmo não sendo um modelo específico para a área da saúde, este modelo tem sido utilizado por alguns autores como referência teórica (Klijn *et al.*, 2004; Bernardi *et al.*, 2013). Pela relevância e por ser coerente com os propósitos dessa dissertação, utilizaremos o mesmo modelo com pequenas adaptações, que foram realizadas a partir dos resultados encontrados na literatura nacional e internacional sobre a violência no local de trabalho no campo da atenção primária à saúde. Portanto, o modelo adaptado utiliza a base do modelo original, suas interações, e acrescenta novos fatores de risco e consequências da violência tanto para a saúde dos profissionais quanto para a organização e o funcionamento dos serviços da APS.

Figura 2 - Modelo adaptado dos fatores de risco para sofrer violência no local de trabalho

2.2.4.1 Fatores de risco individuais

Para Chappell e Di Martino (2006), algumas características pessoais estão associadas ao risco de sofrer violência no local de trabalho em geral, são elas: aparência; saúde; idade; tempo de serviço; sexo; personalidade; atitudes e expectativas dos trabalhadores. A aparência do trabalhador, principalmente nos profissionais que trabalham com o público, pode ser um fator de risco ou proteção. O uso de uniformes ou roupas adequadas, por exemplo, podem aumentar ou diminuir a chance de sofrer violência. A saúde dos trabalhadores pode interferir na interação entre eles e o público, o estresse, alguns transtornos de saúde mental e sobrecarga de trabalho podem ocasionar mal-entendidos e respostas agressivas de ambas as partes. A idade e a experiência dos trabalhadores são características importantes, pois as duas podem aumentar ou diminuir o risco de sofrer violência; trabalhadores mais velhos e mais experientes tendem a responder mais sabiamente a situações difíceis do que os trabalhadores mais jovens e menos experientes. O sexo dos trabalhadores influencia

no risco, já que os homens tendem a responder mais agressivamente a determinadas situações, enquanto as mulheres tendem a sofrer mais determinados tipos de violência. Por fim, a personalidade, as atitudes e as expectativas dos trabalhadores são fatores de risco relevantes, pois trabalhadores ansiosos com altas expectativas e atitudes mais agressivas tendem a sofrer mais violência no local de trabalho em relação aos trabalhadores mais pacíficos e com comportamento controlado.

Estudos realizados na área da saúde corroboram com os fatores de risco citados por Chappel e Di Martino (2006), e acrescentam o nível educacional e a categoria profissional como fatores associados com a violência no local de trabalho (Palacios, 2003; El-Gilany *et al.*, 2010; Silva, 2015).

No setor de saúde, o sexo tem se mostrado uma variável importante para o risco de sofrer violência no local de trabalho. Ferrinho e colaboradores (2002), em seu estudo com profissionais de Centros de Saúde de Portugal, identificaram que ser do sexo feminino é um fator de risco. Em seus achados, as mulheres foram vítimas mais frequentes em relação aos homens tanto para qualquer tipo de violência, sendo acometidas em 61% dos casos, quanto para violência psicológica, sendo afetadas em 55% dos casos, sendo a diferença entre homens e mulheres estatisticamente significativa para ambos os tipos (Ferrinho *et al.*, 2002).

Em relação à idade do profissional de saúde, os mais novos têm mais chance de sofrer violência. Estudo realizado com profissionais de saúde da Bahia demonstrou que as mulheres na faixa etária de 25 e 39 anos apresentam mais risco de sofrer violência ocupacional, sendo 50% maior em relação àquelas acima desta faixa etária (RP = 1,5; IC95%: 1,1-2,2). Esse fato se repetiu entre os homens, porém o risco de sofrer violência é três vezes maior entre os profissionais de 25 a 39 anos de idade (RP = 3,1; IC95%: 1,5-6,1) (Silva *et al.*, 2014). Nos centros de saúde de Portugal, os profissionais com menos de 45 anos de idade também sofreram mais violência física e violência psicológica, atingindo até 69% dos profissionais que tinham entre 30 e 34 anos de idade (Ferrinho *et al.*, 2002).

A experiência e o tempo de serviço são possíveis fatores de risco, os profissionais de saúde com menor tempo de serviço costumam ser vítimas mais frequentes de violência ocupacional. Na Arábia Saudita, 35% (n=116) dos profissionais de saúde da atenção primária com menos de 5 anos de trabalho haviam

sofrido violência, já entre profissionais com mais de dez anos de trabalho, essa taxa foi menor, acometendo 24% (n=125) dos profissionais (El-Gilany *et al.*, 2010). No Brasil, os profissionais de saúde do estado da Bahia com menos de 20 anos de serviço referiram três vezes mais violência do que os demais com maior tempo de serviço (RP = 3,2; IC95%: 1,4-7,2) (Silva *et al.*, 2014).

O nível educacional dos profissionais de saúde tem sido considerado um fator de risco. Em estudo transversal realizado na Arábia Saudita, os profissionais de atenção primária com menor escolaridade, que tinham cursado até o segundo grau sofreram menos violência, com a prevalência de 13,4% dos casos, enquanto a prevalência de violência entre os profissionais que cursaram acima do segundo grau foi de 37,6% dos casos. Os profissionais de saúde com maior escolaridade possuem quase quatro vezes mais chance de sofrer violência no local de trabalho (OR 3,9; IC 95% 2,1-7,1) (El-Gilany *et al.*, 2010).

Na atenção primária, algumas categorias profissionais como a enfermagem e a categoria médica têm sido apontadas como possíveis fatores de risco (Palacios, 2003; Silva, 2015). Estudo realizado no município de São Paulo com profissionais de atenção primária demonstrou que a categoria médica sofreu duas vezes mais violência no local de trabalho em relação aos outros profissionais (Silva, 2015). Na Arábia Saudita, os médicos também sofreram mais violência no local de trabalho e apresentaram 50% mais chance de sofrer violência em relação aos outros profissionais. (El-Gilany *et al.*, 2010). Já um estudo realizado em diferentes tipos de serviços e com diversas categorias de profissionais da saúde, no estado do Rio de Janeiro, apontou que os profissionais de enfermagem da atenção primária foram os que mais sofreram violência, sendo que 35% dos profissionais de enfermagem e 38% dos auxiliares de enfermagem haviam sido vítimas no último ano (Palacios, 2003).

2.2.4.2 Fatores de risco no trabalho

Segundo Chappel e Di Martino (2006), o ambiente de trabalho pode ser um fator de risco importante para a violência no local de trabalho. No modelo proposto, consideram que a estrutura física, o fluxo e o estilo gerencial influenciam o risco de

sofrer violência. Faz parte da estrutura física tanto a parte estrutural quanto a limpeza e a ventilação do ambiente de trabalho. Lugares mais apertados, sujos e pouco ventilados podem gerar um clima adverso e aumentar o risco de sofrer violência. O fluxo e a organização do trabalho quando são mal organizados podem gerar uma sobrecarga de trabalho em grupos específicos e pode causar atrasos, demora e filas injustificadas, colocando os usuários e os trabalhadores em situações estressantes, que podem gerar agressões. O estilo gerencial é uma outra variável ligada ao risco, em organizações em que os trabalhadores participam das decisões, são ativos e possuem maior liberdade de comunicação, os casos de violência tendem a diminuir em relação ao estilo gerencial mais autoritário, pouco participativo e com uma postura defensiva em relação às pessoas externas ao trabalho.

Dessa forma, as características dos locais de trabalho aumentam o risco de sofrer violência no trabalho e vêm sendo investigadas em diversos setores. Le Blanc e Kelloway (2002) desenvolveram um instrumento para medir o risco de sofrer violência pelas características do trabalho em diferentes setores, e, a partir dos resultados de 254 questionários respondidos por 71 ocupações diferentes, os autores concluíram que os fatores de risco relacionados ao ambiente de trabalho eram: prestar cuidados físicos e emocionais; trabalhar sozinho; trabalhar com pessoas que possuem problemas emocionais; ir à casa de clientes; prestar serviços a pessoas que possuem problemas com álcool e outras drogas, e contato com pessoas que tomam medicações.

Muitos dos fatores apontados por Le Blanc e Kelloway (2002) fazem parte do cotidiano dos profissionais de saúde e são apontados por estudos na área da saúde como fatores de risco. Além desses achados, os estudos no setor de saúde têm demonstrado que o não entendimento do funcionamento do serviço por parte dos usuários, a baixa remuneração dos profissionais, o estilo de gerência das unidades, a má qualidade dos atendimentos, a falta de materiais e de recursos humanos, a inadequação do espaço físico e a falta de comunicação entre os profissionais são possíveis fatores de risco para os trabalhadores de saúde sofrerem violência em seu local de trabalho (Di Martino; Ferrinho, 2002; Klijn *et al.*; Moreno, 2004; Kaiser e Bianchi, 2008; Velloso *et al.*, 2011).

2.2.4.3 Fatores de risco sociais

Alguns fatores sociais têm sido apontados como possíveis geradores de situações violentas nos serviços de saúde, que são: situação socioeconômica do país e da área adstrita; baixo nível educacional dos usuários; altas taxas de desemprego; falta de políticas públicas adequadas; território violento e presença do tráfico de drogas (Chappel e Di Martino, 2006; Velloso *et al.*, 2011; Polaro *et al.*, 2013).

Di Martino (2002), em relatório internacional, demonstrou que, na Bulgária, 18% dos profissionais de saúde acreditavam que a situação socioeconômica do país era um fator de risco para violência física contra os profissionais de saúde, e 26,2% acreditavam que essa era um fator de risco para sofrer violência psicológica. Já na África do Sul, esta porcentagem subiu para 53% dos profissionais para violência física e 59% para violência psicológica.

No Brasil, estudos descritivos e qualitativos revelam que os profissionais de atenção primária acreditam que a má condição de vida da população adscrita, o baixo nível educacional da população, as condições precárias de moradia, saneamento e transporte, e a dificuldade econômica são possíveis fatores de risco para violência no local de trabalho (Palacios *et al.*, 2003; Kaiser e Bianchi, 2008; Velloso *et al.*, 2011). Para 27% (n=72) dos enfermeiros, que trabalhavam tanto na atenção primária quanto em um hospital geral de Campinas, os problemas socioeconômicos da região e a localização periférica do serviço são fatores de risco para sofrer violência no local de trabalho (Moreno, 2004).

2.2.5 Consequências para a saúde do profissional

As consequências para a saúde dos indivíduos, vítimas diretas ou indiretas da violência no local de trabalho, são várias e podem acarretar problemas de saúde física e/ou de saúde mental (FACTS, 2002). O sofrimento gerado pela violência leva, muitas vezes, à perda da confiança, reduz a autoestima e, em casos mais graves e/ou frequentes, pode levar ao uso de álcool, tabaco ou outras drogas, bem como, alguns transtornos mentais (WHO, 2002).

Para Di Martino (2002), a violência no local de trabalho é um gerador de danos psicológicos. Ao analisar os dados de alguns países, pode observar que 66% (n=410) dos profissionais da África do Sul, que foram vítimas de violência no local de trabalho, experimentaram memórias perturbadoras, evitaram pensar ou relatar o assunto, experimentaram fadiga crônica e se tornaram hipervigilantes após os atos de violência. Já no Líbano, 50% (n=208) dos profissionais vítimas de agressões verbais relataram como consequência ficarem hiperalertas e sentirem fadiga crônica (Di Martino, 2002).

Na Arábia Saudita, estudo transversal com profissionais da atenção primária revelou que os 302 profissionais de centros de saúde, vítimas de violência no local de trabalho, se sentiram incomodados e preocupados após serem expostos às situações de violência. O sentimento de desconfiança foi sentido por 86% (n=260) dos profissionais, a raiva foi relatada por 70% (n=211) das vítimas, a insatisfação com o trabalho e a irritabilidade foram relatadas por 69% (n=208) dos profissionais vitimados, o sentimento de medo foi relatado por 38% (n=115) dos profissionais, ter a performance diminuída foi relatado por 30% (n= 90) das vítimas e 21% (n=63) dos profissionais relataram baixa motivação após o episódio de violência (El-Gilany *et al.*, 2010).

Para Geiger-Brown e colaboradores (2007), quanto maior a exposição à violência, maior a chance de desenvolver depressão. Ao realizarem estudo com 1.643 trabalhadores de *home care*, da Costa Oeste dos Estados Unidos da América, observaram que os trabalhadores que sofreram violência psicológica durante o trabalho apresentaram seis vezes mais chance de ter depressão em relação aos profissionais que não haviam sido vítimas de violência (OR=6,5). E, quando comparado os níveis de violência, os trabalhadores que sofreram níveis mais altos de violência tiveram sete vezes mais chance de desenvolver depressão (OR=7,29).

Estudo realizado com 13.537 enfermeiros, de 10 países europeus, demonstrou que os profissionais que foram expostos às situações de violência frequentemente no local de trabalho apresentavam alto risco de *burnout*. Os profissionais que relataram ter sofrido violência mensalmente tiveram 38% mais chance de apresentar *burnout* (OR 1,38; IC=1,26-1,52), e os profissionais que relataram atos de violência semanais apresentaram uma chance ainda maior, apresentando 90% mais chance de *burnout*

(OR 1,90; IC=1,72-2,11) em relação aos enfermeiros que sofreram poucos atos de violência no local de trabalho (Estryn-Behar *et al.*, 2008).

Além dos impactos na saúde, a violência no local de trabalho pode gerar problemas nas relações interpessoais. Para 60% (n=32) dos profissionais de atenção primária do Chile, ter sofrido violência no local de trabalho influenciou negativamente seu relacionamento com seus familiares e, para 65% (n=39) dos profissionais, a violência gerou impacto negativo em suas relações interpessoais no trabalho (Klijn *et al.*, 2004).

No município de São Paulo, estudo transversal realizado com profissionais da atenção primária identificou que os trabalhadores que sofreram insultos, ameaças ou testemunharam várias vezes situações de violência estavam mais propensos a apresentar sintomas depressivos. E esse risco aumentava de acordo com os tipos e a frequência de violência vivenciadas no local de trabalho. A chance de apresentar sintomas depressivos foi 67% maior em trabalhadores expostos a um tipo de violência (OR1,67; IC 95% = 1,36 - 2,04) e cinco vezes maior em trabalhadores, que foram expostos aos quatro tipos de violência (OR5,10; IC 95% = 1,31 -19,76). Já para depressão maior, essa chance aumenta ainda mais, sendo de 84% a mais entre os profissionais expostos a um tipo de violência (OR1,84; IC 95% = 1,32 - 2,56), e de quatorze vezes mais entre os profissionais expostos aos quatro tipos de violência (OR14,34; IC 95% = 3,86 – 53,17) (Silva, 2015).

Os estudos qualitativos apontam para a mesma direção e trazem a percepção dos profissionais sobre os impactos da violência. Batista e colaboradores (2011) revelam que os profissionais de saúde da atenção primária de Belo Horizonte, após serem vítimas de violência no local de trabalho, tiveram medo de sofrer novas agressões, experienciaram sentimento de insegurança, desmotivação e insatisfação com o trabalho, e, em alguns casos mais graves, houve o adoecimento da vítima.

Para os Agentes Comunitários de Saúde do município de Sindrolândia - MS, vítimas de violência no local de trabalho, os impactos da violência na saúde mental são reais e fazem parte da sua experiência enquanto profissional de saúde. Eles experimentam sentimentos de tristeza e de raiva, e se sentem desmotivados e humilhados em seus locais de trabalho (Minhos e Contrera-Moreno, 2006).

Não só a violência no local de trabalho bem como o aumento da criminalidade nos territórios das equipes de saúde da família geram um temor diário nas equipes, os profissionais relatam se sentirem vulneráveis durante sua prática profissional, relatam sentimentos de ansiedade, solidão, impotência e frustração, e prejuízo ao cotidiano do trabalho (Lancman *et al.*, 2009; Batista *et al.*, 2011; Polaro *et al.*, 2013)

2.2.6 Consequências para os serviços de saúde

Todos os tipos de violência vivenciados no local de trabalho impactam o funcionamento do serviço e o processo de trabalho (Batista *et al.*, 2011). A violência no trabalho diminui a qualidade da assistência de diversas maneiras: gera um ambiente de medo e desconfiança; leva à interrupção imediata e, às vezes, a longo prazo das relações interpessoais; aumenta o absenteísmo; provoca a desmotivação profissional; reduz a produtividade e, em casos mais graves e/ou frequentes, provoca a mudança do profissional para outra unidade, a decisão de pedir demissão ou, até mesmo, o abandono da profissão (FACTS; WHO, 2002; Moreno, 2004).

Canton e colaboradores (2009) consideram que os profissionais que são expostos à violência no local de trabalho apresentam mais sentimentos de insatisfação com o trabalho e intenção de mudar de emprego. Ao estudarem 738 enfermeiras de *home care* no estado de Nova Iorque, EUA, observaram que os profissionais que haviam sofrido violência no trabalho apresentaram 86% mais chance de apresentar sintomas de insatisfação com o trabalho e 95% mais chance de ter intenção de mudar de emprego (OR=1,86; IC=1,28-2,7; OR=1,95; IC=1,31-2,91) em relação aos profissionais que não haviam sofrido episódios de violência.

Outro estudo transversal realizado com 13.537 enfermeiros, em países da Europa, demonstrou que ser exposto à violência no local de trabalho está associado com a intenção de trocar de emprego e deixar a profissão. Os profissionais que relataram ter sofrido violência mensalmente tiveram 16% mais chance de pensar em mudar de emprego (OR 1,16; IC=1,06-1,28), e os profissionais que relataram sofrer violência semanalmente tiveram 18% mais chance (OR 1,18; IC=1,06-1,31) em relação aos profissionais que sofreram poucos atos de violência no local de trabalho,

durante o ano. A intenção de deixar a profissão foi observada nos profissionais que relataram ter sofrido violência semanalmente, a chance foi 32% maior em relação aos profissionais com poucos incidentes violentos no trabalho (OR 1,32; IC=1,17-1,50) (Estryn-Behar *et al.*, 2008).

No Brasil, no município de Campinas-SP, estudo transversal realizado com 269 profissionais de enfermagem, de cinco centros de saúde e um hospital geral, demonstrou que 41 (24,1%) profissionais vítimas de violência relataram insatisfação com o trabalho e 11 (6,5%) profissionais mudaram de emprego após serem vítimas de violência. Ao analisar exposição à violência e capacidade para o trabalho, os profissionais da atenção primária que sofreram violência no local de trabalho tiveram 2,6 vezes mais chance de apresentarem capacidade para o trabalho baixa/moderada, e essa chance aumenta de acordo com o aumento da exposição à violência, sendo que os profissionais que sofreram mais de 5 episódios de violência tiveram 3,7 vezes mais chance de apresentar capacidade baixa/moderada (Moreno, 2004).

Estudos qualitativos descrevem a percepção dos profissionais em relação à exposição à violência no local de trabalho e as possíveis consequências para o serviço. Para 14 enfermeiras de unidades de saúde da família de Belém do Pará, a frequência das visitas domiciliares e as atividades na comunidade são prejudicadas pelo sentimento de medo e insegurança. Elas acreditam que a violência no território restringe o desempenho das ações comunitárias e impede as mudanças preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica, pois concentra a jornada de trabalho quase toda no interior da unidade (Polaro *et al.*, 2013). Para profissionais da ESF do município de Belo Horizonte, as situações de violência comunitária/urbana (tráfico, tiroteios, mortes, etc.) afetam o cotidiano do trabalho, pois as visitas domiciliares não são realizadas quando há conflitos no território e, em casos mais sérios, o serviço acaba sendo fechado para preservar a integridade dos funcionários, e, dentro da unidade, há o atendimento prioritário dos usuários que podem oferecer “risco” para os profissionais e para os demais pacientes, desrespeitando a ordem do agendamento (Velloso *et al.*, 2005)

Para Bispo (2011) e Almeida (2015), as situações de violência no território como tráfico de drogas e tiroteios afetam a prática profissional dos ACS. Devido às situações de violência comunitária/urbana, os ACS deixam de circular por algumas áreas do

território, em casos mais graves, pedem transferência de microárea, e assumem, em muitos momentos, uma postura de omissão e distancimento frente aos casos de violência doméstica e/ou uso de drogas.

Todas essas consequências podem resultar em uma redução na oferta de serviços de atenção primária e na piora na qualidade da assistência, principalmente nas regiões mais vulneráveis. Fato preocupante, pois, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, os serviços de atenção primária já são escassos e podem estar ainda mais ameaçados por causa do aumento da violência no local de trabalho (WHO, 2002; Lancman *et al.*, 2009; Batista *et al.*, 2011; Polaro *et al.*, 2013; Almeida, 2015).

No entanto, ainda são incipientes os estudos epidemiológicos que almejam estimar a frequência de alterações nas práticas dos profissionais expostos à violência, principalmente na APS. No cenário internacional, a maior parte dos estudos aborda categoriais profissionais específicas, particularmente enfermeiras, atuando em serviços hospitalares de emergência ou em clínicas e serviços psiquiátricos e de saúde mental (Fernandes *et al.*, 1999; Le Blanc e Kelloway, 2002; Ferrinho, 2004; Mccullough, 2011).

No Brasil, os estudos que abordam a questão das consequências da violência ainda são escassos e limitados metodologicamente por abordarem amostras pequenas ou serem realizados em serviços e categorias específicas, o que limita a capacidade de generalização dos resultados. Em sua maioria, estudam as consequências da violência no trabalho para a saúde física e psicológica (Moreno, 2003; Santos Junior e Dias, 2005; Cezar e Marziale, 2006).

Trata-se, portanto, de uma questão ainda em aberto na saúde coletiva e que merece ser mais bem explorada pela epidemiologia dada a sua gravidade, demonstrada, sobretudo por meio de estudos de cunho qualitativo, os quais evidenciam que os profissionais que convivem diariamente com situações de violência relatam sentir medo de atuar na comunidade, evitam circular por lugares perigosos, experienciam sentimentos de raiva, frustração, medo e impotência, que interferem na qualidade da assistência prestada (Kaiser e Bianchi, 2008; Lancman *et al.*, 2009).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Estudar as consequências da exposição à violência comunitária, durante o exercício profissional, na execução de atividades por parte dos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

3.2 Objetivos específicos

- 1) Estimar a prevalência de exposição à violência no local de trabalho;
- 2) Estimar a frequência de alteração na prática profissional dos profissionais da ESF;
- 3) Investigar se existe associação entre sofrer violência no local de trabalho e alteração na prática profissional;
- 4) Investigar se estar exposto a mais situações violentas no trabalho gera mais alterações na prática profissional.

4 MÉTODO

Os dados utilizados nesta dissertação fazem parte do Estudo PANDORA-SP (*Panorama of Primary Health Care Workers in São Paulo, Brazil: Depression, Organizational Justice, Violence at Work, and Burnout Assessments*) desenvolvido como pesquisa de doutorado de Andréa Tenório Correia da Silva, orientada pelo Prof. Dr. Paulo Rossi Menezes, no programa de pós-graduação em Ciências do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP (Silva, 2015).

4.1 Tipo de estudo e amostra

Esta pesquisa é um estudo epidemiológico de corte transversal, que tem como população-alvo os profissionais da Estratégia de Saúde da Família do Município de São Paulo. De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), no ano de 2010, existiam 9.450 profissionais de saúde de diversas categorias, que atuavam nas 945 Equipes de Saúde da Família existentes no município. O tamanho mínimo da amostra foi estabelecido de acordo com os critérios de Moineddin *et al.* (2007), e estabeleceu-se uma amostra mínima de 2.500 profissionais. Como cada Unidade Básica de Saúde possui, em média, cinco equipes de saúde da Família, e cada equipe contém entre oito e dez profissionais, foram sorteadas 66 UBSs, que contabilizava cerca de 3.300 trabalhadores. Essas unidades foram sorteadas a partir de uma lista fornecida pela SMS, a qual disponibilizava informações a respeito das equipes e das instituições parceiras que as gerenciavam. No município de São Paulo, existe uma parceria entre a prefeitura e Organizações Sociais (OS) no setor Saúde, desde 2006, quando foi promulgada a Lei de OS, Lei Municipal nº 14.132. Desde então, a participação das organizações sociais no setor de saúde têm se expandindo e, no ano de 2010, já gerenciavam 72% dos serviços de atenção primária do município (Contreiras e Matta, 2015).

No momento do cálculo da amostra, as equipes de saúde da Família do município eram gerenciadas por 10 instituições diferentes, as quais eram responsáveis pela contratação e pelo gerenciamento dos trabalhadores, sendo que cada instituição possuía um número diferente de equipes, que variava entre 20 e 232. Para selecionar os participantes do estudo, foi feito um sorteio das UBSs, que foram estratificadas tanto pelo número de equipes em cada instituição parceira quanto pelo número de equipes por região (Sul, Sudeste, Leste, Centro-oeste e Norte). Após o sorteio, todos os profissionais das unidades sorteadas, que já tinham cumprido os três meses de experiência, foram convidados a participar do estudo, totalizando uma amostra final de 2.940 profissionais das seguintes categorias: médicos; enfermeiros; auxiliares de enfermagem; e agentes comunitários de saúde.

4.2 Materiais e pesquisa de campo

Para a coleta de dados do Estudo PANDORA-SP, foi desenvolvido um questionário eletrônico, criado em parceria com a Faculdade de Engenharia Elétrica da Universidade de São Paulo, sob a supervisão do Professor Antônio Seabra. A versão eletrônica do questionário utilizava a ferramenta *Open Data Kit* (ODK), a qual possibilitou a utilização de *smartphones* nas entrevistas. Os dados coletados via *smartphones* eram convertidos em arquivos XML, o que reduziu tanto o tempo da pesquisa quanto os gastos com impressão de questionários e a dupla digitação.

Primeiramente, os pesquisadores treinados apresentaram a pesquisa em cada OS parceira da SMS e, logo após, em cada UBS sorteada. Após as apresentações, os pesquisadores esclareciam as dúvidas e agendavam, quando possível, as entrevistas com os profissionais.

Todas as entrevistas foram aplicadas nas UBSs, em salas isoladas com o intuito de garantir a privacidade do entrevistado. O trabalho de campo iniciou em outubro de 2011 e finalizou em novembro de 2012. Com o objetivo de reduzir as perdas, os pesquisadores remarcavam o horário da entrevista até três vezes, caso o entrevistado não pudesse comparecer no horário agendado anteriormente. Além disso,

compareciam à UBS em outros momentos para possibilitar a participação de profissionais que, no momento das entrevistas, estavam de férias ou de licença.

Todos os profissionais das unidades selecionadas, com mais de três meses de atuação na instituição parceira, foram contatados e convidados a participar da pesquisa voluntariamente. Após leitura do Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido (TCLE), o questionário semiestruturado foi aplicado por uma entrevista face a face.

4.3 Variáveis e medidas

4.3.1 Variáveis independentes (exposição principal)

As variáveis independentes, ou de exposição principal, exprimem a exposição à violência no local de trabalho, nos doze meses anteriores à entrevista. As questões abordaram a vitimização direta por violência interpessoal física e psicológica (chutes, tapas, uso de armas, insultos e depreciações) e a vitimização indireta (testemunhar ou ouvir falar situações violentas). As questões sobre vitimização direta basearam-se na versão brasileira do questionário *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence* (Schraiber *et al.*, 2010) desenvolvido para obter informações sobre a saúde da mulher e violência doméstica. Deste questionário mantiveram-se as dimensões de violência física e psicológica sofridas no ano, a frequência de vitimização (uma, pouca ou muitas vezes) assim como a estrutura padrão de organização das perguntas e respostas. Todas as questões foram adaptadas para captar a violência sofrida no contexto do trabalho, e foram incluídos dois itens que identificavam se o ato violento ocorreu durante o trabalho e se esse foi cometido por alguém da população adscrita (Anexo B).

Questões sobre exposição à violência indireta também foram acrescentadas ao questionário, seguindo a mesma estrutura. Essas questões abordavam o testemunho de agressões físicas, roubos, brigas com armas e tiroteios na comunidade, e foram adaptadas a partir do questionário desenvolvido por Cardia (1999) para a Pesquisa *atitudes, normas culturais e valores em relação à violência em 10 capitais brasileiras*.

No Quadro 1, estão expostas as variáveis independentes e suas categorias, sendo que, na análise bivariada e multivariada, utilizamos como variável de exposição principal, a exposição à violência por tipo de vitimização.

Quadro 1 – Variáveis independentes e suas categorias investigadas nesse estudo

Variáveis	Categorias
Violência psicológica: Insulto/depreciação (vitimização direta)	0-Nenhuma 1-Uma ou poucas vezes 2-Muitas vezes
Violência física (vitimização direta)	0-Nenhuma 1-Uma ou poucas vezes 2-Muitas vezes
Violência testemunhada (vitimização indireta)	0-Nenhuma 1-Uma ou poucas vezes 2-Muitas vezes
Exposição à violência por tipo de vitimização	0-Nenhuma 1-Apenas vitimização indireta 2-Apenas vitimização direta 3-Vitimização direta e indireta

4.3.2 Variáveis dependentes (desfechos de interesse)

As variáveis dependentes pretendem exprimir os efeitos negativos da exposição à violência no local de trabalho na atuação dos profissionais da ESF. As perguntas foram elaboradas a partir da literatura nacional, principalmente de artigos qualitativos que expressaram as consequências da exposição à violência no local de trabalho em serviços de atenção primária (Moreno, 2004; Kaiser e Bianchi, 2008; Lancman *et al.*; Palma, 2009). Todas as questões visavam identificar quais práticas previstas no cotidiano do trabalho deixaram de ser realizadas e quantas vezes isso ocorreu nos últimos 12 meses por medo e/ou ameaça. As práticas abordadas no questionários foram: notificação de casos de violência; visita domiciliar; circular pelo território; abordar temas em saúde; e sequência de pacientes agendados (Anexo C).

Quadro 2 - Variáveis dependentes (desfechos de interesse) e suas categorias investigadas nesse estudo

Variáveis	Categoria
Deixou de notificar casos de violência	0-Não 1-Sim
Deixou de realizar visita domiciliar	0-Não 1-Sim
Deixou de circular pelo território	0-Não 1-Sim
Deixou abordar algum tema de saúde	0-Não 1-Sim
Deixou de seguir a sequência dos pacientes agendados	0-Não 1-Sim
Qualquer alteração na prática profissional	0-Não 1-Sim

4.3.3 Variáveis independentes (covariáveis)

As variáveis independentes ou covariáveis visam caracterizar a amostra a partir de dados individuais e contextuais. Neste estudo, foram utilizadas as variáveis sociodemográficas: sexo; idade; cor referida; estado civil; renda individual mensal; e escolaridade. Em relação ao trabalho, foram utilizadas as variáveis: profissão; tempo de trabalho na ESF; e presença de cortiço/favela. Todas as variáveis foram incluídas em um questionário elaborado pelos pesquisadores do Estudo PANDORA-SP (Anexo A). A variável cor da pele foi categorizada em apenas duas categorias (Branca e outras), devido ao pequeno número de profissionais que se declararam de cor amarela (n=62). Para a análise, juntamos esses profissionais com os profissionais que se declararam pretos (n=527) e pardos (n=1.112) formando a categoria outras. As categorias de cada variável sociodemográfica e relacionada ao trabalho estão descritas no Quadro 3.

Quadro 3 - Características sociodemográficas, relacionadas ao trabalho e suas categorias investigadas neste estudo

Variável	Categorias
Sexo	0- Feminino 1- Masculino
Idade	0-18 a 29 anos 1-30 a 39 anos 2-40 a 49 anos 3-Acima de 50 anos
Cor da pele	0 -Branca 1- Outras
Estado civil	0- Casado 1- Solteiro 2- Viúvo/Separado
Renda	0- 400 a 1.000 1- 1.001 a 2.000 2- 2.001 a 4.000 3- Acima de 4.000
Escolaridade	0- Ensino fundamental (até 8 anos) 1- Curso técnico 2- Curso de graduação 3- Pós-graduação
Profissão	0- Agente Comunitário de saúde 1- Auxiliar/técnicos de enfermagem 2- Enfermeiros 3- Médicos
Tempo de serviço	0- 3 meses a 23 meses 1- 2 anos a 6 anos 2- Acima de 6 anos
Presença de cortiço/favela	0- Não 1- Sim

4.4 Análise

O Estudo Pandora-SP utilizou uma estratégia de seleção amostral por Cluster, sendo as UBS as unidades primárias de seleção, uma vez selecionadas as UBS, todos os profissionais da ESF foram convidados a participar da pesquisa. Por essa particularidade, tanto na análise bivariada quanto na multivariada foi considerado o

efeito do desenho de amostragem por Cluster. Para isso, usamos o comando *svy* do Stata SE 12.0.

Inicialmente, foi realizada a análise descritiva dos dados por meio do cálculo de frequências simples e proporções, para as variáveis categóricas, e medidas de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas. Essa primeira análise serve como base e é fundamental para uma interpretação adequada dos resultados obtidos na investigação (Callegari-Jacques, 2003).

Para análise bivariada entre alterações na prática profissional (notificação de violência, visita domiciliar, circular pelo território, abordar tema em saúde e sequência de paciente agendado), e características individuais e do trabalho; foi utilizado o teste de qui-quadrado de Pearson (χ^2). O valor de *p* dado pelo teste revela se a associação entre as variáveis é significativa do ponto de vista estatístico e mede a probabilidade de o acaso explicar a associação encontrada (Callegari-Jacques, 2003).

Para investigar a associação entre exposição à violência por tipo de vitimização e alteração na prática profissional, foram contruídos modelos de Regressão de Poisson Brutos e Ajustados, com cálculos das razões de prevalência e respectivos intervalos de confiança de 95%. Os modelos de regressão de Poisson foram escolhidos em razão de termos desfechos frequentes (Barros e Hirakata, 2003; Francisco *et al.*, 2008). Esse tipo de modelo foi considerado mais adequado que a regressão logística, pois essa superestimou o risco, e apresentou intervalos de confiança mais amplos e menos precisos, principalmente em desfechos de prevalência intermediária e alta (Coutinho *et al.*; Francisco *et al.*, 2008). Com a utilização do comando *svy*, para a correção do efeito do desenho amostral, o erro padrão e intervalos de confiança são calculados pelo método Robusto.

Para análise multivariada, selecionamos todas as variáveis que tiveram um valor de $p < 0,20$ no teste de qui-quadrado de Person (χ^2), na análise bivariada. As variáveis escolaridade, renda e profissão apresentaram multicolinearidade, por isso, no modelo, final optamos por usar a variável profissão quando todas apresentaram um $p < 0,20$ na análise bivariada. A escolha da variável profissão foi feita por refletir, de certa forma, as outras variáveis, visto que a renda e, muitas vezes, a escolaridade têm relação com a profissão exercida.

Os modelos foram construídos pelo método *stepwise forward*, incluindo as variáveis uma a uma a partir das variáveis com maior significância estatística (menor valor de p) em ordem decrescente (maior valor de p) encontradas na análise bivariada. Permaneceram no modelos todas as variáveis que apresentaram significância $<0,1$. O teste chi-quadrado de tendência linear foi realizado para avaliar a existência de tendência linear na medida de associação com a variável exposição à violência por vitimização (variável de exposição principal). A análise estatística foi realizada no programa Stata SE 12.0.

4.5 Considerações éticas

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Protocolo nº 147/15). E o Estudo PANDORA foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (Parecer nº 372/10) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Protocolo nº 259/10). Todos os trabalhadores da ESF incluídos no estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

5 RESULTADOS

5.1 Características da amostra

A pesquisa contou com a participação de 2.940 (93%) profissionais de estratégia saúde da família de um total de 3.141 trabalhadores, das unidades básicas selecionadas do município de São Paulo. Os participantes, em sua maioria, eram do sexo feminino (90,51%) e estavam na faixa etária de 30 a 39 anos (40,34%). Em relação à cor da pele, 42,14% dos trabalhadores de saúde se autodeclararam brancos. Quanto ao estado civil, notou-se que a maioria da amostra (61,8%) estava casada ou morava junto com parceiro, no momento da entrevista. Um pouco mais que a metade dos participantes relatou ter renda mensal de 400 a 1.000 reais (51,73%). E, com relação à escolaridade, a maior concentração dos trabalhadores foi ter cursado o fundamental (37,14%), seguido por curso técnico (31,09%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo as variáveis sociodemográficas - São Paulo – 2012, Estudo PANDORA - SP (N=2.940)

Variáveis	Categoria	N	%
Sexo	Feminino	2.661	90,51
	Masculino	279	9,49
Idade	18 a 29 anos	804	27,35
	30 a 39 anos	1.186	40,34
	40 a 49 anos	637	21,67
	Acima de 50 anos	313	10,65
Cor da pele	Branca	1.239	42,14
	Outras	1.701	57,86
Estado Civil	Casado	1.817	61,8
	Solteiro	801	27,24
	Viúvo/Separado	322	10,95
Renda individual	400 a 1.000	1.525	51,73
	1.001 a 2.000	702	23,88
	2.001 a 4.000	232	7,89
	Acima de 4.000	485	16,50
Escolaridade	Fundamental	1.092	37,14
	Curso técnico	914	31,09
	Graduação	524	17,82
	Pós-graduação	485	13,95

Considerando as variáveis relacionadas ao trabalho, a maioria dos profissionais era Agente Comunitário de Saúde (60,2%), seguida pelos auxiliares/técnicos de enfermagem (22,01%), enfermeiros (10,41%) e médicos de família (7,38%). Com relação ao tempo de atuação em equipes da estratégia saúde da família, cerca de 36,56% trabalhavam entre 2 a 6 anos e 29,46% já atuavam há mais de 6 anos. Quando questionados sobre a presença de favela e cortiços na área de atuação, a grande maioria dos profissionais (65,65%) respondeu positivamente (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição da amostra segundo as variáveis relacionadas ao trabalho - São Paulo – 2012, Estudo PANDORA - SP (N=2.940)

Variáveis	Categoria	N	%
Profissão	Agente Comunitário de Saúde	1.770	60,20
	Auxiliar/técnico de enfermagem	647	22,01
	Enfermeiros	306	10,41
	Médicos	217	7,38
Tempo de Serviço	3 meses a 23 meses	999	33,98
	2 anos até 6 anos	1.075	36,56
	Acima de 6 anos	866	29,46
Presença de cortiços/favelas	Não	1.010	34,35
	Sim	1.930	65,65

Do total dos entrevistados, 1.699 (57,8%) trabalhadores relataram ter sofrido algum tipo de violência no local de trabalho, nos últimos doze meses. Sendo que 17,11% relataram ter sofrido tanto vitimização direta quanto indireta. Os insultos/depreciações foi o tipo de violência mais frequente (44,86%), logo após a violência testemunhada (29,49%) e, por último, a violência física (2,41%). Em relação à recorrência, observou-se que os profissionais vitimados tanto pela violência testemunhada (8,27%) quanto pelos insultos (10,68%) vivenciaram muitos episódios durante os dozes meses. Enquanto na violência física, nota-se uma maior prevalência em evento único ou com poucas repetições (2,21%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos profissionais da ESF segundo os tipos e frequência de violência no local de trabalho, nos últimos doze meses, São Paulo – 2012, Estudo PANDORA - SP (N=2.940)

Variáveis	Categorias	N	%
Exposição à violência por vitimização	Nenhuma	1.241	42,21
	Apenas vitimização indireta	364	12,38
	Apenas vitimização direta	832	28,30
	Vitimização direta e indireta	503	17,11
Tipos de Violência	Insulto/depreciação	1.319	44,86
	Violência física	71	2,41
	Violência testemunhada	867	29,49
Frequência Insulto/depreciação	Nenhuma	1.621	55,14
	Uma ou poucas vezes	1.005	34,18
	Muitas vezes	314	10,68
Violência física	Nenhuma	2.869	97,59
	Uma ou poucas vezes	65	2,21
	Muitas vezes	06	0,2
Violência Testemunhada	Nenhuma	2.073	70,51
	Uma ou poucas vezes	624	21,22
	Muitas vezes	243	8,27

Os profissionais quando questionados sobre terem deixado de realizar alguma prática na atenção primária por medo e/ou ameaça, nos últimos doze meses, responderam afirmativamente em 34,9%. Das cinco atividades questionadas, deixar de realizar visita domiciliar foi mencionado por 18,03% dos entrevistados, seguido por deixar de notificar casos de violência, deixar de circular pelo território, deixar de abordar tema em saúde e deixar de seguir sequência dos pacientes agendados (Tabela 4).

Tabela 4 - Práticas que deixaram de ser realizadas por medo/ameaça, nos últimos doze meses, São Paulo - 2012, Estudo PANDORA - SP (N=2.940)

Variável	N	%
Deixou de notificar casos de violência.	453	15,41
Deixou de realizar visita domiciliar.	530	18,03
Deixou de circular pelo território.	304	10,34
Deixou abordar algum tema em saúde.	251	8,54
Deixou de seguir a sequência dos pacientes agendados.	186	6,33
Deixou de realizar qualquer atividade.	1.026	34,90

No Gráfico 1, observa-se o acúmulo de alteração na prática profissional, nos últimos doze meses, por medo e/ou insegurança. Entre os profissionais que referiram deixar de realizar atividades, 6,1% relataram ter deixado de executar 3 ou mais tipos.

Gráfico 1 - Frequência de alterações na prática profissional na ESF por medo/ameaça, nos últimos 12 meses, São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)

5.2 Associação entre exposição à violência e alteração na prática profissional por sentir-se ameaçado ou com medo

Com o intuito de compreender o impacto da exposição à violência no local de trabalho e a alteração na prática no cotidiano do trabalho de profissionais da ESF, utilizou-se como variável de exposição principal, a exposição à violência por tipo de vitimização, que possui quatro categorias: sem exposição; apenas vitimização indireta; apenas vitimização direta; e vitimização direta e indireta. E essa variável foi analisada com cada um dos desfechos, sendo ajustada no modelo final apenas pelas covariáveis (sociodemográficas e relacionadas ao trabalho), que apresentaram p estatisticamente significativa ($p < 0,2$). Os resultados das análises bivariadas e multivariadas serão apresentados nos subtópicos a seguir.

5.2.1 Deixar de notificar casos de violência

Considerando, inicialmente, as características sociodemográficas dos participantes, observou-se que há uma maior frequência em deixar de notificar casos de violência entre os profissionais do sexo feminino. Em relação à idade, os indivíduos mais novos até 39 anos deixaram de notificar mais frequentemente que os profissionais mais velhos. E, ao analisar a renda e a escolaridade, pode-se observar que os profissionais que relataram ter renda superior a 4.000,00 reais e trabalhadores com pós-graduação deixaram de notificar casos de violência com mais frequência em comparação com os demais.

Já em relação às variáveis relacionadas ao trabalho, houve uma maior frequência em deixar de notificar casos de violência entre os enfermeiros, entre os profissionais que atuavam há mais de seis anos na estratégia, e também entre os trabalhadores que relataram trabalhar em área com presença de cortiços e favelas (Tabela 5).

Tabela 5 - Análise bivariada entre as variáveis sociodemográficas e relacionadas ao trabalho, e deixar de notificar casos de violência, nos últimos doze meses - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)

	Deixou de notificar casos de violência				Valor de p
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Características sociodemográficas					
Sexo*					
Masculino	31	11,1	248	88,89	0,029
Feminino	422	15,86	2.239	84,14	
Idade*					
18 a 29 anos	141	17,54	663	82,46	0,0001
30 a 39 anos	205	17,28	981	82,72	
40 a 49 anos	77	12,09	560	87,91	
Acima de 50 anos	30	9,58	283	90,42	
Cor da pele					
Branca	192	15,5	1.047	84,5	0,92
Outras	261	15,43	1.440	84,66	
Estado civil					
Casado	285	15,69	1.532	84,31	0,61
Solteiro	123	15,36	678	84,64	
Viúvo/separado	45	13,98	277	86,02	
Renda					
R\$ 400 a R\$ 1.000	232	15,25	1.289	84,75	<0,001
R\$ 1.001 a R\$ 2.000	69	9,83	633	90,17	
R\$ 2.001 a R\$ 4.000	26	11,21	206	88,79	
Acima de R\$ 4.000	126	25,98	359	74,02	
Escolaridade					
Fundamental	148	13,55	944	86,45	<0,001
Curso técnico	112	12,25	802	87,75	
Graduação	83	15,84	441	84,16	
Pós-Graduação	110	26,83	300	73,17	
Características relacionadas ao trabalho					
Profissão*					
Agente Comunitário de Saúde	264	14,92	1.506	85,08	<0,001
Auxiliar/técnico de enfermagem	52	8,04	595	91,96	
Enfermeiros	94	30,72	212	69,28	
Médicos	43	19,82	174	80,18	
Tempo de serviço*					
3 a 23 meses	140	14,01	859	85,99	0,087
2 a 6 anos	164	15,26	911	84,74	
Acima de 6 anos	149	17,21	717	82,79	
Presença de cortiços/favela*					
Não	117	11,58	893	88,42	<0,001
Sim	336	17,41	1.594	82,59	

*variáveis selecionadas para ajustar o modelo final, $p < 0,2$.

Quando analisada a associação entre deixar de notificar casos de violência com exposição à violência no trabalho, notou-se uma associação significativa mesmo após ajuste pelas demais variáveis ($p < 0,001$), sendo que, tanto os profissionais que sofreram apenas vitimização indireta quanto os que sofreram vitimização direta, deixaram de notificar casos de violência quase duas vezes mais do que os não expostos à violência nos últimos doze meses (RP=1,93; IC95% 1,47-2,53) e (RP=1,92; IC95% 1,49-2,50), respectivamente. Enquanto os profissionais que sofreram os dois tipos de vitimização (direta e indireta) deixaram de notificar casos de violência 3 vezes mais do que os não expostos (RP= 3,00; IC95% 2,22-4,04). Dessa forma, pode-se observar uma gradação na força de associação entre as categorias de exposição à violência (Tabela 6).

Tabela 6 - Associações da exposição à violência no trabalho e deixar de notificar casos de violência, nos últimos 12 meses- São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)

Deixar de notificar casos de violência			
Variável	RPbruta (IC95%)	RPajustada (IC95%)	p de tendência
Exposição à violência por vitimização			
Nenhuma	1	1	
Vitimização indireta	1,78 (1,34-2,36)	1,93 (1,47-2,53)	<0,001
Vitimização direta	2,14 (1,64-2,77)	1,92 (1,49-2,50)	
Vitimização direta e indireta	2,77 (2,07-3,72)	3,00 (2,22-4,04)	

Regressão de Poisson. Modelo ajustado por sexo, idade, profissão, tempo de serviço e presença de favela/cortiço.

RP bruta= razão de prevalência bruta; RP ajustado = razão de prevalência ajustada.

5.2.2 Deixar de realizar visita domiciliar

Ao analisar as características sociodemográficas, pode-se notar que os profissionais do sexo feminino deixaram de realizar visita domiciliar com mais frequência, assim como os profissionais mais novos, com a faixa etária até 39 anos. Com relação à renda dos profissionais, aqueles que declararam receber acima de quatro mil reais também deixaram de realizar visitas domiciliares mais frequentemente. Quanto às variáveis relacionadas ao trabalho, os enfermeiros e os médicos deixaram de visitar com mais frequência em relação às outras categorias. Os trabalhadores com

mais tempo de serviço juntamente com aqueles que atuavam em áreas com presença de favela e cortiço deixaram de realizar mais visitas (Tabela 7).

Tabela 7 - Análise bivariada entre as variáveis sociodemográficas e relacionadas ao trabalho e deixar de realizar visita domiciliar, nos últimos dozes - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)

	Deixou de realizar visita domiciliar				Valor de p
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Características sociodemográficas					
Sexo*					
Masculino	39	13,98	240	86,02	0,09
Feminino	491	18,45	2.170	81,55	
Idade*					
18 a 29 anos	183	22,76	621	77,24	<0,001
30 a 39 anos	224	18,89	962	81,11	
40 a 49 anos	99	15,54	538	84,46	
Acima de 50 anos	24	7,67	289	92,33	
Cor da pele					
Branca	220	17,76	1.019	82,24	0,72
Outras	310	18,22	1.391	81,78	
Estado civil					
Casado	319	17,56	1.498	82,44	0,44
Solteiro	156	19,48	645	80,52	
Viúvo/separado	55	17,08	267	82,92	
Renda					
R\$ 400 a R\$ 1.000	294	19,33	1.227	80,67	<0,001
R\$ 1.001 a R\$ 2.000	105	14,96	597	85,04	
R\$ 2.001 a R\$ 4.000	21	9,05	211	90,95	
Acima de R\$ 4.000	110	22,68	375	77,32	
Escolaridade					
Fundamental	190	17,40	902	82,60	<0,048
Curso técnico	150	16,41	764	83,59	
Graduação	98	18,7	426	81,3	
Pós-Graduação	92	22,44	318	77,56	
Características relacionadas ao trabalho					
Profissão*					
Agente Comunitário de Saúde	336	18,98	1.434	81,02	<0,001
Auxiliar/técnico de enfermagem	79	12,21	568	87,79	
Enfermeiros	65	21,24	241	78,76	
Médicos	50	23,04	167	76,96	
Tempo de serviço*					
3 a 23 meses	187	18,72	812	81,28	0,14
2 a 6 anos	204	18,98	871	81,02	
Acima de 6 anos	139	16,05	727	83,95	
Presença de cortiços/favela*					
Não	141	13,96	869	86,04	<0,001
Sim	389	20,16	1.541	79,84	

*variáveis selecionadas para ajustar o modelo final, $p < 0,2$.

Na análise multivariada, foi possível observar que, nos últimos doze meses, os profissionais vítimas de violência no local de trabalho deixaram de realizar mais visitas domiciliares em relação aos que nunca sofreram. Os trabalhadores vítimas de violência indireta deixaram de visitar os domicílios 56% mais que os não expostos (RP=1,56; IC95% 1,16-2,09), enquanto os profissionais expostos à vitimização direta deixaram de realizar visitas 77% mais frequentemente (RP=1,77; IC95% 1,42-2,21). Já os trabalhadores expostos tanto à vitimização direta quanto indireta apresentaram uma frequência ainda maior para o desfecho deixar de realizar visita domiciliar, sendo esta quase de 3 vezes em relação aos não expostos (RP= 2,98; IC95% 2,40-3,69) (Tabela 8). É possível constatar uma gradação na força de associação entre as categorias de vitimização, ao passo que, ao se estar mais exposto (vitimização direta e indireta), maior será a razão de prevalência para o desfecho (Tabela 8).

Tabela 8 - Associações da exposição à violência no trabalho com deixar de realizar visita domiciliar, nos últimos 12 meses - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)

Deixar de realizar visita domiciliar			
Variável	RPbruta (IC95%)	RPajustada (IC95%)	p de tendência
Exposição à violência por vitimização			
Nenhuma	1	1	
Vitimização indireta	1,56 (1,16-2,09)	1,56 (1,16-2,09)	<0,001
Vitimização direta	1,92 (1,53-2,42)	1,77 (1,42-2,21)	
Vitimização direta e indireta	3,04 (2,49-3,71)	2,98 (2,40-3,69)	
Regressão de Poisson. Modelo ajustado por sexo, idade, profissão, tempo de serviço e presença de favela/cortiço. RP bruta = razão de prevalência bruta; RP ajustado = razão de prevalência ajustada.			

5.2.3 Deixar de circular pelo território

Relacionando as variáveis sociodemográficas e o desfecho deixar de circular pelo território, foi possível constatar que os indivíduos mais novos até 39 anos de idade deixaram de circular mais em relação aos mais velhos. Com relação à escolaridade, os participantes com pós-graduação foram os que mais deixaram de circular pelo território por medo e/ou ameaça. Entre as variáveis relacionadas ao trabalho, apenas os profissionais que atuavam em área com presença de cortiço/favela deixaram de circular mais (Tabela 9).

Tabela 9 – Análise bivariada entre as variáveis sociodemográficas e relacionadas ao trabalho, e deixar de circular pelo território, nos últimos doze meses - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)

	Deixar de circular pelo território				Valor de p
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Características sociodemográficas					
Sexo					
Masculino	25	8,96	254	0,91	0,49
Feminino	279	10,48	2.382	89,52	
Idade*					
18 a 29 anos	85	10,57	719	89,43	0,14
30 a 39 anos	136	11,47	1.050	88,53	
40 a 49 anos	62	9,73	575	90,27	
Acima de 50 anos	21	6,71	292	93,29	
Cor da pele					
Branca	128	10,33	1.111	89,67	0,989
Outras	176	10,35	1.525	89,65	
Estado civil					
Casado	184	10,13	1.633	89,87	0,34
Solteiro	79	9,86	722	90,14	
Viúvo/separado	41	12,73	281	87,27	
Renda					
R\$ 400 a R\$ 1.000	156	10,26	1.365	89,74	0,25
R\$ 1.001 a R\$ 2.000	63	8,97	639	91,03	
R\$ 2.001 a R\$ 4.000	23	9,91	209	90,09	
Acima de R\$ 4.000	62	12,78	423	87,22	
Escolaridade*					
Fundamental completo	95	8,70	997	91,35	0,04
Curso técnico	95	10,39	819	89,61	
Graduação	60	11,45	464	88,55	
Pós-Graduação	54	13,17	356	86,83	
Características relacionadas ao trabalho					
Profissão					
Agente Comunitário de Saúde	179	10,11	1.591	89,89	0,22
Auxiliar/técnico de enfermagem	58	8,96	589	91,04	
Enfermeiros	38	12,42	268	87,58	
Médicos	29	13,36	188	86,64	
Tempo de serviço					
3 a 23 meses	93	9,31	906	90,69	0,33
2 a 6 anos	122	11,35	953	88,65	
Acima de 6 anos	89	10,28	777	89,72	
Presença de cortiços/favela*					
Não	76	7,52	934	92,48	<0,001
Sim	228	11,81	1.702	88,19	

*variáveis selecionadas para o modelo final, p<0,2.

Ao realizar a análise multivariada, observa-se que todos os trabalhadores de saúde que foram expostos à violência no local de trabalho deixaram de circular pelo território com maior frequência, sendo que os profissionais vítimas indiretas deixaram de circular pelo território mais de 2 vezes e meia em relação aos não expostos (RP=2,63; IC95% 1,79-3,84), e os profissionais vítimas de violência direta deixaram de circular um pouco mais de vezes em relação aos não vitimados (RP=2,28; IC95% 1,68-3,09). Ao passo que os profissionais vítimas de ambos tipos de violência (direta e indireta) deixaram de circular pelo território mais de 4 vezes em relação aos profissionais que não foram vítimas no último ano (RP=4,23; IC95% 3,15-5,67). Assim sendo, pode-se notar uma progressão na força de associação entre as categorias de vitimização (p de tendência linear <0,001) (Tabela 10).

Tabela 10 - Associação entre exposição à violência no local de trabalho e deixar de circular pelo território, nos últimos doze meses - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)

Variáveis	Deixar de circular pelo território		
	RPbruta (IC95%)	RPajustada(IC95%)	p de tendência
Exposição à violência por vitimização			
Nenhuma	1	1	
Vitimização indireta	2,46 (1,69-3,57)	2,63 (1,79-3,84)	<0,001
Vitimização direta	2,42 (1,79-3,27)	2,28 (1,68-3,09)	
Vitimização direta e indireta	4,04 (3,02-5,39)	4,23 (3,15-5,67)	

Regressão de Poisson Robusta. Modelo ajustado por idade, escolaridade e presença de favela/cortiço. RP bruta = razão de prevalência bruta; RP ajustado = razão de prevalência ajustada.

5.2.4 Deixar de abordar algum tema em saúde

Na análise bivariada entre as variáveis sociodemográficas e o desfecho deixar de abordar tema em saúde, verifica-se que, em relação à idade, os profissionais mais novos na faixa etária de 18 a 39 anos deixaram de abordar mais temas em saúde, nos últimos doze meses. Quanto à renda e à escolaridade, nota-se que os profissionais que recebiam mais de quatro mil reais mensais e aqueles com curso de pós-graduação completo deixaram de abordar temas em saúde com mais frequência em relação aos demais profissionais.

Quando se analisam as variáveis relacionadas ao trabalho, a categoria dos médicos e dos enfermeiros deixaram de abordar algum tema em saúde com mais frequência; assim como entre trabalhadores que exerciam suas atividades laborais em locais com presença de cortiços/favelas (Tabela 11).

Tabela 11 - Análise bivariada entre as variáveis sociodemográficas e relacionadas ao trabalho, e deixar de abordar algum tema em saúde, nos últimos doze meses - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)

	Deixar de abordar tema em saúde				Valor de p
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Características sociodemográficas					
Sexo					
Masculino	20	7,17	259	92,83	0,32
Feminino	231	8,68	2.430	91,32	
Idade*					
18 a 29 anos	73	9,08	731	90,92	0,09
30 a 39 anos	114	9,61	1.072	90,39	
40 a 49 anos	42	6,59	595	93,41	
Acima de 50 anos	22	7,03	291	92,97	
Cor da pele					
Branca	106	8,56	1.133	91,44	0,976
Outras	145	8,52	1.556	91,48	
Estado civil					
Casado	155	8,53	1.662	91,47	0,42
Solteiro	74	9,24	727	90,76	
Viúvo/separado	22	6,83	300	93,17	
Renda					
R\$ 400 a R\$ 1.000	126	8,28	1.395	91,72	0,01
R\$ 1.001 a R\$ 2.000	48	6,84	654	93,16	
R\$ 2.001 a R\$ 4.000	19	8,19	213	91,81	
Acima de R\$ 4.000	58	11,96	427	88,04	
Escolaridade					
Fundamental completo	81	7,42	1.011	92,58	0,01
Curso técnico	70	7,66	844	92,34	
Graduação	49	9,35	475	90,65	
Pós-Graduação	51	12,44	359	87,56	
Características relacionadas ao trabalho					
Profissão*					
Agente Comunitário de Saúde	141	7,97	1.629	92,03	0,01
Auxiliar/técnico de enfermagem	49	7,57	598	92,43	
Enfermeiros	41	13,4	265	86,6	
Médicos	20	9,22	197	90,78	
Tempo de serviço					
3 a 23 meses	81	8,11	918	91,89	0,45
2 a 6 anos	88	8,19	987	91,81	
Acima de 6 anos	82	9,47	784	90,53	
Presença de cortiços/favela*					
Não	68	6,73	942	93,27	0,009
Sim	183	9,48	1.747	90,52	

*variáveis selecionadas para o modelo final, p<0,2.

Nos trabalhadores entrevistados que sofreram violência no local de trabalho, apenas os que foram vítimas de ambos os tipos de vitimização (direta e indireta), na análise multivariada, apresentaram uma associação significativa com deixar de abordar temas em saúde. Os profissionais que sofreram os dois tipos de violência (direta e indireta) deixaram de abordar tema em saúde 2 vezes e meia a mais que os profissionais não expostos (Tabela 12).

Tabela 12 - Associação entre exposição à violência e deixar de abordar temas em saúde, nos últimos doze meses - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)

Variáveis	Deixar de abordar temas em saúde		p de tendência
	RPbruta (IC95%)	RPajustada (IC95%)	
Exposição à violência por vitimização			
Nenhuma	1	1	<0,001
Vitimização indireta	1,23 (0,80-1,95)	1,33 (0,84-2,10)	
Vitimização direta	1,31 (0,98-1,76)	1,23 (0,92-1,66)	
Vitimização direta e indireta	2,50 (1,85-3,36)	2,66 (1,99-3,55)	

Regressão de Poisson Robusta. Modelo ajustado por idade, profissão e presença de favela/cortiço.
RP bruta = razão de prevalência bruta ; RP ajustado = razão de prevalência ajustada.

5.2.5 Deixar de seguir a sequência dos pacientes agendados

A partir da análise com as variáveis sociodemográficas, nota-se que os trabalhadores da ESF com idade entre 18 e 29 anos deixaram de seguir pacientes, mais frequentemente, em comparação com os mais velhos. Quanto à situação conjugal os profissionais que se declaram solteiros deixaram de seguir pacientes mais frequentemente, assim como os trabalhadores que declararam renda acima de quatro mil reais.

Em relação às variáveis relacionadas ao trabalho, somente a variável profissão apresentou associação com deixar de seguir pacientes, sendo que, entre as categorias, o profissional médico foi o que mais deixou de realizar a sequência de pacientes, nos últimos doze meses (Tabela 13).

Tabela 13 - Análise bivariada entre as variáveis sociodemográficas e relacionadas ao trabalho, e deixar de seguir sequências de pacientes agendados, nos últimos doze meses - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)

	Deixar de seguir sequência de pacientes				Valor de p
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Características sociodemográficas					
Sexo					
Masculino	17	6,09	262	93,91	0,84
Feminino	169	6,35	2.492	93,65	
Idade*					
18 a 29 anos	69	8,58	735	91,42	0,001
30 a 39 anos	78	6,58	1.108	93,42	
40 a 49 anos	29	4,55	608	95,45	
Acima de 50 anos	10	3,19	303	96,81	
Cor da pele					
Branca	73	5,89	1.166	94,11	0,45
Outras	113	6,64	1.588	93,36	
Estado civil*					
Casado	105	5,78	1.712	94,22	0,11
Solteiro	63	7,87	738	92,13	
Viúvo/separado	18	5,59	304	94,41	
Renda*					
R\$ 400 a R\$ 1.000	113	7,43	1.408	92,57	0,002
R\$ 1.001 a R\$ 2.000	28	3,99	674	96,01	
R\$ 2.001 a R\$ 4.000	7	3,02	225	96,98	
Acima de R\$ 4.000	38	7,84	447	92,16	
Escolaridade					
Fundamental	65	5,95	1.027	94,05	0,89
Curso técnico	58	6,35	856	93,65	
Graduação	34	6,49	490	93,51	
Pós-Graduação	29	7,07	381	92,93	
Características relacionadas ao trabalho					
Profissão*					
Agente Comunitário de Saúde	125	7,06	1.645	92,94	0,001
Auxiliar/técnico de enfermagem	21	3,25	626	96,75	
Enfermeiros	20	6,54	286	93,46	
Médicos	20	9,22	197	90,78	
Tempo de serviço					
3 a 23 meses	68	6,81	931	93,19	0,508
2 a 6 anos	70	6,51	1.005	93,49	
Acima de 6 anos	48	5,54	818	94,46	
Presença de cortiços/favela					
Não	57	5,64	953	94,36	0,269
Sim	129	6,68	1.801	93,32	

*variáveis selecionadas para o modelo final, $p < 0,2$.

Na Tabela 14, é possível observar que os profissionais expostos à violência direta e ambos os tipos apresentaram uma maior razão de prevalência para deixar de seguir pacientes agendados em relação aos não expostos. Os profissionais que sofreram vitimização direta deixaram de seguir a ordem dos pacientes mais de 3 vezes

em relação aos trabalhadores que não sofreram violência (RP=3,21; IC95% 2,02-5,09), enquanto os profissionais que sofreram tanto vitimização direta quanto indireta, nos últimos doze meses, deixaram de seguir a sequência quase 5 vezes mais (RP= 4,73; IC95% 2,78-8,05). Claramente, nota-se uma gradação entre as categorias da exposição à violência, à medida que a exposição se torna mais grave (vitimização direta e indireta), maior a razão de prevalência ($p<0,001$) (Tabela 14).

Tabela 14 - Associação entre exposição à violência acumulada e deixar de seguir sequências de pacientes agendados, nos últimos doze meses - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)

Variáveis	Deixar de seguir sequência de pacientes		p de tendência
	RPbruta (IC95%)	RPajustada (IC95%)	
Exposição à violência por vitimização			
Nenhuma	1	1	<0,001
Vitimização indireta	1,91 (0,93-3,94)	1,87 (0,97-3,88)	
Vitimização direta	3,40 (2,14-5,41)	3,21 (2,02-5,09)	
Vitimização direta e indireta	4,86 (2,93-8,04)	4,73 (2,78-8,05)	

Regressão de Poisson. Modelo ajustado por idade, estado civil, profissão.

RP bruta= razão de prevalência bruta; RP ajustado = razão de prevalência ajustada.

5.2.6 Qualquer alteração na prática profissional

Para o desfecho qualquer alteração na prática profissional, a análise bivariada com as variáveis sociodemográficas evidenciou que os indivíduos do sexo feminino e os profissionais mais novos entre 18 e 29 anos deixaram de realizar atividades com mais frequência. Em relação à renda mensal e à escolaridade, os trabalhadores com renda maior que quatro mil reais e aqueles que cursaram pós-graduação deixaram de realizar qualquer atividade com mais frequência.

De acordo com as variáveis relacionadas ao trabalho, os profissionais médicos e enfermeiros deixaram de realizar qualquer atividade mais frequentemente, bem como, todos trabalhadores que declararam atuar em áreas com presença de cortiços e favelas (Tabela 15).

Tabela 15 - Análise bivariada entre as variáveis sociodemográficas e relacionadas ao trabalho, e deixar de realizar qualquer atividade profissional, nos últimos doze meses - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)

	Qualquer alteração na prática				Valor de p
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Características sociodemográficas					
Sexo*					
Masculino	86	30,82	1.721	64,67	0,18
Feminino	940	35,53	193	69,18	
Idade*					
18 a 29 anos	323	40,17	481	59,83	<0,001
30 a 39 anos	453	38,2	733	61,8	
40 a 49 anos	180	28,26	457	71,74	
Acima de 50 anos	70	22,36	243	77,64	
Cor da pele					
Branca	429	34,62	810	65,38	0,81
Outras	597	35,1	1.104	64,9	
Estado civil					
Casado	630	34,67	1.187	65,33	0,21
Solteiro	295	36,83	506	63,17	
Viúvo/separado	101	31,37	221	68,63	
Renda					
R\$ 400 a R\$ 1.000	543	35,7	978	64,3	<0,001
R\$ 1.001 a R\$ 2.000	196	27,92	506	72,08	
R\$ 2.001 a R\$ 4.000	61	26,29	171	73,71	
Acima de R\$ 4.000	226	46,6	259	53,4	
Escolaridade					
Fundamental completo	347	31,78	691	68,22	<0,001
Curso técnico	293	32,06	621	67,94	
Graduação	192	36,64	332	63,36	
Pós-Graduação	194	47,32	216	52,68	
Características relacionadas ao trabalho					
Profissão*					
Agente Comunitário de Saúde	615	34,75	1.155	65,25	<0,001
Auxiliar/técnico de enfermagem	166	25,66	481	74,34	
Enfermeiros	153	50	153	50	
Médicos	92	42,4	125	57,6	
Tempo de serviço					
3 a 23 meses	337	33,73	662	66,27	0,37
2 a 6 anos	389	36,19	686	63,81	
Acima de 6 anos	300	34,64	566	65,36	
Presença de cortiços/favela*					
Não	295	29,21	715	70,79	<0,001
Sim	731	37,88	1.199	62,12	

*variáveis selecionadas para o modelo final, p<0,2.

Mesmo após ajustes pelas variáveis sociodemográficas e relacionadas ao trabalho na análise multivariada sofrer violência no trabalho, nos últimos doze meses, está associado com alteração na prática profissional. Os profissionais que sofreram apenas vitimização indireta deixaram de realizar alguma atividade profissional 69% a mais, e os profissionais vítimas de violência direta deixaram de realizar 70% mais alguma atividade em relação aos que nunca sofreram (RP=1,69; IC 95% 1,42-2,00) e (RP= 1,70; IC95%= 1,51-1,92), respectivamente. Enquanto os profissionais que sofreram vitimização indireta e direta deixaram de realizar alguma atividade, nos últimos doze meses, 2 vezes e meia a mais em relação aos não expostos à violência (RP= 2,56; IC95% 2,20-2,98). Cabe ressaltar a gradação entre as categorias, sendo expressa pelo valor significativo do p de tendência ($p<0,001$) (Tabela 16).

Tabela 16 - Associação entre exposição à violência acumulada e deixar de realizar qualquer atividade profissional, nos últimos doze meses - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)

2012, Estado PARAGUAY (n = 2.916)			
	Qualquer alteração na Prática profissional		
Variáveis	RPbruta (IC95%)	RPajustada (IC95%)	p de tendência
Exposição à violência por vitimização			
Nenhuma	1	1	
Vitimização indireta	1,63 (1,38-1,92)	1,69 (1,42-2,00)	<0,001
Vitimização direta	1,82 (2,18-2,82)	1,70 (1,51-1,92)	
Vitimização direta e indireta	2,50 (2,16-2,88)	2,56 (2,20-2,98)	

Regressão de Poisson. Modelo ajustado por sexo, idade, profissão e presença de favela/cortiço.

RP bruta= razão de prevalência bruta; RP ajustado = razão de prevalência ajustada.

A Tabela 17 demonstra de forma resumida, para efeito de comparação, as Razões de Prevalência (RP) ajustadas de cada um dos desfechos, sendo possível observar que todos os profissionais expostos à violência no trabalho deixaram de realizar cada uma das atividades profissionais por medo ou ameaça com mais frequência. Todos os desfechos estiveram associados com sofrer ambos os tipos de vitimização (direta e indireta), permanecendo estatisticamente significante ($p<0,001$) mesmo após ajustes.

Tabela 17 - Razão de Prevalência (RP) bruta e ajustada para cada um dos desfechos e intervalo de confiança (IC95%) com exposição à violência por vitimização - São Paulo - 2012, Estudo PANDORA-SP (n=2.940)

	Exposição à violência por vitimização		
	Indireta	Direta	Indireta e Direta
	RP ajustada (IC95%)	RP ajustada (IC95%)	RP ajustada (IC95%)
Deixar de notificar casos de violência	1,93 (1,47-2,53)	1,92 (1,49-2,50)	3,00 (2,22-4,04)
Deixar de realizar visita domiciliar	1,56 (1,16-2,09)	1,77 (1,42-2,21)	2,98 (2,40-3,69)
Deixar de circular pelo território	2,63 (1,79-3,84)	2,28 (1,68-3,09)	4,23 (3,15-5,67)
Deixar de abordar tema em saúde	1,33 (0,84-2,10)	1,23 (0,92-1,66)	2,66 (1,99-3,55)
Deixar de seguir a sequência de pacientes agendados	1,87 (0,97-3,88)	3,21 (2,02-5,09)	4,73 (2,78-8,05)
Qualquer alteração na prática	1,69 (1,42-2,00)	1,70 (1,51-1,92)	2,56 (2,20-2,98)

6 DISCUSSÃO

Com base nos resultados encontrados, observamos que a exposição à violência interpessoal no local de trabalho é extremamente frequente entre os profissionais que atuam na ESF no município de São Paulo, tendo sido referida por mais da metade (57,8%) dos profissionais. Encontramos, ainda, uma taxa elevada de alteração na prática profissional, em que 34,9% dos entrevistados referiram ter deixado de executar algum tipo de atividade, nos últimos doze meses. A relação entre apenas um tipo de vitimização e quatro desfechos investigados (deixar de notificar casos de violência, deixar de realizar visitas domiciliares, deixar de circular pelo território, deixar de seguir pacientes agendados) se manteve positiva e significativa mesmo após ajuste para as covariáveis. Sendo possível observar uma tendência linear na associação, ou seja, a força de associação é menor em indivíduos que sofreram apenas um tipo de vitimização (direta ou indireta) e maior nos trabalhadores que foram expostos a ambos os tipos. Esses resultados são importantes, pois, por meio deles, podemos estimar o quanto a alteração na prática profissional está sendo impactada pelo medo e/ou pela ameaça, no local de trabalho.

Ainda são bastante incipientes os estudos internacionais e nacionais que abordam o impacto da violência no processo de trabalho dos profissionais de saúde, sobretudo na atenção primária. Além disso, a comparação de nossos resultados torna-se limitada tanto com estudos realizados em outros países, dada a especificidade do nosso modelo de APS, quanto com os estudos realizados no Brasil, já que esses abordaram a temática em estudos quantitativos com amostras pequenas, o que prejudica a generalização dos resultados, ou de forma qualitativa. Se, por um lado, essas limitações prejudicam a comparação dos nossos resultados, por outro, nosso estudo colabora com o tema, ao estimar significativamente o quanto a violência comunitária impacta nas atividades cotidianas dos profissionais da ESF. Essas alterações podem impactar negativamente na construção do modelo assistencial vigente no país, prejudicando o processo de trabalho da equipe, a oferta de ações para a população e a qualidade do cuidado oferecida.

6.1 Violência: tipos e prevalências

A prevalência de vitimização nos últimos doze meses, encontrada nesse estudo, foi de 57,8% nos trabalhadores da ESF, sendo maior que a encontrada em um relatório da OMS sobre violência no trabalho, que estudou a questão em diversos países, entre eles, o Brasil. O estudo foi realizado na cidade do Rio de Janeiro com profissionais de saúde de diversos tipos de serviços públicos e privados, e encontrou uma prevalência de 46,7% de vitimização no local de trabalho (Di Martino, 2002). No entanto, em comparação com os outros países estudados no mesmo relatório, apresentamos uma taxa menor de vitimização, sendo que, na Bulgária, a taxa foi de 75,8%, na Austrália, 67,2%, na África do Sul, 61% e, em Portugal, 60%.

Ao considerarmos os estudos internacionais realizados com os profissionais de *home care*, que, ao desenvolverem sua prática profissional nos domicílios, se assemelham, em certa medida, com profissionais da ESF, temos uma ampla faixa de variação na prevalência de exposição à violência no local de trabalho, que vão de 20% a 63% (Bussing e Hoge; 2004; Geiger-Brown *et al.*, 2007; Canton *et al.*, 2009), estando a prevalência encontrada no nosso estudo dentro dessa variação. O mesmo acontece quando comparamos nossos resultados com os estudos realizados nos serviços de atenção primária, que revelam uma ampla variação na prevalência de exposição à violência no local de trabalho entre 25,9% e 78% (Ferrinho, 2002; Klijn *et al.*; Moreno, 2004; Kaiser e Bianchi, 2008; Silva *et al.*, 2014). Em um centro de saúde urbano português, estudo realizado com 221 profissionais encontrou uma prevalência maior que a nossa, sendo de 60% de vitimização, no último ano (Ferrinho *et al.*, 2002). Em contrapartida, estudo realizado com 1.091 profissionais de 54 centros de saúde da área rural e urbana de Al-Hassa, Arábia Saudita, revelou uma taxa de prevalência inferior à deste estudo, sendo de 28% de violência no local de trabalho (El-Gilany *et al.*, 2010). No Brasil, também encontramos uma variação entre as prevalências. Estudo realizado com 442 trabalhadores de UBS em Belo-Horizonte encontrou uma prevalência de 75,8% para violência no local de trabalho, sendo maior que a do presente estudo (Campos e Dias, 2006). No entanto, nossos resultados apontaram uma prevalência maior que a revelada por Silva e colaboradores (2014), que entrevistaram 679

servidores públicos da saúde no estado da Bahia e encontraram uma prevalência de 25,9% de violência no local de trabalho, nos últimos dozes meses.

Com relação aos tipos de violência vivenciados pelos profissionais de saúde, este estudo observou que os insultos/depreciações foi o tipo de violência mais frequente, relatado por 44,86% dos entrevistados, seguido pela violência testemunhada (29,49%) e violência física (2,41%). Nossos resultados corroboram com os achados na literatura internacional e nacional, que apontam a agressão verbal como o tipo de violência mais frequente tanto em profissionais de *home care* quanto da atenção primária (Ferrinho, 2002; Bussing e Hoge, 2004; Minhos e Moreno, 2006; Farias *et al.*, 2012; Silva *et al.*, 2014). Canton e colaboradores (2009), ao estudarem 738 enfermeiras de *home care*, encontraram uma prevalência de 63% de violência no local de trabalho, sendo o tipo mais frequente a violência psicológica (59%), ameaça de danos físicos (16,3%), ameaça de roubo (9%) e agressão física (3,3%). Geiger-Brown e colaboradores (2007) observaram uma prevalência de 20% nos trabalhadores de *home care* dos Estados Unidos, sendo os tipos mais comuns vivenciados a agressão verbal (18%) e as críticas (12%). Nos estudos realizados na América do Sul com profissionais de saúde da Atenção Primária, as prevalências de tipos de violência foram maiores que as observadas pelo nosso estudo. Klijn e colaboradores (2004), em estudo realizado no Chile, identificaram uma prevalência de 78% de violência psicológica e 15% de violência física entre os profissionais. Na cidade de Córdoba, Argentina, foi encontrada uma prevalência de 55,1% para insultos e 8,7% para agressões físicas em uma amostra de 183 profissionais da Atenção Primária (Farias *et al.*, 2012). A agressão verbal também foi considerada o tipo de violência mais frequente no Brasil. Campos e Dias (2006) revelaram que a violência verbal era a mais frequente, acometendo 72,5% (n=311) dos profissionais da APS vitimados em Belo-Horizonte-MG. E Contrera-Moreno (2006) encontrou uma prevalência de exposição de agressão verbal em 54% (n=24) dos ACS em Sidrolândia-MS.

As diferenças encontradas nas prevalências da violência no local de trabalho e nos tipos de violência podem se dar pelas diversas formas de medir o fenômeno, pelo tempo de exposição investigado, por estudos terem abordado outros tipos de violência, como o assédio moral e sexual, por terem considerado as violências cometidas pelos colegas de trabalho e seus superiores, e também pelo universo da amostra.

Quanto à violência testemunhada, poucos foram os estudos que investigaram esse tipo de violência entre os profissionais de saúde. Geiger-Brown e colaboradores (2007) investigaram a questão entre os profissionais da saúde que atuavam no atendimento domiciliar nos Estados Unidos e encontraram uma prevalência de 8,5% de violência testemunhada durante o trabalho, nos últimos seis meses, sendo essa bem abaixo da encontrada nos profissionais de saúde da ESF (29,49%) por este estudo. No entanto, no Brasil, dois estudos revelaram prevalências superiores ao nosso estudo. Moreno (2004), ao realizar um estudo no município de Campinas, São Paulo, com 269 profissionais de saúde de Atenção Primária e um hospital encontrou uma prevalência de 76,7% de violência testemunhada no local de trabalho. E Minhos e Contrera-Moreno (2006) encontraram uma prevalência de 51,2% (n=22) entre a categoria dos ACS. Esses resultados encontrados na literatura são muito importantes como efeito comparativo aos achados neste estudo, por ser uma população bem semelhante à nossa, e por considerar e investigar a violência testemunhada durante o trabalho. As diferenças encontradas podem se dar porque, no presente estudo, não consideramos as violências cometidas pelos colegas de trabalho e por seus superiores.

6.2 Relação entre alterações na prática profissional e violência no local de trabalho

Poucos são os estudos que têm investigado os impactos da violência no local de trabalho na prática profissional dos trabalhadores de saúde. Na literatura internacional, as consequências para o serviço associadas com exposição à violência no local de trabalho têm sido exploradas por meio da desistência do trabalho, da mudança de emprego, abandono da profissão, dos afastamentos por motivo de doença, da diminuição da performance e produtividade, da satisfação com o trabalho, e do impacto nas relações entre os colegas e os pacientes (Fernandes *et al.*, 1999; Arnetz e Arnetz; Nolan *et al.*, 2001; Klijn *et al.*; Moreno, 2004; Celik *et al.*, 2007; Estryn-Behar *et al.*, 2008; Canton *et al.*, 2009; Eker *et al.*, 2012). Até o ano de 2016, não encontramos trabalhos publicados na área da epidemiologia, que investigasse a associação da exposição à violência no trabalho e suas repercussões na prática profissional específica da atenção primária. Deste modo, o presente trabalho é pioneiro

no Brasil por relacionar as alterações na prática profissional da ESF com a exposição à violência.

Ao analisarmos as alterações na prática profissional dos trabalhadores da ESF, 34,9% dos entrevistados referiram alguma alteração na prática profissional, nos últimos doze meses por medo e/ou ameaça. E, quando questionados sobre as atividades específicas, a frequência relatada variou entre 6,33% para deixar de seguir a sequência de pacientes e 18,03% para visitas domiciliares. A prevalência encontrada na alteração de práticas cotidianas de profissionais da emergência em Vancouver, Canadá, foi menor que a encontrada por este estudo, sendo que 25% (n=26) dos profissionais vítimas de violência apresentaram alteração no desempenho do trabalho ao longo do dia, após o episódio de agressão, 24% (n=23) durante a semana, e 19% de alteração no desempenho do trabalho por um período superior a uma semana (Fernandes e colaboradores, 1999). Já em estudo realizado com 283 profissionais de hospitais da cidade de Istambul, Turquia, a frequência de alteração na prática profissional foi maior, sendo que 50,8% dos profissionais, vítimas de violência no local de trabalho, apresentaram comportamento negativo após o incidente, 44,7% diminuíram a comunicação com os pacientes e familiares, 19,1% reduziram seu cuidado e interesse pelo paciente, e 13,8% relataram ter diminuído o tempo dedicado aos pacientes (Eker *et al.*, 2012). No Brasil, estudo realizado com 446 profissionais da ESF, no estado do Amazonas, revelou uma frequência inferior à nossa, em que apenas 1% dos profissionais necessitou se afastar do trabalho em virtude do episódio de violência, nos últimos doze meses (Molinos *et al.*, 2012). Embora estes estudos abordem questões distintas, é possível estabelecer uma comparação ao considerarmos que as alterações na prática profissional investigadas no nosso estudo possam revelar uma diminuição da performance e produtividade desses profissionais. Neste sentido, os resultados dos estudos descritos acima são importantes como efeito comparativo aos encontrados no presente estudo, à medida que estudaram profissionais de saúde expostos à violência no trabalho, e estimaram as consequências para o serviço e para o processo de trabalho.

No que se refere mais especificamente ao efeito da exposição à violência nas práticas profissionais da ESF, os profissionais que sofreram violência indireta ou direta apresentaram 69% e 70% a mais de alteração na prática profissional, nos últimos doze meses, em relação aos profissionais não vitimados, respectivamente. Enquanto os

profissionais vítimas de ambos os tipos (direta e indireta) apresentaram duas vezes e meia mais alteração na prática (RP=2,56; IC95% 2,20-2,98). Esse achado pode ser comparado com estudo realizado em centros de saúde de Campinas, que demonstrou uma capacidade para o trabalho menor em profissionais vítimas de violência, sendo que a diminuição da performance aumenta conforme a exposição. Os profissionais que sofreram mais de 5 episódios de violência tiveram 3,7 vezes mais chance de apresentarem capacidade baixa/moderada para o trabalho em relação aos que nunca sofreram (Moreno, 2004).

Apenas estudos nacionais qualitativos têm abordado algumas alterações específicas da prática da ESF relacionadas com a violência comunitária/urbana presente nos territórios (Velloso *et al.*, 2005; Souza, 2009; Bispo, 2011; Silva, 2012; Polaro *et al.*, 2013; Almeida, 2015). Dessa forma, utilizaremos esses achados para dialogar com os resultados encontrados, uma vez que esses foram realizados em cenários semelhantes ao nosso.

Neste estudo, deixar de notificar casos de violência foi associado com sofrer violência no local de trabalho. Embora não se possa afirmar uma causalidade devido ao desenho do estudo (transversal), podemos identificar que, quanto mais exposto à violência (vitimização direta e indireta), maior a razão de prevalência para deixar de notificar. Tanto os profissionais que sofreram violência indireta quanto os que sofreram violência direta, nos últimos doze meses, deixaram de notificar casos quase duas vezes mais que os não expostos (RP=1,93; IC95% 1,47-2,53 e RP= 1,92; IC95% 1,49-2,50). Já os profissionais que foram vítimas de violência direta e indireta deixaram de notificar três vezes mais em relação aos não expostos (RP=3,00; IC95% 2,22-4,04).

Com esses resultados, podemos auxiliar no entendimento da subnotificação dos casos de violência na APS, já que este tem sido apontado como um problema grave no país, no qual as unidades de APS têm notificado menos que as unidades especializadas, e de urgência e emergência (Kind *et al.*; Velloso *et al.*, 2013; Garbin *et al.*, 2015). A subnotificação dos casos de violência, em especial nos serviços de APS, pode ser interpretada como um dado importante para a gestão pública, pois evidencia que existem entraves de toda ordem, como temores, receios, medo de retaliações, incompreensões e dificuldades em lidar com os casos, que não podem ser sanados

apenas com a obrigatoriedade do preenchimento das fichas pelos profissionais de saúde (Silva, 2012; Kind *et al.*, 2013).

Estudo realizado com 107 profissionais de nível superior da ESF de Olinda- PE, com o objetivo de identificar os fatores que influenciam a notificação de casos de violência contra criança e adolescentes, revelou que 81,3% dos profissionais entrevistados relataram como um dos empecilhos para realizar a notificação de casos de violência na ESF o medo de sofrer represálias do agressor notificado, 72% relataram o receio de sofrer consequências no trabalho, e 7,5% relataram ter receio dos ACS sofrerem represálias. Ao mesmo tempo, 82% dos entrevistados consideravam os territórios das unidades de saúde violentos e 38% já haviam presenciado situações de violência na comunidade. Nossos resultados, em certa medida, corroboram com os achados por Silva (2012) e reforçam a relação entre a violência comunitária e a não notificação de casos de violência por medo ou ameaça vivenciadas pelos profissionais de saúde em seus locais de trabalho.

O efeito da violência no local de trabalho na notificação de casos gera impactos tanto na integralidade da assistência às vítimas de violência, pois, ao não serem notificadas, encontram dificuldades em acessar os demais serviços da rede de proteção, quanto na articulação entre os serviços, que acabam não reconhecendo e discutindo os casos de violência entre si. Em um contexto mais macro, a não notificação prejudica o planejamento de ações e de políticas públicas para o enfrentamento da violência, uma vez que são idealizadas a partir dos dados epidemiológicos produzidos pelos serviços (Kind *et al.*, 2013). Assim como na notificação de casos de violência, a realização de visitas domiciliares é afetada de forma significativa pela exposição dos profissionais à violência comunitária. Os trabalhadores de saúde da ESF que foram vítimas indiretas de violência deixaram de realizar visitas domiciliares 56% mais em relação aos não expostos, os profissionais vítimas direta de violência deixaram de realizar 77% a mais, e os expostos aos dois tipos de vitimização, nos últimos doze meses, deixaram de realizar visitas quase 3 vezes mais, que os não expostos (RP=2,98 IC95% 2,22-4,04). Não encontramos na literatura nacional e internacional estudos que estimassem o efeito dessa exposição na realização de visitas domiciliares. Porém, podemos dialogar com estudos exploratórios nacionais que investigaram os impactos da violência urbana no cotidiano dos profissionais da ESF.

Velloso e colaboradores (2005) que, ao investigarem os impactos da violência no cotidiano de 8 profissionais de seis equipes da ESF, em Belo Horizonte, encontraram que o medo e a insegurança provocados pela violência urbana determinam a quantidade das visitas domiciliares. Para os profissionais de saúde, a realização de visitas domiciliares é um fator de risco pessoal, principalmente em áreas mais violentas. Resultado semelhante foi encontrado em estudo exploratório realizado com as 14 enfermeiras da ESF de Belém do Pará, o qual revelou que as visitas domiciliares de enfermagem foram reduzidas drasticamente devido à presença de violência urbana no território (Polaro *et al.*, 2013). Até mesmo entre os ACS que habitam no território se revela uma diminuição da frequência de visitas domiciliares, principalmente em domicílios de pessoas envolvidas com a criminalidade e/ou tráfico de drogas (Lancman *et al.*, 2009; Almeida, 2015).

A relação entre deixar de circular pelo território e ser vítima de violência no local de trabalho também foi confirmada pelos nossos resultados, uma vez que os profissionais vítimas de violência indireta deixaram de circular pelo território 2,63 mais vezes que os não vitimados (RP=2,63; IC95% 1,79-3,84), os profissionais vítima de violência direta deixaram de circular 2,28 mais vezes, e os trabalhadores vítimas direta e indireta de violência no local de trabalho deixaram de circular 4 vezes mais (RP=4,23; IC95% 3,15-5,67). Cabe ressaltar que, para o desfecho circular pelo território, a força de associação foi maior entre os expostos à violência indireta do que os expostos por violência direta. Esse achado pode sugerir que, em áreas com presença de violência urbana, os profissionais se sintam mais ameaçados e prefiram realizar atividades no interior das unidades. Nesse sentido, Polaro e colaboradores (2013), ao realizarem um estudo descritivo com enfermeiras da ESF, revelam que a jornada de trabalho tem sido quase toda realizada no interior da unidade devido ao sentimento de insegurança e medo provocado pelas situações de violência urbana testemunhadas no território.

Esse resultado, em certa medida, corrobora com os estudos realizados com os ACS de dois centros urbanos, Salvador e São Paulo. Bispo (2011), ao realizar estudo com 75 ACS de Salvador-BA, revela que os ACS tomam posturas de autopreservação deixando de percorrer determinadas áreas e, muitas vezes, trocando de microárea por estarem cotidianamente em contato com a violência perpetrada no território

(testemunhar mortes, tiroteios, assaltos e conflitos). O mesmo acontece com os ACS de uma Unidade de Saúde da Família do município de São Paulo, que, ao se sentirem ameaçados, deixam de circular em algumas áreas em determinados dias e horários, e, quando orientados pelos traficantes da área, mudam seus trajetos dentro do território (Almeida, 2015). A violência comunitária distancia os serviços de saúde das reais necessidades do território, a partir do momento em que os profissionais da ESF por medo e/ou ameaça deixam de circular pela área e diminuem sua frequência de visitas domiciliares (Velloso *et al.*, 2005; Dowbor, 2008; Palma, 2009). A territorialização é um dos pressupostos básicos do processo de trabalho da ESF, e se dá em três esferas distintas e complementares: demarca os limites das áreas de atuação das equipes da ESF; reconhece o ambiente, as pessoas e a dinâmica sociocultural da comunidade, e estabelece relações intra e intersetoriais (Pereira e Barcellos, 2006). Conhecer o território, circular por ele e desenvolver ações em diferentes espaços são práticas preconizadas para a ESF, sendo por meio dessas que as equipes realizam a vigilância em saúde baseada no estabelecimento de vínculos e corresponsabilização entre a equipe e a comunidade (Brasil, 1997). A vigilância em saúde realizada na ESF permite a organização e o planejamento do serviço de saúde para aquele território específico respeitando as necessidades de saúde, e oferecendo ações programadas e de demanda espontânea, que garantam o acesso e a integralidade da atenção, e, desta forma, gradualmente, os principais indicadores de saúde do território são impactados positivamente, melhorando as condições de saúde da comunidade (Monken e Barcello, 2005; Brasil, 2012).

A violência no local de trabalho ao estar associada com deixar de circular no território e deixar de realizar visitas domiciliares impacta negativamente no processo de trabalho das equipes, na vigilância em saúde e na oferta de ações. Deste modo, a violência prejudica o acesso, a integralidade das ações, a capacidade de resposta das equipes da ESF e a efetividade do sistema de saúde como um todo (Santos e Rigotto; Velloso *et al.*, 2011).

Outro resultado importante deste estudo é a associação significativa entre não abordar determinados temas em saúde e ter sido vítima de ambos os tipos de violência no local de trabalho. Os profissionais que sofreram violência indireta e direta, nos últimos doze meses, deixaram de abordar temas em saúde duas vezes e meia a mais

que os não expostos (RP=2,66; IC95% 1,99-3,55). O resultado encontrado, por este estudo, é consistente com os achados de pesquisas qualitativas que descreveram os impactos da violência comunitária no processo de trabalho dos profissionais da ESF, que, em muitos momentos, se sentem impedidos de discutir temas sensíveis como o uso de drogas, violência doméstica e abuso contra crianças e adolescentes com os usuários (Dowbor, 2008; Palma, 2009; Bispo, 2011; Almeida, 2015).

Para Bispo (2011), o contexto da violência comunitária, principalmente nas grandes cidades, como Salvador-BA, tem impactado negativamente o processo de trabalho dos ACS e a qualidade da assistência na ESF. Devido à exposição à violência direta e indireta durante o trabalho, os ACS têm assumido um comportamento de distanciamento e omissão frente aos casos mais complexos, e deixam de abordar questões de saúde importantes por medo e insegurança. Para Almeida (2015), os ACS deixam de tratar alguns temas em saúde por temer represálias por parte dos traficantes da área. Nesse sentido, o presente estudo colabora ao estimar, pela primeira vez, quanto se deixa de abordar temas em saúde por medo e insegurança, e quanto isso está associado com estar exposto à violência no local de trabalho.

Ao não abordarem determinados temas em saúde, os profissionais da ESF deixam de cumprir com uma das atribuições preconizadas pelo modelo assistencial, que discorre sobre ações de promoção de saúde que contribuam para a melhoria da qualidade de vida da população (Brasil, 1997; Brasil, 2012). A promoção da saúde deve ser realizada por todos os profissionais de saúde e deve focar as reais necessidades de saúde apreendidas no território, a fim de melhorar a qualidade de vida da população e contribuir para que o ambiente se torne mais saudável (Brasil 1997; Brasil 2006b). Portanto, nenhum tema relacionado ao território e às condições de vida da população adscrita deve ser deixado de lado, sendo de responsabilidade da equipe prover recursos, meios e condições que respondam às necessidades do território, e que promovam processos sociais e políticos capazes de transformar os indicadores de saúde da região (Brasil, 2006b; Brasil 2012).

Deixar de seguir a ordem dos pacientes agendados também está associado com sofrer violência no local de trabalho. Diferente de circular pelo território que a violência testemunhada foi mais marcante, a violência direta apresentou maior impacto nessa atividade. Os profissionais vítimas direta de violência, nos últimos doze meses,

deixaram de seguir a ordem dos pacientes três vezes mais, em relação aos não expostos. E os profissionais vítimas de violência direta e indireta deixaram de seguir quase cinco vezes a mais (RP=4,73; IC95% 2,78-8,05). Apesar de alguns estudos investigarem os impactos da violência na ESF (Palma, 2009; Polaro *et al.*, 2013; Almeida, 2015), apenas um revelou a relação da violência urbana com a sequência de pacientes. Velloso e colabores (2005) relataram que os profissionais da ESF priorizam os atendimentos dos usuários que possam colocar a unidade e os outros usuários em situações de risco, para liberá-los mais rapidamente e manter um clima de segurança na unidade. Em certa medida, nossos resultados corroboram o achado de Velloso e colaboradores (2005), e contribuem para a compreensão do tema, visto que estima o quanto os profissionais da ESF deixam de seguir a ordem dos pacientes agendados por se sentirem ameaçados.

6.3 Limitações e pontos fortes

Devem ser considerados pelos leitores os pontos fortes e as limitações do presente estudo. Entre as limitações, está o tipo de desenho do estudo, que, por ser transversal e por ter investigado o mesmo referencial temporal para a exposição e os desfechos, últimos doze meses, não se pode afirmar que a exposição à violência antecede os desfechos investigados. Ou seja, não podemos confirmar que os profissionais foram vítimas de violência antes de deixar de realizar qualquer atividade em sua prática profissional. Outra limitação está relacionada com a investigação da exposição à violência, pois pode existir um viés de memória, no qual os participantes podem ter revelado apenas os casos mais graves de violência ou mais recentes, o que pode ter gerado uma subestimação da prevalência de violência. Mais uma limitação do estudo está no modo como os profissionais de saúde foram questionados a respeito das alterações nas práticas, já que a pergunta revelava o sentimento de insegurança gerado pela violência (“*Alguma vez durante sua atividade profissional, por medo ou ameaça, você...*”). Para lidar com essa limitação, não consideramos a ameaça como tipo de violência na análise dos dados.

Como pontos fortes, podemos elencar o pioneirismo deste estudo por investigar a relação entre sofrer violência no local de trabalho e deixar de realizar atividades preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica para os profissionais da ESF. Até o final do ano de 2016, não encontramos estudos nacionais ou internacionais que abordassem o impacto da violência no local de trabalho sobre as práticas profissionais, sobretudo na APS. Cabe ressaltar que o tamanho da nossa amostra ($n=2.940$) é um fator relevante, visto que os estudos quantitativos nacionais e internacionais que estimaram a exposição à violência entre os profissionais da APS trabalharam com amostras inferiores a nossa (Ferrinho, 2002; Palacio *et al.*, 2003; Campos e Dias, 2006; Silva, 2012); fato que nos confere maior confiabilidade em nossos resultados e um maior poder de generalização, especialmente em grande centros urbanos.

Os resultados apresentados por este estudo são bastante relevantes, pois colaboram na compreensão da relação entre estar exposto à violência no local de trabalho e alterações na prática cotidiana e apresentam uma primeira estimativa dos impactos da violência nas atribuições dos profissionais da ESF.

6.4 Sugestões para a gestão e para estudos futuros

Sofrer violência no local de trabalho e ser exposto a mais de um tipo de vitimização está relacionado com mais alterações em todas as atividades investigadas por este estudo, o que configura um quadro preocupante para a organização dos serviços de APS e para a oferta de ações em saúde à população. As alterações nas práticas cotidianas da ESF, como visitas domiciliares, circular pelo território, abordar temas em saúde e notificação de casos de violência provocam a restrição do acesso à população, que, por diferentes motivos, não chegam aos serviços de saúde, diminuem a qualidade da assistência prestada, e impactam na integralidade das ações e dos cuidados em saúde.

Os resultados encontrados por este estudo são úteis para os profissionais e para os gestores de saúde pública no Brasil, e, em países em desenvolvimento, que enfrentam questões semelhantes como o aumento da violência urbana, em cidades de grande e médio porte. Visto que esta pesquisa foi realizada com um grande número de

profissionais da ESF (n=2.940) e relacionou a exposição à violência, incluindo a violência testemunhada, com as alterações na prática profissional, específicas da ESF.

Diante do exposto, para que a Estratégia Saúde da Família efetive a mudança do modelo assistencial e exerça uma prática centrada nas necessidades do território, são necessárias algumas ações dos gestores locais, municipais, estaduais e federais para enfrentar a violência contra os profissionais e amenizar os impactos da violência estrutural. Entre as ações possíveis, sugerimos:

Para o nível local: uso de dispositivos de segurança (camêras e vigilantes); espaço físico adequado para os profissionais e usuários; iluminação e ventilação adequada; diminuir o tempo de espera dos usuários nas unidades; melhorar o acolhimento dos usuários na unidade; dar informações claras e objetivas sobre o fluxo do serviço; organizar o processo de trabalho, de forma que as ações sejam realizadas por mais de um profissional (visitas domiciliares; circular pelo território, grupos na comunidade; acolhimento, etc.); ter recursos humanos suficientes para executar as atividades preconizadas na PNAB; capacitar os profissionais para o enfrentamento de situações difíceis e violentas, e apoio às vítimas de violência; gestão compartilhada com os trabalhadores e prática frequente de devolutivas; implementar e fortalecer os conselhos de saúde locais; articular e promover estratégias de enfrentamento da violência com os serviços de educação e segurança pública do território.

Para os níveis municipais, estaduais e federais: implementar e fortalecer os conselhos de saúde municipais e estaduais, para que se efetive de fato o controle social; promover programas de educação permanente com os profissionais da ESF, que proporcione um espaço de escuta e de reais transformações no processo de trabalho, baseados nas necessidades dos profissionais e do território; formar e capacitar os profissionais do SUS para enfrentarem as questões da violência no cotidiano do trabalho; e, por fim, elaborar e implementar políticas públicas que visem mudanças estruturais que impactem de forma positiva no território e nas condições de vida da população nas áreas: da educação; moradia; saneamento básico e segurança pública.

Mais estudos devem ser realizados no país a fim de retratar as diferentes práticas da ESF nos diferentes territórios e municípios. Preferência deve ser dada a estudos longitudinais que abordem a exposição à violência e as alterações na prática profissional dos trabalhadores da ESF.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência no local de trabalho é um fenômeno mundial que tem sido estudado e problematizado em diversos países. O tamanho real do problema ainda é desconhecido, e os dados atuais demonstram apenas a ponta do iceberg. Os custos da violência no trabalho para os indivíduos, para o próprio trabalho e para comunidade são difíceis de serem mensurados com exatidão em sua totalidade, mesmo sendo mais aparente nos últimos anos (Di Martino, 2003).

A revisão da literatura, sobretudo internacional, torna evidente a gravidade do problema. A exposição à violência ocupacional no setor da saúde é não apenas frequente, mas, sobretudo, afeta a saúde (física e mental) dos profissionais, a sua atuação profissional, a organização dos serviços de saúde e a qualidade da assistência. Talvez a consequência mais ampla e grave da violência no local de trabalho seja obstar o acesso universal e a integralidade do cuidado, princípios que foram e são, até hoje, idealizados e construídos pelos profissionais, gestores e pesquisadores da saúde coletiva (Arnetz e Arnetz, 2001; Di Martino; Ferrinho, 2002; Moreno, 2004; Canton, 2009).

No Brasil, o modelo de atenção que realiza ações de saúde mais próximas do cotidiano das pessoas, do território, é a Estratégia Saúde da Família. Suas práticas estão baseadas no estabelecimento de vínculos com a comunidade, na compreensão da dinâmica do território adscrito e na corresponsabilização do cuidado entre a equipe e a comunidade (Brasil, 1997). Suas unidades estão, geralmente, localizadas em áreas mais periféricas, com população de baixa renda vivendo em condições de vida precárias, vítimas da violência estrutural, sem acesso à educação de qualidade, ao transporte, à moradia, à segurança e ao saneamento básico. Aliado a isso, temos a cada dia um aumento da violência urbana e da presença do tráfico de drogas nesses territórios (Velloso *et al.*, 2011; Polaro *et al.*, 2013).

Considerando as peculiaridades dos serviços de APS e sua importância estratégica para o sistema de saúde, as alterações identificadas por este estudo relacionadas com a exposição à violência comunitária podem prejudicar a

consolidação do modelo no país. Ao trabalharem no território, os profissionais estão mais expostos às situações violentas (assaltos, agressões, ameaças, miséria extrema, tráfico de drogas), e, por medo e/ou ameaça, deixam de realizar algumas das atividades preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica (Lancman *et al.*, 2009; Polaro *et al.*, 2013). O efeito significativo da violência nas alterações investigadas, por este estudo, demonstra que sofrer violência no local de trabalho e ser exposto a mais de um tipo de vitimização estão relacionados com mais alterações em todas as atividades. Dessa forma, a violência comunitária fragiliza as equipes de saúde, seu processo de trabalho, e a quantidade e a qualidade das ofertas de ações em saúde. Ao mesmo tempo, a diminuição da frequência de visitas domiciliares, da circulação no território, da notificação de casos de violência, bem como deixar de abordar alguns temas por medo e/ou ameaça fazem com que o processo de trabalho das equipes da ESF se descaracterize, pois, deixam de executar os pressupostos desse tipo de atenção, o que pode resultar em uma prática cada vez mais curativa, centrada na doença e realizada dentro de unidades de saúde.

Por ser a ESF a porta de entrada do SUS, base da organização do sistema, as repercussões da exposição à violência ocupacional na prática profissional e no funcionamento dos serviços pode se constituir em um obstáculo: à universalização do direito à saúde, que remete tanto ao direito de acesso aos serviços quanto de ações que melhorem as condições de vida da população; à integralidade das ações e do cuidado, que visa ao atendimento integral dos indivíduos e da população por meio da articulação entre as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde executadas em um mesmo espaço por diferentes profissionais, e à integralidade da rede de serviços, que visa articular o conjunto de serviços de diferentes níveis de atenção para responder as necessidades dos indivíduos; equidade em saúde, em que qualquer pessoa possa ter acesso a todos os serviços que sua necessidade requer (Starfield, 2002; Brasil; Mattos, 2004).

Nossos resultados contribuem com a literatura nacional e internacional, ao estimar o impacto da violência nos serviços de saúde, e enriquecem a discussão desse fenômeno no setor e suas consequências, especialmente na APS. Também auxiliam os gestores públicos, ao revelar os efeitos da violência comunitária no cotidiano das equipes de saúde, demonstrando a importância de serem desenvolvidas estratégias para

a prevenção da violência no local de trabalho e políticas públicas que visem à diminuição das iniquidades sociais. Pois a consolidação de modelos de saúde, como a ESF, só será bem-sucedida quando houver políticas públicas que garantam o bem-estar da população em geral.

8 ANEXOS

8.1 Anexo A – Questionário – Dados sociodemográficos, econômicos e sobre o trabalho

Questionário - Dados sociodemográficos, econômicos e sobre o trabalho

1. Nome

Data de nascimento:

2. Sexo:

() M () F

3. Estado civil:

() casado(a)/mora junto; () solteiro(a); () viúvo(a); () Separado(a)

4. Em relação à sua cor, você se considera:

() branco(a); () negro(a); () pardo(a); () amarelo(a)

5. Escolaridade:

() ensino fundamental incompleto; () ensino fundamental completo;

() curso técnico; () superior; () pós-graduação

6. Renda individual mensal:

() R\$ 400,00 até 1.000,00; () R\$ 1.001,00 até 1.500,00;

() R\$ 1.501,00 até R\$ 2.000,00; () R\$ 2.001 até 3.000,00;

() R\$ 3.001,00 até 4.000,00; () acima de R\$ 4.000,00.

7. Qual sua profissão:

() Agente comunitário(a) de saúde; () Auxiliar ou técnico(a) de enfermagem;

() Enfermeiro(a); () Médico(a)

8. Há quanto tempo você trabalha na estratégia saúde da família?

9. Na sua área/microárea existem cortiços, favelas ou áreas de invasão?

() Não; () Sim

8.2 Anexo B – Questionário – Módulo exposição à violência

QUESTIONÁRIO - Módulo exposição à violência

PARTE I

Eu quero que você me diga se nos últimos 12 meses alguém, alguma vez, tratou você da seguinte forma:	A) Se sim, continue com B. Se não, vá para o próximo item.		B) Foi alguém da comunidade que você cuida e enquanto você estava trabalhando pela ESF?		C) Nos últimos 12 meses, você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes enquanto você estava trabalhando pela ESF?		
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	Uma	Poucas	Muitas
la) Insultou ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma (o)?	1	2	1	2	1	2	3
lb) Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?	1	2	1	2	1	2	3
lc) Fez coisas para assustar ou intimidar você de propósito (p.ex.: a forma de olhar, a forma de falar)?	1	2	1	2	1	2	3
ld) Ameaçou machucar você ou alguém de quem você gosta?	1	2	1	2	1	2	3
le) Ameaçou de morte você alguém de quem você gosta?	1	2	1	2	1	2	3

PARTE II

Nos últimos 12 meses alguém, alguma vez:	A) Se SIM, continue com B. Se não, vá para o próximo item.		B) Foi alguém da comunidade que você cuida enquanto você estava trabalhando pela ESF?		C) Nos últimos 12 meses, você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes enquanto você estava trabalhando pela ESF?		
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	Uma	Poucas	Muitas
IIa) Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia te machucar?	1	2	1	2	1	2	3
IIb) Empurrou- ou deu-lhe um tranco/chacoalhão?	1	2	1	2	1	2	3
IIc) Machucou você com um soco ou com algum objeto?	1	2	1	2	1	2	3
IId) Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?	1	2	1	2	1	2	3
IIe) Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?	1	2	1	2	1	2	3
	1	2	1	2	1	2	3

PARTE III

Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) assistiu no seu bairro:	A) Se SIM, continue com B. Se não, vá para o próximo item.		B) Você viu isso acontecer na sua micro-área/área? (Se SIM, pergunte C)		C) Quantas vezes nos últimos 12 meses você viu isso acontecer na sua micro-área/área?		
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	Uma	Poucas	Muitas
IIla) Alguém sendo assaltado	1	2	1	2	1	2	3
IIlb) Brigas com uso de armas (arma de fogo, faca ou outro tipo de arma)	1	2	1	2	1	2	3
IIlc) Alguém recebendo um tiro	1	2	1	2	1	2	3
IIld) Alguém que foi assassinado	1	2	1	2	1	2	3
IIle) Tiroteios	1	2	1	2	1	2	3
IIlf) Alguém sendo agredido	1	2	1	2	1	2	3

1. Nos últimos 12 meses **você ouviu falar** que tenha ocorrido algum dos acontecimentos acima na sua micro-área/área? Quais?

8.3 Anexo C – Questionário sobre a exposição à violência comunitária e seus impactos na organização dos serviços/práticas de cuidado

“Questionário sobre Exposição à violência comunitária e seus impactos na organização dos serviços/práticas de cuidado”

Alguma vez durante sua atividade profissional, por medo ou ameaça, você	A) Se SIM , continue com B. Se não, vá para o próximo item.		Nos últimos 12 meses quantas vezes você diria que isso aconteceu, uma, poucas ou muitas vezes?			
	SIM	NÃO	Uma	Poucas	Muitas	
IVa) Deixou de encaminhar ou notificar casos de violência intra-familiar (violência contra a mulher, abuso ou negligência infantil, violência contra idosos)	1	2	1	2	3	
IVb) Deixou de fazer alguma visita domiciliar ou outra atividade prevista	1	2	1	2	3	
IVc) Deixou de circular por alguma área no bairro	1	2	1	2	3	
IVd) Deixou de abordar algum tema específico ligado à saúde.	1	2	1	2	3	
IVe). Deixou de seguir a seqüência dos pacientes agendados	1	2	1	2	3	

8.4 Anexo D – Comitê de Ética em Pesquisa

APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 06/05/2015, APROVOU o Protocolo de Pesquisa nº 147/15 intitulado: “EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA COMUNITÁRIA DURANTE O TRABALHO E SEUS EFEITOS NA PRÁTICA PROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO DE CORTE-TRANSVERSAL NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.” apresentado pelo Departamento de MEDICINA PREVENTIVA

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: Maria Fernanda Tourinho Peres

Pesquisador (a) Executante: Thais Fonseca Lima

CEP-FMUSP, 06 de Maio de 2015.

Prof. Dr. Roger Chammas
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa

9 REFERÊNCIAS

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acevedo G, Farias A, Sánchez J, Petiti Y. La violencia laboral hacia trabajadores/as de instituciones de salud de la ciudad de Córdoba, Argentina. *Laboreal*. 2010;6(1):10-6.

Agudelo SF. Violência, Cidadania e Saúde Pública. In: Barata RB. *Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ABRASCO; 1997.

Almeida JF. *Exposição à violência comunitária dos agentes da ESF e repercursões sobre suas práticas de trabalho: um estudo qualitativo* (Dissertação). São Paulo. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2015.

Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health*. 2009;1:87-93.

Arnetz JE, Arnetz BB. Violence towards health care staff and effects on the quality of patient care. *Social Med*. 2001;52(3):417-27.

Barbosa R, Labronici L, Mansano LM, Mantovan MF. Violência psicológica na prática profissional da enfermeira. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(1):26-32.

Barros AJ, Hirata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*. 2003;3:21.

Batista CB, Campo AS, Reis AC, Schall VT. Violência no trabalho em saúde: Análise em Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte, MG. *Trab Educ Saúde*. 2011;9(2):295-317.

Bernardi JC, Algieri RD, Furlong H, Di Módica F, Netel J, Tugender E, El Halem E, Bentolila S. Agresión y Maltrato como Problemática Laboral del Ámbito Médico Sanitario. *Rev Hosp Aeronáut Cent*. 2013;8(1):11-8.

Bispo TCF. *Rompendo o silêncio: estudo de vitimização de agentes comunitários de saúde no âmbito do trabalho em Salvador- BA* (Tese). Salvador. Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia; 2011.

Boing AF, Vicenzil RB, Magajewski F, Boing AC, Moretti- Pires RO, Moretti-Pires, Peres KG, Lindner SR, Peres MA. Redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil entre 1998- 2009. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(2):359-66.

Brasil. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde. 8a ed. Brasília: 1986.

Brasil. Ministério da Saúde. *Histórico de cobertura da estratégia saúde da família* [Internet]. Brasília: 2016 [citado 11 fev 2017]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php.

Brasil. Ministério da Saúde. *Política de promoção da saúde*. Portaria nº 687/MS/GM, de 30 de março de 2006. Brasília (DF): 2006b.

Brasil. Ministério da Saúde. *Política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violências*. Portaria GM/MS n 737, 2001. Publicada no DOU Nº 96 – Seção 1e A de 18/05/01.

Brasil. Ministério da Saúde. *Programa Saúde da Família* [Internet]. [citado 1 abr 2000]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/psf/menu/menu.htm>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Departamento de Atenção Básica*. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Departamento de Atenção Básica*. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: 2012

Bussing A, Hoge T. Aggression and violence against home care workers. *J Occup Health Psychol*. 2004;9(3):206-19.

Cal/Osha. *Guidelines for workplace Security* [Internet]. State of California – Department of Industria; Relations; 1995. [cited 26 apr 2015]. Available from: https://www.dir.ca.gov/dosh/dosh_publications/worksecurity.html.

Callegari-Jacques SM. *Bioestatística: princípios e aplicações*. Porto Alegre: Artmed; 2003.

Campos AS, Dias EC. Perfil de agressões em unidades básicas de saúde de Belo Horizonte- MG: É possível pensar no processo de trabalho? *Rev Med*. 2006;16(4 Supl.2):72-9.

Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciênc Saúde Col*. 2007;12(2):301-6.

Canton AN, Sherman MF, Magda LA, Westra LJ, Pearson JM, Raveis VH, Gershin RRM. Violence, job satisfaction and employment intention among home healthcare registered nurses. *Home Heathc Nurse*. 2009;27(6):364-73.

Cardia N. *Atitudes, normas culturais e valores em relação a violência em 10 capitais brasileiras*. Relatório de pesquisa. Brasília, DF, Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Direitos Humanos; 1999.

Carneiro A, Oliveira S. A violência que faz mal para a saúde: violência e saúde no Rio de Janeiro. In: *XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, ABEP, Caxambú – MG – Brasil; de 20 a 24 de setembro de 2010.

Celik SS, Celik Y, Agirbas I, Ugurluoglu O. Verbal and physical abuse against nurses in Turkey. *Int Nurs Rev*. 2007;54(4):359-66.

Cezar ES, Marziale MH. Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da cidade de Londrina, Paraná, Br. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(1):217-21.

Chappell D, Di Martino V. *Violence at work*. Geneva, International Labour Office, Thrid edition; 2006.

Contreiras H, Matta GC. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(2):285-97.

Cooper CL, Swanson N, editors. *Workplace violence in the health sector: state of the art*. Geneva: World Health Organization; 2002.

Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes, PR. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(6):992-8.

Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde. *Ciênc Saúde Col*. 2007;11(Sup):1163-78.

Di Martino V. *Relationship between work stress and workplace violence in the healthsector*. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. Geneva; 2003.

Di Martino V. *Workplace violence in the health sector - country case studies: Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study*. 2002; 42p.

Dowbor TP. *O trabalho com determinantes sociais da saúde no Programa Saúde da Família do Município de São Paulo* (Dissertação). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2008.

Eker HH, Ozder A, Tokaç M, Topçu I, Tabu A. Aggression and violence towards health care provides and effects threof. *Arch Psychiatr Psychother*. 2012;14(4):19-29.

El-Gilany AH, El-Wehady A, Mostafa Amr. Violence against primary health care workers in Al-Hassa, Saudi Arabia. *J Interpersl Violence*. 2010;25(4):716-34.

Estryn-Behar M, Heijden B, Camerino D, Fry C, Le Nezet O, Conway PM, Hasselhorn HM. Violence risks in nursing – results from the European “next” study. *Occup Med*. 2008;58(2):107-14.

FACTS – Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho. *Violência no trabalho [Internet]*. Belgium; 2002 [cited 05 march 2015]. Available from: <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/factsheets/24>.

Faria HP, Werneck MAF, Santos MA, Teixeira PF. *O processo de trabalho em saúde*. Nescon/ UFMG; 2009.

Farias A, Sanchez J, Acevedo G. La violencia ocupacional en Centros de Atención Primaria de la Salud. *Rev Salud Pública*. 2012;(XVI)1:18-26.

Fernandes CM, Bouthillette F, Raboud JM, Bullock L, Moore CF, Christenson JM, Garfstein E, Rae S, Ouellet L, Gillrie C, Way M. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *Can Med Assoc*. 1999;161(10):1245-48.

Ferrinho P. Violência contra os profissionais de saúde no local de trabalho - estudo de casos portugueses. *V Conferência “Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários - Psicologia, Promoção da Saúde e Prevenção”*. 2004.

Ferrinho P. *Violência no local de trabalho no setor da saúde*. Estudos de caso Portugueses: Relatório final. Julho, 2002.

Fonseca AF, Morosini MVGC, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde e o perfil social do trabalhador comunitário em perspectiva histórica. *Trab Educ Saúde*. 2013;11(3):525-52.

Francisco PMSB, Donalisio MR, Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Goldbaum M. Medidas de associação em estudo transversal com delineamento complexo. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(3):347-55.

Franco TB, Merhy EE. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. São Paulo: Hucitec; 2013.

Garbin CAS, Dias IA, Rovida TAS, Garbin AJI. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciênc Saúde Col*. 2015;20(6):1879-90.

Geiger-Brown J, Muntaner C, McPaul K, Lipscomb J, Trinkoff A. Abuse and violence during home care work as predictor of worker depression. *Home Health Care Serv Q*. 2007;26(1):59-77.

Heiman LS, Mendonça MH. A trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa de Saúde da família no SUS: uma busca de identidade. In: Lima NT. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

Hennekens CH, Buring JE. *Epidemiology in medicine*. Lippincott Williams & Wilkins, 1987.

Jackson M, Ashley D. Physical and psychological violence in Jamaica's health sector. *Pan Am J Public Health*. 2005;18(2):114-21.

Junges JR, Barbiani R. Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética. *Rev Bioét.* 2013;21(2):207-17.

Kaiser DE, Bianchi F. A violência e os profissionais de saúde na Atenção Primária. *Rev Gaúcha Enferm.* 2008 set;29(3):362-6.

Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GL, Ferreira MF. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(9):1805-15.

Klijn TP, Suazo SV, Moreno BM. Violencia percibida por trabajadores de Atención Primaria de Salud. *Cienc Enferm.* 2004;x(2):53-65.

Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *World report on violence and health. World Health Organization [Internet].* 2002. [cited 10 jul 2015]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf?ua.

Lancman S, Ghirardi MIG, Castro ED, Tuacek TA. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do PSF. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(4):682-88.

Le Blanc MM, Kelloway EK. Predictors and outcomes of workplace violence and aggression. *J Applied Psychol.* 2002;87(03):444-53.

Macinko J, Sousa MFM, Guanais F, Simões CS. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999–2004. *Soc Sci Méd.* 2007;65(10):2070-80.

Marsiglia RMG. Atenção Básica – Estratégia Saúde da Família. *Projeto: 914 BRA 1079 – UNESCO.* São Paulo; 2005.

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública.* 2004;20(5):1411-6.

Mehry EE, Queiroz MS. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. *Cad Saúde Públ.* 1993;9(2):177-84.

Mendes-Gonçalves RB. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica.* São Paulo: Hucitec; 2000. p. 29-47.

Mialhe FL. O agente comunitário de saúde: práticas educativas. Campinas - SP: Universidade Estadual de Campinas; 2011.

Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciênc Saúde Col.* 1999;4(1):7-32.

Minayo MCS, Souza ER. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *Hist Ciênc Saúde- Manguinhos.* 1998;4(3):513-31.

Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciênc Saúde Col.* 2007;11(Sup):1259-67.

Minayo MCS. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. *Cad Saúde Públ.* 1994;10(supl.1):07-18.

Minayo MCS. *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

Minayo MCS. Violência: um velho-novo desafio para a atenção à saúde. *Rev Bras Educ Med.* 2005;29(1):55-64.

Minhos MB, Contrera-Moreno L. A Prevalência da violência no trabalho dos ACS do Município de Sidrolândia, MS. *Ensaio Ci.* 2006;10(3):151-60.

Moineddin R, IMatheson F, Glazier RH. A simulation study of sample size for multilevel logistic regression models. *BMC Med Res Methodol.* 2007;7:34.

Molinhas BG, Coelho EBS, Pires ROM, Lindne SR. Violência com profissionais da Atenção Básica: estudo no interior da Amazônia Brasileira. *Cogitare Enferm.* 2012;17(2):239-47.

Monken M, Barcello C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad Saúde Públ.* 2005;21(3):898-906.

Moreno LC. *Violência e capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem* (Tese). Campinas. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas; 2004.

Nascimento VB, Costa IMC. PSF, descentralização e organização de serviços de saúde no Brasil. In: Cohn A. *Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias*. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; 2009. p. 67-92.

Nolan P, Soares J, Dallender J, Thomsen S, Arnetz B. A comparative study of the experiences of violence of English and Swedish mental health nurses. *Int J Nurs Stud.* 2001;38(4):419-26.

Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(esp):158-64.

Organização Pan-Americana de Saúde. *Repercussão da violência na saúde das populações americanas (CD44/15)*. 2003.

Paim J, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saúde Pública.* 1998;32(4):299-316.

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet.* 2011;377(9779):1778-97

Palácios M, Santos ML, Barros do Val M, Medina MI, Abreu M, Soares LC Bragança BP. Workplace violence in the health sector - country case study – Brazil. *ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, Geneva;* 2003.

Palma AM. *Representações da comunidade para o trabalho em saúde: demandas e necessidades médico-sociais no cotidiano das práticas do Programa Saúde da Família*. (Dissertação). São Paulo. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2009.

Pereira MPB, Barcellos C. O território no Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Geogr Méd Saúde*. 2006;2(2):47-55.

Pires D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. *Rev Bras Enferm*. 2000;53(2):251-63.

Polaro SHI, Gonçalves LHT, Alvarez AM. Enfermeiras desafiando a violência no âmbito da saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2013 out-dez;22(4):935-42.

Santos AL, Rigotto RM. Território e Territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab Educ Saúde*. 2011;8(3):387-406.

Santos Junior EA, Dias EC. Médicos vítimas de violência no trabalho em unidade de Pronto Atendimento. *Cad Saúde Col*. 2005;13(3):705-22.

Santos Junior EA, Dias EC. Violência no trabalho: Uma revisão da Literatura. *Rev Bras Med Trab*. 2004;2(1):36-54.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde – Coordenação de Atenção Básica e Programa de Saúde da Família. *A atenção básica – estratégia da saúde da família, Projeto: 914 BRA1079 – UNESCO*; 2005.

Scherer ADA, Pires DEP, Soratto J. O trabalho na estratégia saúde da família. In: Sousa, MF. *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro*. Campinas SP: Saberes Editora; 2014.

Schraiber LB, Latorre MRDO, França I, Segri NJ, D'Oliveira AFPL. Validity of the WHO VAW study instrument for estimating gender-based violence against women. *Rev Saude Publica*. 2010;44(4):658-66.

Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB. *Saúde do adulto: programas e ações na Unidade Básica*. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2000.

Schulte JM, Nolt BJ, Williams RL, Spinks CL, Hellsten JJ. Violence and threats of violence experienced by public health field-workers. *JAMA*. August 5 1998;280(5):439-42.

Silva ATC, Peres MFT, Lopes CS, Schraiber LB, Susser E, Menezes PR. Violence at work and depressive symptoms in primary health care teams: a cross-sectional study in Brazil. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 2015;50(9):1347-55.

Silva IVS, Estela ML, Aquino ICMP. Violência no trabalho em saúde: a experiência de servidores estaduais da saúde no Estado da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(10):2112-22.

Silva JLD. *Entre as amarras do medo e o dever sociossanitário: notificação da violência contra crianças e adolescentes sob a perspectiva da rede na atenção primária* (Dissertação). Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2012.

Sousa MF. *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas SP: Saberes Editora; 2014.

Souza LJR. *Trabalho a céu aberto: situações de violência no ambiente de trabalho dos agentes comunitários de saúde no Candeal de Brotas* [Dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2009.

Sposati A. *Mapa da exclusão / inclusão da cidade de São Paulo 2000: dinâmica social dos anos 90*. São Paulo: PUC/SP-POLIS-INPE, 2000.

Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. UNESCO, Ministério da Saúde, Brasil; 2002.

Vasconcellos IRR, Abreu AMM, Maia EL. Violência ocupacional sofrida pelos profissionais de enfermagem do serviço de pronto atendimento hospitalar. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012 jun;33(2):167-75.

Velloso ISC, Araújo MT, Alves M. Trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde na interface com a violência. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(4):466-71.

Velloso ISC, Araujo MT, Rocha AM, Alves M. A visão dos profissionais de saúde sobre a violência no cotidiano de trabalho em uma unidade básica. *Rev Min. Enferm*. 2005;9(4):302-8.

Veloso MMX, Magalhães CMC, Dell'Aglia DD, Cabral IR, Gomes MM. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. *Ciênc Saúde Col*. 2013;18(5):1263-72.

Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol*. 1997;26(1):224-7.

World Health Organization. *Declaration of Alma-Ata [Internet]*. Geneva: World Health Organization; 1978 [cited 10 Sept 2015]. Available from: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.

World Health Organization. *Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector*. Geneva: WHO; 2002.

World Health Organization. *Global status report on violence prevention*. Geneva: WHO; 2014.

Zaluar A. Um debate disperso: violência e crime no Brasil da redemocratização. *Sao Paulo Perspec*. 1999;13(3):3-17.