



ARTIGO

VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM SAÚDE NOS SERVIÇOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE
VIOLENCE AT WORK IN HEALTH IN SERVICES OF MEDIUM COMPLEXITY

EDUARDO MOREIRA NOVAES NETO¹, TÂNIA MARIA DE ARAÚJO², CAMILA CARVALHO DE SOUSA³,
JORGANA FERNANDA DE SOUZA SOARES⁴, IRACEMA LUA³

1 - Graduando em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, Bahia, Brasil

2 - Professora Titular Pleno da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, Bahia, Brasil

3 - Doutoranda em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS),
Feira de Santana, Bahia, Brasil

4 - Professora Adjunto da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia, Brasil

RESUMO

O objetivo deste estudo foi estimar os fatores associados à violência no trabalho em serviços de saúde da média complexidade, na Bahia. Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, exploratório, realizado com 463 trabalhadores de saúde em serviços de média complexidade de três municípios da Bahia, aleatoriamente selecionados. A variável desfecho foi a violência no trabalho autorreferida pelos trabalhadores da saúde. As variáveis de exposição investigadas foram: características sociodemográficas, ocupacionais e hábitos de vida. Foram realizadas análises univariada, bivariada e multivariada. A prevalência de violência no trabalho foi de 59,5%, dentre estes 51,6% referiram o usuário do serviço de saúde como o principal autor dos atos de violência. Após análise multivariada, permaneceram associadas à violência no trabalho as seguintes variáveis: ensino fundamental/médio (RP=0,59; IC=0,44–0,78), ensino técnico (RP=0,76; IC=0,63–0,93), trabalho em turno noturno (RP=1,30; IC=1,09–1,57) e em regime de plantão (RP=1,29; IC=1,02–1,62), atividade profissional como técnico de enfermagem (RP=2,51; IC=1,23–5,12), médico (RP=2,22; IC=1,08–4,55) e auxiliar administrativo (RP=2,26; IC=1,11–4,62). O estudo possibilitou conhecer melhor como a violência no trabalho se comporta nas unidades de média complexidade na Bahia, traçando assim um perfil epidemiológico deste evento.

Palavras-chave: Violência no Trabalho; Profissional da Saúde; Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT

The objective of this study was to estimate the factors associated with workplace violence in health services of medium complexity in Bahia. This is an exploratory, cross-sectional epidemiological study conducted with 463 health workers in complex media services in three Bahia municipalities, randomly selected. The variable endpoint was violence at work self-reported by health workers. The variables of exposure investigated were: sociodemographic, occupational characteristics and life habits. Univariate, bivariate and multivariate analyzes were performed. The prevalence of workplace violence was 59.5%, of which 51.6% referred to the Health Service User as the main perpetrator of violence. After multivariate analysis, primary/secondary education (RP = 0.59, CI = 0.44-0.78), technical education (RP = 0.76, CI = 0.63 -0.93), work (RP = 1.30, CI = 1.09-1.57) and in planting (RP = 1.29, CI = 1.02-1.62), professional activity as a nursing technician (RP = 2.22, CI = 1.08-4.55) and administrative assistant (RP = 2.26, CI = 1.11) -4,62). The study made it possible to know better how violence at work behaves in the units of media complexity in Bahia, thus tracing an epidemiological profile of this event.

Keywords: Workplace Violence; Health Personnel; Occupational Health.



INTRODUÇÃO

A violência é compreendida como um problema social e de saúde pública mundial de difícil enfrentamento, em razão de sua etiologia multicausal¹. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação². A sua distribuição pode ser considerada universal, porque atinge de modo diferenciado todas as raças, idades, condição socioeconômica, educação, credo ou religião, orientação sexual e local de trabalho³.

A violência no trabalho representa qualquer ação voluntária de um indivíduo ou grupo contra outro indivíduo ou grupo, no ambiente de trabalho ou em seu entorno, resultando em dano físico ou psíquico ao trabalhador⁴. Pode ocorrer entre chefes e trabalhadores, trabalhadores e usuários ou entre os próprios trabalhadores⁵. A violência no trabalho é considerada um fenômeno em avanço no mundo e um importante problema de saúde pública, sendo que o setor saúde é apontado como o campo mais susceptível para sua⁶. A prevalência da violência no setor saúde varia entre 17 a 94%, frequentemente ultrapassando 50% dos profissionais^{6,7}. A violência no trabalho, potencialmente, acarreta em absenteísmo, licenças, rotatividade, ou mesmo a mudança de profissão devido ao adoecimento psíquico, como depressão, sintomas psicossomáticos, desânimo, além de conflitos no relacionamento entre colegas⁸.

A precariedade dos sistemas de referência e contrarreferência encontradas entre os níveis de atenção primária em saúde e média complexidade, bem como o estabelecimento de cotas para determinados procedimentos, além de o usuário ter que procurar o serviço especializado e se deparar com a baixa resolubilidade e acessibilidade desses serviços, podem causar sentimento de revolta e indignação, predispondo a ocorrência de episódios de violência contra o trabalhador da saúde⁹, em todos os níveis de assistência, incluindo a média complexidade.

A média complexidade pode ser definida como um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender aos principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico¹⁰, correspondendo a atenção especializada.

Alguns serviços de saúde da média complexidade prestam assistência às urgências, como o SAMU e as UPA. As características do trabalho desenvolvido nestes locais, como agilidade na realização de tarefas, fragilidade do usuário e escassez de recursos humanos e materiais, aliados ao estresse, podem mascarar a violência no trabalho no momento em que esta ocorre, contribuindo para que o profissional aceite este evento como inerente ao processo de trabalho¹¹.

Este trabalho justifica-se pela necessidade em dimensionar adequadamente a violência nos serviços de média complexidade diante da ausência de estudos com trabalhadores deste nível de atenção à saúde. Além disso, os resultados podem subsidiar estratégias e políticas para o seu enfrentamento, contribuindo para a prevenção e promoção da saúde do trabalhador nos serviços de média complexidade. Este estudo tem como objetivo estimar os fatores associados a violência no trabalho em serviços de saúde da média complexidade na Bahia.

METODOLOGIA

Estudo epidemiológico transversal e exploratório. Constitui um recorte da pesquisa “Condições de Trabalho, Condições de Emprego e Saúde dos Trabalhadores da Saúde na Bahia”, realizada pelo Núcleo de Epidemiologia da Universidade Estadual de Feira de Santana, em parceria com a Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), no ano de 2011 e 2012.

A população do estudo foi composta por trabalhadores da saúde dos serviços de Média Complexidade dos municípios de Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus e Itabuna. São exemplos de serviços de média complexidade estudados: Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Centro Especializado em Odontologia (CEO), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), dentre outros.

Para a definição da população de estudo foi realizado levantamento da estrutura e do número de trabalhadores e suas ocupações nos serviços. A amostra foi do tipo estratificada proporcional segundo área geográfica, nível de assistência (atenção básica e de média complexidade) e grupo ocupacional.

O cálculo do tamanho amostral, realizado para a certificação do poder do estudo, uma vez que os dados já haviam sido coletados, foi realizado empregando a fórmula para a população finita. Para a estimativa, considerou-se o total de trabalhadores da média complexidade nos três municípios do estudo (N = 1.290), a prevalência de 25,9% de violência nos serviços de média complexidade¹², precisão de $\pm 4\%$, nível de confiança de 95%, resultando em 341 trabalhadores. Acresceu-se 20% (n=68) para perdas e recusas, sendo a amostra final calculada em 409. O cálculo foi realizado utilizando o software Epi Info, versão 6.04d. A fim de aumentar o poder do estudo, foram utilizados todos os 463 trabalhadores para os quais os dados foram coletados no estudo multicêntrico.

Com base em lista de trabalhadores fornecida pela Secretaria de Saúde dos municípios estudados e conferidas nos locais de trabalho, foram selecionados, aleatoriamente os trabalhadores para a amostra com uso de lista de números aleatórios do EpiInfo 6.04d. Todos os trabalhadores sorteados foram contatados nos locais de trabalho. Até três visitas foram realizadas para identificação do trabalhador e realização

da entrevista. Para os trabalhadores de nível superior, o questionário foi auto aplicado. No caso dos profissionais de nível médio, os instrumentos foram aplicados por entrevistadores previamente treinados.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário construído com base na revisão da literatura e testado em estudo piloto. O instrumento foi composto por questões sobre características sociodemográficas, do emprego, condições de trabalho e aspectos psicossociais do trabalho, atividades domésticas, hábitos de vida e violência.

A variável desfecho deste estudo foi a “violência no trabalho” referida pelos profissionais de saúde. Foi construída com base nas respostas às perguntas: “Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por usuários?”, “Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por parentes de usuários?”, “Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por chefe/colegas de trabalho a usuários?” e “Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por chefe/colegas de trabalho a outro colega de trabalho?”. As respostas as essas questões foram avaliadas em uma escala de “nunca”, “uma vez”, “algumas vezes” e “com frequência”. As respostas das quatro perguntas foram somadas e considerou-se presença de violência no trabalho a resposta positiva em pelo menos uma delas.

As variáveis de exposição investigadas foram: características sociodemográficas, ocupacionais e hábitos de vida.

As características sociodemográficas compreenderam sexo (homens, mulheres), idade (\leq a 35 anos, \geq a 35 anos), escolaridade (nível fundamental e médio, técnico, superior), cor da pele autorreferida (preto e pardo, branco), situação conjugal (com companheiro, sem companheiro), tem filhos (sim, não).

No que diz respeito às características ocupacionais, obteve-se: tempo de trabalho em anos (até 10 anos, entre 11 e 20 anos, 21 anos ou mais); atividade profissional (enfermeiro, médico, profissionais de nível superior, técnico de enfermagem, auxiliar/técnico administrativo, técnico de nível médio, outros); vínculo de trabalho (efetivo, não efetivo); renda mensal em salário mínimo (menor ou igual a dois salários mínimos, maior que dois salários mínimos); treinamento antes do início do trabalho (sim, não); treinamento no exercício do trabalho (sim, não); turno de trabalho (diurno, noturno, regime de plantão); jornada de trabalho semanal (menor ou igual a 40 horas semanais, maior que 40 horas semanais); cumprimento dos direitos trabalhistas (sim, não); e possuir outro trabalho (sim, não).

Os hábitos de vida compreenderam prática de atividade física (sim, não), consumo de bebida alcoólica (sim, não), tabagismo (sim, não), atividade de lazer (sim, não).

Foram realizadas análises univariada, bivariada e multivariada. Na análise univariada foram analisadas as frequências absolutas e relativas para cada uma das variáveis selecionadas, bem como estimada a prevalência de violência no trabalho. Na análise bivariada foram estimadas as razões de prevalência, com seus respectivos intervalos de confiança a 95%.

Na pré-seleção das variáveis para a análise multivariada foi empregado o teste do Qui-Quadrado de Pearson (X^2) ou exato de Fisher ao nível de significância de 25%. Para a análise multivariada foi utilizada a regressão logística não condicional, uma vez que a Regressão Logística fornece *Odds Ratio* como medida de associação e trata-se de um estudo transversal onde a Razão de Prevalência é a medida mais apropriada. Para tal, empregou-se a Regressão de Poisson com a variância robusta^{13,14}. Permaneceram no modelo final, as variáveis cuja associação foi estatisticamente significativa ao nível de significância de 5%.

A adequação do modelo final foi avaliada pelo teste de bondade de ajuste (Hosmer e Lemeshow) e área sob curva ROC.

Os dados foram analisados no software “*Statistical Package for the Social Science*” (SPSS), versão 23.0 e “*Data Analysis and Statistical Software*” (STATA), versão 12.0.

Os protocolos de pesquisa foram avaliados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana (Protocolo n.º 081/2009; CAAE0086.0.059.000-091)

Os profissionais selecionados para o estudo foram informados dos objetivos da pesquisa e após concordarem em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguindo-se os termos da Resolução 466/2012.

RESULTADOS

Foram entrevistados 463 trabalhadores dos serviços de saúde de média complexidade das cidades de Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus, Itabuna, no estado da Bahia.

Observou-se na Tabela 1 maior proporção de mulheres (74,1%), com idade de até 35 anos (49,7%). Considerando a escolaridade, 33,9% tinham nível fundamental e médio, 49,4% possuíam nível técnico e 16,8% tinham nível superior. Em relação à cor da pele, 79% se autodeclararam pretos ou pardos. No que se refere à situação conjugal, 254 (54,9%) possuíam companheiro, enquanto 64,3% afirmaram possuir filhos. Mais da metade (50,7%) da população em estudo referiu não praticar atividades físicas, não consumir bebida alcoólica (53,8%) e 93,9% declararam não ser fumantes. A prática de atividades de lazer foi relatada por 90,4%.

Com respeito às características ocupacionais da Tabela 2, a maioria (76%) possuía até 10 anos de trabalho no atual serviço de saúde, portanto predominando trabalhadores de inserção relativamente recente nos serviços. As ocupações mais frequentes foram: auxiliar administrativo (24,8%), técnico de enfermagem (19,4%), médicos (10,2%) e enfermeiros (7,8%).

Em relação ao vínculo empregatício, pouco mais de um terço (36,5%) tinha vínculo estável (efetivos), evidenciando percentual elevado de trabalhadores contratados. A média salarial de maior frequência foi menor ou igual a dois salários mínimos (55,7%). O salário mínimo, durante o período de coleta de dados, correspondia à aproximadamente R\$ 622,00.

Tabela 1. Características sociodemográficas e hábitos de vida dos trabalhadores da saúde da média complexidade. Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus e Itabuna - Bahia, 2011-12

| Variável | N (%) | Violência no Trabalho n (%) | RP | p-valor |
|--|------------|-----------------------------|------|---------|
| Sexo (N=463) | | | | |
| Homens | 120 (29,5) | 58 (48,7) | 1,0 | |
| Mulheres | 343 (71,4) | 217 (63,3) | 1,30 | 0,005* |
| Idade (N=451) | | | | |
| Menor ou igual a 35 anos | 224 (49,7) | 145 (64,7) | 1,19 | 0,025* |
| Acima de 35 anos | 227 (50,3) | 123 (54,4) | 1,0 | |
| Cor da Pele Autorreferida (N=443) | | | | |
| Pretos e Pardos | 350 (79,0) | 207 (59,2) | 0,95 | 0,573 |
| Branços | 93 (21,0) | 58 (62,4) | 1,0 | |
| Escolaridade (N=322) | | | | |
| Nível Fundamental e Médio | 109 (33,8) | 55 (50,9) | 0,69 | 0,005* |
| Nível Técnico | 159 (49,4) | 99 (62,3) | 0,84 | 0,115 |
| Nível Superior | 54 (16,8) | 40 (74,1) | 1,0 | |
| Situação Conjugal (N=463) | | | | |
| Sem Companheiro | 209 (45,1) | 127 (60,8) | 1,04 | 0,621 |
| Com Companheiro | 254 (54,9) | 148 (58,5) | 1,0 | |
| Tem Filhos (n=462) | | | | |
| Sim | 297 (64,3) | 174 (58,8) | 1,04 | 0,610 |
| Não | 165 (35,7) | 101 (61,2) | 1,0 | |
| Prática de Atividade Física (n=462) | | | | |
| Sim | 206 (49,3) | 106 (51,7) | 1,0 | |
| Não | 212 (50,7) | 142 (67,0) | 1,30 | 0,001* |
| Consumo de Bebida Alcoólica (n=461) | | | | |
| Sim | 213 (46,2) | 127 (59,9) | 1,01 | 0,890 |
| Não | 248 (53,8) | 147 (59,3) | 1,0 | |
| Tabagismo (n=459) | | | | |
| Sim | 28 (6,1) | 17 (60,7) | 1,02 | 0,901 |
| Não | 431 (93,9) | 256 (59,5) | 1,0 | |
| Realização de Atividade de Lazer (n=459) | | | | |
| Sim | 415 (90,4) | 246 (59,4) | 1,0 | |
| Não | 44 (9,6) | 28 (63,6) | 1,07 | 0,587 |

A maior parte dos trabalhadores (72,5%) não tinha recebido treinamento antes do início das atividades de trabalho. No que diz respeito a receber treinamento durante o trabalho, também a maioria (71,2%) não recebeu. O turno de trabalho mais frequente entre esses trabalhadores foi diurno (75,1%). Em relação à jornada de trabalho, 58,1% trabalhavam com carga horária menor ou igual a 40 horas semanais. Considerando os direitos trabalhistas, que incluíam direito a férias remuneradas, adicional de férias, 13º salário e folgas, 87,1% não possuíam tais direitos. Quase metade dos trabalhadores (46,2%) possuía outro vínculo empregatício.

A Tabela 3 evidencia que mais da metade (51,6%) dos profissionais relataram ter sofrido ou presenciado agressão ou ameaça praticada por usuários. A agressão ou ameaça praticada por parentes dos usuários do serviço de saúde foi

relatada por 44,7%. O relato de ter vivenciado situação de agressão ou ameaça praticada por chefes ou colegas de trabalho contra usuário foi relatado por 10,2%. Sobre violência entre os profissionais, ou seja, agressão ou ameaça de um chefe ou colega de trabalho contra outro colega de trabalho, 13,6% responderam positivamente. A incidência global de violência referida pelos profissionais de saúde foi de 59,5%.

As variáveis incluídas para análise multivariada foram: sexo, idade, escolaridade, atividade profissional, turno de trabalho e prática de atividade física.

Após a análise multivariada, exibida na Tabela 4, os fatores associados à violência no trabalho foram escolaridade baixa (ensino fundamental ou nível técnico), trabalho em turno noturno e regime de plantão e atividade profissional como médico, técnico de enfermagem e auxiliar administrativo.

Tabela 2. Características ocupacionais dos trabalhadores da saúde da média complexidade. Feira de Santana; Santo Antônio de Jesus, Itabuna-Bahia, 2011-12

| Variável | n (%) | Violência no Trabalho n (%) | RP | p-valor |
|---|------------|-----------------------------|------|---------|
| Tempo de Trabalho em Anos (N=462) | | | | |
| Até 10 anos | 351 (76,0) | 222 (63,4) | 1,0 | |
| Entre 11 e 20 anos | 65 (14,0) | 31 (47,7) | 0,75 | 0,017* |
| 21 anos ou mais | 46 (10,0) | 22 (47,8) | 0,75 | 0,041* |
| Atividade Profissional (N=463) | | | | |
| Enfermeiro | 36 (7,8) | 27 (75,0) | 1,50 | 0,013* |
| Médico | 47 (10,2) | 29 (61,7) | 1,23 | 0,210 |
| Técnico de Enfermagem | 90 (19,4) | 69 (76,7) | 1,53 | 0,000* |
| Auxiliar/Técnico Administrativo | 115 (24,7) | 66 (57,4) | 1,15 | 0,323 |
| Técnico de Nível Médio | 35 (7,6) | 8 (22,9) | 0,46 | 0,007* |
| Outros | 68 (14,7) | 40 (59,7) | 1,19 | 0,251 |
| Outros de Nível Superior | 72 (15,6) | 36 (50,0) | 1,0 | |
| Vínculo de Trabalho (N=460) | | | | |
| Efetivo | 168 (36,5) | 94 (56,0) | 1,0 | |
| Não efetivo | 292 (63,5) | 178 (61,2) | 0,92 | 0,274 |
| Renda Mensal em Salário Mínimo** (N=456) | | | | |
| Menor ou igual a dois salários mínimos | 254 (55,7) | 153 (60,5) | 1,03 | 0,735 |
| Maior que dois salários mínimos | 202 (44,3) | 119 (58,9) | 1,0 | |
| Treinamento Antes do Início do Trabalho (N=462) | | | | |
| Sim | 127 (27,5) | 72 (57,1) | 1,0 | |
| Não | 335 (72,5) | 203 (60,6) | 1,06 | 0,500 |
| Treinamento no Exercício do Trabalho (N=462) | | | | |
| Sim | 133 (28,8) | 82 (61,7) | 1,0 | |
| Não | 329 (71,2) | 192 (58,5) | 0,95 | 0,536 |
| Turno de Trabalho (N=453) | | | | |
| Diurno | 340 (75,1) | 181 (53,4) | 1,0 | |
| Noturno | 21 (4,6) | 16 (76,2) | 1,43 | 0,042* |
| Regime de Plantão | 92 (20,3) | 73 (79,3) | 1,49 | 0,000* |
| Jornada de Trabalho em Horas Semanais (N=463) | | | | |
| Menor ou igual a 40 horas semanais | 269 (58,1) | 155 (57,6) | 1,0 | |
| Maior que 40 horas semanais | 194 (41,9) | 120 (62,2) | 1,08 | 0,325 |
| Cumprimento dos Direitos Trabalhistas (N=456) | | | | |
| Sim | 59 (12,9) | 36 (61,0) | 1,0 | |
| Não | 397 (87,1) | 233 (58,8) | 0,96 | 0,750 |
| Possui Outro Trabalho (N=442) | | | | |
| Sim | 204 (46,2) | 126 (61,8) | 1,01 | 0,900 |
| Não | 238 (53,8) | 145 (61,2) | 1,0 | |

** Salário Mínimo, em 2012, correspondente a R\$ 622,00.

Tabela 3. Frequência dos episódios de violência entre os trabalhadores da saúde da média complexidade. Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus, Itabuna - Bahia, 2012

| Frequência dos Episódios de Violência | N | % |
|---|-----|------|
| Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por usuários (N=463) | | |
| Sim | 239 | 51,6 |
| Não | 224 | 48,4 |
| Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por parentes de usuários (N=463) | | |
| Sim | 207 | 44,7 |
| Não | 256 | 55,3 |
| Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por chefe/ colega de trabalho a usuário (N=462) | | |
| Sim | 47 | 10,2 |
| Não | 415 | 89,8 |
| Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por chefe/ colega de trabalho a outro colega (N=463) | | |
| Sim | 63 | 13,6 |
| Não | 400 | 86,4 |
| Prevalência Global de Violência entre Trabalhadores da Saúde da Média Complexidade (N=463) | | |
| Sim | 275 | 59,5 |
| Não | 188 | 40,5 |

Tabela 4. Modelo final de Regressão Logística dos fatores associados a violência no trabalho em saúde nos serviços de Média Complexidade. Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus, Itabuna - Bahia, 2011-12

| Variável | RP | IC (95%) |
|---------------------------------------|------|-------------|
| Escolaridade (n=322) | | |
| Ensino Fundamental e Médio | 0,59 | 0,44 – 0,78 |
| Nível Técnico | 0,76 | 0,63 – 0,93 |
| Nível Superior | 1,0 | |
| Turno de Trabalho (n=453) | | |
| Regime de Plantão | 1,29 | 1,02 – 1,62 |
| Noturno | 1,30 | 1,09 – 1,57 |
| Diurno | 1,0 | |
| Atividade Profissional (N=463) | | |
| Enfermeiro | 2,00 | 0,83 – 4,83 |
| Médico | 2,22 | 1,08 – 4,55 |
| Outros | 2,49 | 1,16 – 5,31 |
| Técnico de Enfermagem | 2,51 | 1,23 – 5,12 |
| Auxiliar/Técnico Administrativo | 2,26 | 1,11 – 4,62 |
| Técnico de Nível Médio | 0,84 | 0,33 – 2,11 |
| Outros de Nível Superior | 1,0 | |

A avaliação do modelo final revelou que este se adequava (valor de p do teste de Hosmer e Lemeshow goodness of fit = 0,925) e ajustava-se bem aos dados (área sob a Curva ROC = 0,73).

DISCUSSÃO

Os dados evidenciaram que mais da metade (59,5%) dos trabalhadores em serviços de média complexidade já presenciaram ou sofreram violência no trabalho. Estudo com 198 trabalhadores da equipe saúde da família, em 2013, mostrou que quase a metade dos trabalhadores (43,4%) sofreu violência ocupacional¹⁵. A violência do tipo agressão ou ameaça mais prevalente foi a praticada por usuários dos serviços de saúde. Os achados corroboram com resultados encontrados em outros estudos^{16,17}.

Esse fato pode ser atribuído ao modo de organização do trabalho nos serviços de média complexidade, já que há uma necessidade de atendimento rápido e resolutivo. Além disso, os dados apresentam alta demanda de atendimentos, muitas vezes, as unidades de saúde funcionam com dimensionamento inadequado de pessoal e com ausência de recursos materiais, acarretando em assistência inadequada, gerando insatisfação nos usuários, o que pode contribuir para a violência no trabalho.

A violência praticada por acompanhantes dos usuários é similar ao estudo realizado com trabalhadores de enfermagem e médicos, em Londrina, em 2004, que também encontrou frequências similares¹⁷. Neste escopo, a violência ocorreu devido a precariedade dos serviços de saúde e baixa qualidade das condições de trabalho, visto que tal situação provocava indignação no usuário ou familiar, gerando atitudes de violência contra o trabalhador que prestava assistência direta ao usuário dos serviços¹⁷.

Menor relato de violência foi descrita entre os trabalhadores de baixa escolaridade (fundamental, médio e técnico). Porém, o contato com o profissional de baixa escolaridade é, frequentemente, compreendido como de baixo nível de decisão sobre a assistência, visto que as condutas em relação à sua saúde são definidas pelos profissionais de nível superior. Portanto, em geral, o usuário percebe o profissional de nível superior com maior poder para definir o atendimento ou não às suas necessidades, o que mobiliza, por sua vez, as ações mais agressivas contra esses profissionais. Ou seja, a revolta do usuário geralmente ocorre contra os profissionais de escolaridade mais alta¹⁶.

Com relação ao turno, observa-se que os trabalhadores que exercem a profissão durante o turno noturno ou na forma de regime de plantão estão mais suscetíveis a um desequilíbrio biológico, alteração de hábitos alimentares, sono e diminuição da atenção¹⁸. Todos esses fatores podem ser considerados associados ao estresse, o que predispõem a irritação e atitudes ansiosas que, em consequência, podem aumentar a ocorrência de violência¹⁹.

Além disso, longas jornadas de trabalho causam fadiga ao trabalhador da saúde, o que, além de contribuir para um quadro geral de tensão aumentada, pode também dificultar o envolvimento em outras atividades como a prática de atividade física ou de lazer – alternativas que ajudariam na recomposição e equilíbrio físico e mental do trabalhador. Assim, a sua prática pode contribuir para a manutenção de uma saúde mental melhor, contribuindo para que haja, por exemplo, diminuição do estresse. Assim sendo, o trabalho noturno ou em regime de plantão, juntamente com a ausência da prática de atividades físicas entre os trabalhadores pode gerar situações de estresse mental, o que potencialmente se constitui como fator predisponente para a violência ocupacional²⁰. Desse modo, estrutura-se um ambiente mais propício à ocorrência da violência no trabalho, diante da vulnerabilidade em que o trabalhador do plantão noturno se encontra, sendo necessária atenção especial da equipe de gerência em realizar rotatividade dos profissionais que trabalham no regime de plantão e plantão noturno, a fim de diminuir a sobrecarga psicológica e a exposição à violência²⁰.

Estudo realizado em unidades de saúde de Florianópolis, em 2010, com médicos, evidenciou uma alta prevalência (85,5%) de violência entre estes profissionais. Estes resultados refletem a vulnerabilidade no qual este profissional encontra-se exposto, diante da falta de treinamento específico e ausência de estratégias de combate a violência nos serviços de saúde²¹. Outros estudos também encontraram associação entre violência no trabalho e exercer atividade de técnico de enfermagem, sendo que este fato pode ser atribuído a proximidade do profissional de enfermagem com o usuário¹⁶. A atividade de auxiliar administrativo associada a violência no trabalho também se constitui um achado de outras pesquisas, em especial sobre aqueles que atendem em recepções dos serviços de urgência e emergência²².

Este estudo tem algumas limitações que devem ser consideradas. Dentre elas, cabe registrar as dificuldades relacionadas à impossibilidade de avaliação da sequência temporal, já que a resposta a alguns questionamentos pode ser alterada caso o trabalhador já tenha sofrido violência no trabalho ou não. Ademais, existem limitações de dados referentes a outros tipos de violência além de agressão ou ameaça, sendo que a violência psicológica, sexual e discriminação, por exemplo, não foram investigadas.

O efeito do trabalhador sadio é outra limitação conhecida em estudos com grupos de trabalhadores, no qual apenas os trabalhadores mais resistentes permanecem na atividade em função dos contínuos processos de seleção que ocorrem no mundo do trabalho. Portanto, trabalhadores que, por exemplo, abandonaram a profissão em função do desfecho estudado, não serão captados no corte do tempo analisado – o que pode contribuir para a subestimação do desfecho, o que nos leva a pensar em um resultado ainda mais alarmante. O viés de memória pode ter ocorrido em função de o trabalhador ter esquecido de relatar episódios de violência

ou mesmo situações nas quais este trabalhador desconsiderou como violência determinada situação, ou seja, naturalizou a sua ocorrência. O viés de prevaricação pode ter ocorrido caso os trabalhadores entrevistados podem não ter relatado violência em função do constrangimento.

Apesar dessas limitações, este estudo permitiu dimensionar os eventos de violência em serviços de média complexidade – serviços de saúde ainda pouco estudados no Brasil. As elevadas frequências dos relatos de violência mostram que se trata de um problema de grande magnitude que necessita de medidas de prevenção urgentes. O estudo permitiu ainda avaliar fatores sociodemográficos e do trabalho que estão associados a maior ocorrência de violência, oferecendo informações sobre aspectos que devem ser considerados nas ações a serem implementadas.

CONCLUSÃO

Os fatores associados à violência sofrida ou presenciada foram baixa escolaridade, trabalho em turno noturno e regime de plantão e atividade profissional como técnico de enfermagem, médico e auxiliar/técnico administrativo.

O estudo possibilitou o conhecimento maior de como a violência no trabalho se comporta nas unidades de média complexidade na Bahia, bem como evidenciou sua alta prevalência, os autores dos atos e os principais fatores associados a este desfecho, traçando assim um perfil epidemiológico deste evento.

Esses resultados mostraram a situação atual das condições de trabalho e emprego a que os trabalhadores da saúde estão inseridos, trazendo à tona uma problemática muitas vezes negligenciada. Além disso, essas evidências podem subsidiar estratégias de prevenção e proteção à saúde do trabalhador para que a prevalência de violência possa ser reduzida.

Outros estudos neste nível de atenção fazem-se necessários a fim de estudar outras formas de violência além de agressão ou ameaça frente às diversas formas de apresentação deste fenômeno.

Diante destes achados, devem ser implementadas, junto aos trabalhadores dos serviços de média complexidade, intervenções no ambiente e no processo de trabalho a fim de prevenir este agravo, preparar o trabalhador da saúde caso aconteça e o reabilite, em situações que envolvam consequências.

REFERÊNCIAS

1. Marziale MH. A violência no setor saúde. **Rev Latinoam Enferm.** 2004; 12(2): 147-8.
2. World Health Organization. Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority. Geneva: 1996.

3. Consejo Internacional de Enfermaras. **La violència: epidemia mundial.** Boletín del CIE: 2004.
4. Campos AS, Pierantoni CR. Violência no trabalho em saúde: um tema para cooperação internacional em recursos humanos para a saúde. **Reciis** 2010; 4(1): 79-92. Disponível em: http://www.obsnetims.org.br/uploaded/11_12_2013__0_16_5_2013__0_Violencia_no_trabalho_em_saude.pdf. [2017 jun 29]
5. Ministério da Saúde. **Prevenção de Violência e Cultura de Paz.** Painel de indicadores do SUS. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008.
6. Spector PE, Zhou ZE, Che XX. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: a quantitative review. **Int J Nurs Stud** 2014; 51(1): 72-84.
7. Hahn S, Hantikainen V, Needham I, Kok G, Dassen T, Halfens R. Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey. **J Adv Nurs** 2012; 68(12): 2685-2699.
8. Lancman S, Ghirardi MIG, Castro ED, Tuacek TA. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Públ.** 2009; 43(4): 682-88.
9. Solla J, Chioro A. Atenção Ambulatorial especializada. In: Giovanella, L et al. (Org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 627-663.
10. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde.** Portaria nº 95, de 26 de Janeiro de 2001.
11. Luck L, Jackson D, Usher K. Innocent or culpable? Meanings that emergency department nurses ascribe to individual acts of violence. **J clinnurs** 2008; 17(8): 1071-78.
12. Silva LV, Aquino EML, Pinto ICM. Violência no trabalho em saúde: a experiência de servidores estaduais da saúde no Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2014; 30(10): 2112-2122.
13. Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversa. **Rev. Saúde Publ.** 2008; 42(6):992-998.
14. Francisco PMSB, Donalísio MR, Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Goldbaum M. Medidas de associação em estudo transversal com delineamento complexo: razão de chances e razão de prevalência. **Rev. bras. epidemiol.** 2008; 11(3): 347-355.
15. Oliveira LP. Violência relacionada ao trabalho das equipes de saúde da família. **REAS [internet]** 2013; 2(2): 46-56.
16. Vasconcellos IRR, Griep RH, Lisboa MTL, Rotenberg L. Violência no cotidiano de trabalho de enfermagem hospitalar. **Acta paul. enferm.** 2012; 25(2): 40-47.
17. Cezar ES, Marziale MH. Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da Cidade de Londrina, Paraná, Brasil. **Cad Saúde Pública.** 2006;22(1):217-21.
18. Silva RM, Beck CLC, Magnago TSBS, Carmagnani MIS, Tavares JP, Prestes FC. Trabalho noturno e a repercussão na saúde dos enfermeiros. **Esc. Anna Nery.** 2011;15(2): 270-276.
19. Silva RM, Beck CLC, Guido LA, Lautert L, Tavares, JP, Prestes FC, et. al. Facilidades e dificuldades enfrentadas por enfermeiros no trabalho noturno: estudo qualitativo. **Online Braz. J. nurs.** 2009; 8(2). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2346/500>. [2017 jul 1]
20. Souza AAM, Costa WA, Gurgel AKC. Aspectos relacionados à ocorrência de violência ocupacional nos setores de urgência de um hospital. **J. res.: fundam. care. online.** 2014; 6(2): 637-650.
21. Erdmann AG. **Violência contra o médico em Unidades Locais de Saúde, Policlínicas Regionais e Unidades de Pronto-Atendimento do município de Florianópolis, Brasil.** Florianópolis; 2010 [Mestrado Dissertação - Universidade Federal de Santa Catarina].
22. Ferrinho P, Biascaia A, Fronteira I, Caraveiro I, Antunes AR, Conceição C, Flores I, Santos O. Patterns of perceptions of workplace violence in the Portuguese health care sector. **Human Resources for Health** 2003; 1(11): 1-11. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC317380/pdf/1478-4491-1-11.pdf>. [2017 jul 1]

Endereço para correspondência:

Eduardo Moreira Novaes Neto
 Núcleo de Epidemiologia
 Prédio de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
 Campus Universitário da UEFS
 Av. Transnordestina, s/nº - Novo Horizonte
 CEP: 44036-900 - Feira de Santana-BA
 E-mail: eduardo.moreira18@hotmail.com