



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

BEATRIZ GOMES MOLINOS

**VIOLÊNCIA NO TRABALHO COM PROFISSIONAIS DO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DE
AMAZONAS**

FLORIANÓPOLIS

2011



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Beatriz Gomes Molinos

**VIOLÊNCIA NO TRABALHO COM PROFISSIONAIS DO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DE
AMAZONAS**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva, Área de Concentração Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde

Orientadora:
Prof. Dr^a Elza Berger Salema Coelho

Florianópolis

2011

Beatriz Gomes Molinos

**VIOLÊNCIA NO TRABALHO COM PROFISSIONAIS DO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DE
AMAZONAS**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre em Saúde Coletiva”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis, 29 de setembro de 2011

Dra. Karen de Anselmo Peres
Coordenadora do PPGSP/UFSC

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a Dr^a Elza Berger Salema Coelho
Presidente (orientadora)

Profa. Dr^a. Fátima Büchele
Membro interno

Prof. Dr. Jonas Salomão Sprícigo
Membro externo

Prof. Dr. Rodrigo O. Moretti Pires
Membro interno (suplente)

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Santa Catarina, meu local de trabalho, que possibilitou o afastamento parcial de minhas atividades para que pudesse me dedicar a este estudo.

Ao CNPq, pelo fomento do projeto de Pesquisa do qual estes dados foram originados.

À Elza Berger Salema Coelho pelo carinho, cuidado, respeito.

À Sheila Rubia Lindner pelas incontáveis leituras e auxílio.

Ao Rodrigo Otavio Moretti Pires pela disponibilidade.

Aos meus colegas de mestrado por proporcionarem ambiente de respeito às diferenças, acolhimento, essenciais para a aprendizagem.

Aos meus colegas de trabalho pela parceria e compreensão.

A minha família pelo estímulo e confiança.

APRESENTAÇÃO

A dissertação intitulada “Violência no trabalho com profissionais do programa de saúde da família no estado de Amazonas” insere-se na linha de pesquisa “Violência em Saúde”, área de concentração em Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, e está estruturada em três partes.

A Parte I contém a introdução e a contextualização que justificaram a escolha do tema. Em seguida, apresenta a revisão de literatura sobre conceitos de violência no trabalho e a interface com o setor saúde.

Os resultados e a discussão do estudo estão apresentados na Parte II em formato de artigo científico, conforme o regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

A Parte III está constituída pelo (apêndice1), que corresponde ao questionário de pesquisa e (apêndice2), que apresenta as normas do periódico escolhido para a submissão do manuscrito.

MOLINOS, Beatriz Gomes. Violência no Trabalho com Profissionais do Programa Saúde da Família no Estado de Amazonas. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva – Área de Concentração Ciências Humanas e Políticas Públicas de Saúde). Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Florianópolis, 2011.

RESUMO

Introdução: violência no trabalho é compreendida como uma forma negativa de comportamento ou ação na relação entre duas ou mais pessoas, caracterizado por agressividade, por ser inesperado e, às vezes, repetitivo, e que é prejudicial para a segurança, saúde e bem-estar de trabalhadores no seu local de trabalho. As prevalências de violência em nossa sociedade têm aumentado já sendo considerado um problema de saúde pública, seu estudo é essencial para a promoção de políticas públicas e adoção de práticas para prevenção e alternativas de soluções.

Objetivo: Identificar episódios de violência com prejuízo da integridade física, ou agressões de ordem moral e/ou psicológica e a percepção destes quanto às condições de segurança e prevenção da violência no trabalho sofrida pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família que atuam nos serviços de saúde dos municípios de Coari, Manacapuru, Parintins, São Gabriel da Cachoeira do estado do Amazonas sob a ótica dos profissionais médicos, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários da saúde. **Metodologia:** Pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem quantitativa, que buscou caracterizar os episódios de violência no trabalho dos profissionais da ESF do Amazonas. O instrumento aplicado para coleta de dados foi um questionário semi-estruturado adaptado, utilizado no American Federation of State, County and Municipal Employees (AFSCME) Survey of Violence in the Workplace for Health Care Workers. Os dados obtidos foram digitados por terceiros no excel e, para a análise estatística, exportados para o programa Stata SE 9.0. Foram levantadas características como idade, gênero, tempo de formado, local de trabalho, função, vínculo empregatício, tempo de trabalho e ocorrência de violência moral, psicológica ou física para consigo, ou presenciada em seu local de trabalho em relação aos últimos doze meses. Em relação aos resultados foi identificada carência de profissionais das equipes e ocorrência de 10,1% de violência sob forma de ameaças, 8,4% provocação, 4,8% intimidação e 5,7% assédio sexual. Todos foram perpetrados contra mulheres. Os profissionais não

consideram seu local de trabalho seguro e 81,2% não foram treinados para reconhecer e agir frente a situações de violência.

Palavras-chave: Violência. Profissionais de saúde. Trabalho.

ABSTRACT

Introduction: violence in the workplace is understood as a negative way of behavior or action within the relationship between two or more people, characterized by aggression, for being unexpected and, sometimes, repetitive, and that is prejudicial to the security, health and welfare of workers in their workplaces. The prevalence of violence in our society has increased even being considered a public health problem, its study is essential to promote public policies and the adoption of practices for prevention and alternative solutions.

Objective: To identify episodes of violence with harm of the physical integrity, or moral and/or psychological aggressions and the perception as to the conditions of security and prevention of violence in the workplace experienced by professionals of Family Health Strategy working in health services in the municipalities of Coari, Manacapuru, Parintins, São Gabriel da Cachoeira in the state of Amazonas from the perspective of physicians, nurses, dentists, community health agents.

Methodology: Exploratory, descriptive, quantitative approach research, which aimed characterizing the episodes of violence in the work of professionals in the Amazonas ESF. The instrument used for the data collection was an adapted semi-structured questionnaire, used in the American Federation of State, County and Municipal Employees (AFSCME) Survey of Violence in the Workplace for Health Care Workers. The data obtained were typed in excel by third, and for statistical analysis, exported to Stata SE 9.0.C. Characteristics such as age, gender, time since graduation, workplace, function, employment, working time, and the occurrence of moral, psychological or physical violence to oneself, or witnessed in the workplace over the last twelve months were raised. Regarding the results, it was identified a lack of professionals and the occurrence of 10,1% of violence in the form of threats, 8,4% provocation, 4,8% intimidation and 5,7% sexual harassment. All were perpetrated against women. Professionals do not consider their workplace safe and 81,2% were not trained to recognize and act in situations of violence.

Keywords: Violence. Health professionals. Work.

LISTA DE TABELAS

PARTE I

| | |
|---|----|
| Tabela 1. Quadro demonstrativo da população, área, renda percapita e estabelecimentos de saúde das cidades do Amazonas, 2010 (Brasil, 2010, 2010 a)..... | 37 |
|---|----|

PARTE II

| | |
|--|----|
| Tabela 1. Número de profissionais da ESF de cidades do estado do Amazonas segundo grau de escolaridade, 2010..... | 54 |
| Tabela 2. Perfil sócio-econômico dos profissionais de cidades do estado do Amazonas, 2010..... | 55 |
| Tabela 3. Percentual de profissionais por nível de escolaridade que foram agredidos por algum tipo de ameaça segundo seu agressor em cidades do estado do Amazonas, 2010..... | 56 |
| Tabela 4. Proporção de profissionais agredidos segundo o tipo de agressão de cidades do estado de Amazonas, 2010..... | 57 |

SUMÁRIO

PARTE I

| | |
|--|-----------|
| CONTEXTO E CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO | 19 |
| 1. INTRODUÇÃO | 21 |
| 2. OBJETIVOS | 22 |
| 3. REVISÃO DA LITERATURA | 22 |
| 3.1. Atenção básica: Estratégia de Saúde da Família (ESF) ... | 22 |
| 3.2. Violência | 24 |
| 3.2.1. Tipos de violência | 27 |
| 3.2.2. A violência e os trabalhadores da saúde | 30 |
| 4. METODOLOGIA | 35 |
| 4.1. Tipo de estudo | 35 |
| 4.2. Local de estudo..... | 36 |
| 4.3. Sujeitos da pesquisa..... | 37 |
| 4.4. Coleta de dados | 37 |
| 4.5. Análise dos dados..... | 38 |
| 4.6. Aspectos éticos..... | 38 |
| 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 39 |

PARTE II - ARTIGO CIENTÍFICO

VIOLÊNCIA COM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA: ESTUDO NO INTERIOR DA AMAZÔNIA BRASILEIRA

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO | 49 |
| METODO | 50 |
| RESULTADOS | 52 |
| DISCUSSÃO | 58 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 62 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:..... | 64 |

PARTE III

APÊNDICES 69

APÊNDICE 1 71

APÊNDICE 2 75

PARTE I

CONTEXTO E CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO

1. INTRODUÇÃO

Reconhecer as situações de violência em que os trabalhadores da saúde são submetidos é essencial à prevenção e orientação de medidas e políticas públicas para evitar esta prática. O Relatório Mundial sobre a Violência e a Saúde, da Organização Mundial da Saúde (2002), conceitua a violência como: “uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que possa resultar em ou tenha alta probabilidade de resultar em morte, lesão, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou privação.”

A discussão sobre violência adquiriu grande importância desde a década de 90 no Brasil, como afirmam Zaluar & Leal (2001), passando a motivar cientistas sociais, pedagogos, filósofos, economistas e juristas a realização de estudos, artigos e questionamentos. Esta mobilização teve como consequência ações de governo para o seu enfrentamento. A portaria n.737/GM, de 16 de maio de 2001 estabeleceu diretrizes para promoção de saúde e prevenção de agravos externos. E a portaria 936 de 18 de maio de 2004 criou normas de estruturação de uma Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção de Saúde cujas atribuições são de identificar e apoiar estudos, pesquisas e ações acadêmicas, além de qualificar a gestão do SUS para o trabalho de prevenção de violência e promoção de saúde. Ressaltaram a importância de capacitar os profissionais e conselhos sociais para o trabalho de prevenção da violência em parceria com pólos de educação permanente a fim de detectá-las e registrá-las para a melhoria da qualidade de informação de atenção integral para a população em situação ou risco para a violência. (Brasil, 2001)

Foram mobilizadas quatorze instituições de ensino e pesquisa que, junto com o Ministério da Saúde, têm a missão de capacitar, apoiar, monitorar, avaliar e sistematizar experiências relativas à violência. Outras ações têm sido desenvolvidas no país após este projeto. Entre estas está o do Sistema de Informação Sentinela de Violências em municípios selecionados, em locais de atendimento das vítimas de violência e de acidentes, que busca informações essenciais para a prevenção e monitoramento do impacto das ações implantadas. (MALTA et al, 2007)

O informe mundial sobre a violência e saúde (2002) é enfático ao afirmar em suas conclusões que a violência não é inevitável. Pesquisar

sobre suas formas e evidências em nossa sociedade é imprescindível para que ela seja enfrentada como um problema de saúde pública e contestada. Conhecer mais sobre suas causas e como se sustenta e se espalha em nossa sociedade é fundamental para que possamos planejar políticas públicas preventivas.

Os profissionais da atenção primária pela Estratégia da Saúde da Família (ESF) são o principal meio de acesso a população e fundamentais para o acolhimento do usuário vítima da violência. Sua forma de trabalho pautada pelo vínculo que extrapola a consulta tradicional, a convivência próxima na comunidade e experiências de trabalho, possibilitam que estes profissionais estejam embrenhados no interior dos problemas. Esta forma de trabalho gera aproximações de risco e os tornam vulneráveis a serem casos de violência contra o trabalhador.

Este trabalho faz parte de pesquisa realizada em quatro municípios do interior do estado do Amazonas aprovada pelo CNPq (COSAU/CGSAU/DABS) sob protocolo 470165/2008-1 (Edital MCT/CNPq 14/2008 - Universal / Edital MCT/CNPq 14/2008 - Universal - Faixa C)

2. OBJETIVOS

Identificar episódios de violência com profissionais da Estratégia de Saúde da Família de Coari, Parintins, Manacapuru e São Gabriel da Cachoeira, municípios do Estado do Amazonas e a percepção destes quanto às condições de segurança e prevenção da violência no trabalho

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. Atenção básica: Estratégia de Saúde da Família (ESF)

A implantação do Sistema Único de Saúde - SUS provocou mudanças nos conceitos e práticas de saúde no país. Foi estabelecido como modelo de atenção do Sistema Único de Saúde - SUS, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como estratégia básica na reorientação do modelo de assistência no país e de atingir os princípios básicos de universalidade, equidade e integralidade.

Trata-se de equipes multidisciplinares responsáveis por um número definido de famílias (de três mil a quatro mil e quinhentas

pessoas), localizadas dentro de uma região delimitada. As ações da equipe têm como objetivo a promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e, ainda, manutenção da saúde da comunidade atendida. As equipes são compostas, no mínimo por um médico da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários da saúde. E a equipe ampliada conta com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico de higiene dental. (Brasil, 1997)

Mais do que uma equipe em um determinado local, este programa exige que os profissionais atuem de forma diferenciada e, para isto é essencial que estes se qualifiquem para esta forma especial de atendimento. Estabelece vínculos de compromisso e co-responsabilidade com a população além de estimular que esta se organize e exerça o controle social das ações e serviços de saúde abdicando do lugar passivo histórico. Exige superar a perspectiva individual para oferecer uma atenção sistêmica em que se integrem: o estudo da cultura, das maneiras de fazer dos diferentes grupos sociais e das relações de gênero que operam dentro das relações familiares. Mas, ainda que o ESF tenha representado um avanço à inflexão para a proposta de um novo modelo de atenção, há críticas ao modelo: a noção de família nele contida é genérica, pouco clara e, portanto de limitado valor operativo. (Gutierrez e Minayo, 2010)

Para enfrentar os desafios de implantação deste modelo é importante que o sentido ético do cuidado seja ampliado. Mais do que uso de técnicas e controle das doenças através da queixa do usuário que solicita atendimentos, a escuta deve ser ampliada: o profissional deve estar aberto ao encontro com o outro, ao acolhimento de sentimentos e de sua singularidade, seus desejos, saberes e história particular de vida. “Essa abertura ao outro demanda ainda uma prática não restrita ao saber técnico e que, ao se deparar com o outro, possa construir um saber peculiar que dê conta dos meios e dos fins de sua ação na área da saúde: o saber ético... A arte da assistência à saúde não pode reduzir-se à mera manipulação de objetos. É preciso articular a intervenção técnica com outros fatores não-tecnológicos, já que nossa presença junto ao outro jamais se resumirá à presença diante de um artefato tecnológico”. (Carvalho, 2009)

Esta escuta é essencial para reconhecer situações de violência. Nem sempre a formação centrada no modelo biomédico prepara os profissionais para atuar nestas situações. A importância da troca de saberes entre os profissionais das equipes é primordial para atenuar as dificuldades de lidar com problemas relacionados a tabus sociais. A

complexidade dos casos de violência demanda articulações entre diferentes perspectivas disciplinares, bem como diferentes ações institucionais. Assim, promover um movimento efetivo onde o "dentro" de uma instituição, que depende de abordagens diferenciadas e imbricadas, se desloca para o "fora", ou seja, para o conjunto das ações públicas, é um desafio para a resolubilidade dos problemas. (Gomes, 2002)

Com isto é exigido características diferenciadas ao profissional que atua no serviço: acolhimento, responsabilização, desenvolvimento da autonomia dos usuários e resolutividade da atenção à saúde de forma a atender o princípio do SUS relativo à integralidade. Compreendida como um conceito em construção permanente na forma como se relacionam os diversos saberes dos profissionais e o olhar para o indivíduo e sua família de forma integral e única. “A transformação da atenção primária com direcionamento à integralidade apresenta significativa relevância e, em termos pragmáticos e operacionais das unidades de saúde, isso implicará na crescente preconização de uma postura e relacionamento entre equipe e usuário diferente do tradicional” (Pires, 2009, p6.).

Além disto, o tema violência ainda é pouco estudado, apesar de sua relevância. Existem cursos para ampliar o olhar do profissional a detectar situações de violência a que são submetidos os usuários do programa. (Semcad, 2006) Mas estes não consideram a situação de trabalho onde estão inseridos os profissionais. Em geral, o local de trabalho, sua região e a proximidade necessária para o desenvolvimento da tarefa, expõem o profissional a situações de risco que nem sempre são detectadas. Além disto, a pressão para dar conta de uma demanda crescente, aliada a contratos de trabalho vulneráveis, exercem influência negativa sobre seu humor, interferindo em sua disponibilidade na atenção ao usuário. Este cidadão, fragilizado por seu problema e cada vez mais consciente de seus direitos, exige atenção e compreensão máxima de quem o acompanha. Esta relação de força e de poderes aumenta o estresse e a possibilidade de responder com comportamentos violentos. (Deslandes, 2000)

3.2. Violência

Reforçando o entendimento da Organização Mundial da Saúde, o Ministério da Saúde (2000, p.427) conceitua violência como “o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes ou

nações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e ou espirituais a si próprio ou a outros.” Segundo Minayo (2006), não é, por si só, um problema de saúde pública, nem mesmo médico e sim suas conseqüências. Para a autora trata-se de fenômeno sócio-histórico, mas que afeta fortemente a saúde física e psíquica, provocando uma série de medidas e adequações nos serviços de saúde pública. Nos últimos anos acidentes e traumas ocasionados por atos violentos tem sido o principal motivo dos atendimentos nos serviços de saúde. Por sua abrangência e importância requer atuação interdisciplinar, multiprofissional.

Para Minayo (1994) a dificuldade de definir causas da violência. Já foi compreendida como inscrita e arraigada nas relações sociais e em alguns momentos históricos tolerada, como por exemplo, nas guerras. Em outros momentos históricos é vinculada a crises sociais, justificada como um meio para atingir um fim específico ou compreendida como própria à condição humana. Ressalta que, atualmente, há tendência a não ser compreendida como inerente a natureza humana e que, portanto, não teria raízes biológicas. Seria resultado complexo e dinâmico da vida em sociedade, onde se cruzam problemas da moral, política, economia, direito e psicologia, nas relações humanas e no plano individual. Golding (1996) ratifica esta compreensão da violência quando afirma que a violência é um dos mais importantes problemas de saúde pública hoje, em virtude das conseqüências em suas vítimas, do temor que causa na comunidade, do enorme custo para a sociedade e porque muito pode ser feito para preveni-la.

O entendimento da violência apenas como uma problemática de desvio deve ser abandonada. Atos violentos dizem mais do que um mero crime. Portanto, há necessidade de um novo paradigma da violência a partir das preocupações públicas e inquietações coletivas muito mais voltadas à mudança de hábitos cotidianos, à exacerbação de novos conflitos sociais, à adoção de soluções que desafiam tradições democráticas, à demarcação de novas fronteiras sociais, ao esquadrinhamento de novos espaços de realização pessoal e social, ao sentimento de desordem e caos que se espelha na ausência de justiça social (Adorno 1999).

Em o “Mal Estar na Civilização” (1930[1929]) Freud afirma que os homens não seriam criaturas gentis que desejariam amar e serem amadas e sim, em sua essência haveria uma dose forte de agressividade e que seu próximo é para si próprio não somente alvo da libido e energia sexual ou um auxiliar em suas lutas de sobrevivência, como também alguém em que pode satisfazer sua agressividade: utilizar sua capacidade de trabalho submetê-lo a satisfações sexuais sem o seu

consentimento, apoderar-se de suas posses, humilhá-lo, causar sofrimento e até matá-lo. Esta, inclusive, seria uma força contrária ao processo civilizatório.

Neste mesmo texto sustenta que o indivíduo, para poder viver em sociedade, deve se submeter aos elementos regulatórios desta. Deve abdicar de suas pulsões para poder se relacionar e fazer parte de uma sociedade com suas leis. Assim, tem que abdicar de seus desejos para poder estar em convivência com os demais e receber as trocas necessárias para sobrevivência. Para ele os indivíduos se juntam e estabelecem leis de convivência para não ter que se submeter à imposição de um indivíduo mais forte. “A substituição do poder do indivíduo pelo poder de uma comunidade constitui o passo decisivo da civilização” (p.121) Assim os seres humanos para viverem em sociedade têm que abdicar de suas satisfações pelas leis estabelecidas por este grupo. Diz ainda que muitas lutas da humanidade tenham como objetivo reivindicações dos indivíduos e reivindicações culturais de comunidades e que nem sempre a acomodação destas é possível, ocorrendo conflitos irreconciliáveis. Assim, o desenvolvimento da civilização obriga os seres humanos a darem conta de suas pulsões: ora de forma satisfatória para si e comunidade através de sublimações, ora através de sintomas e distúrbios que podem causar danos aos indivíduos e a própria sociedade. Análogo aos indivíduos, os grupos sociais sofrem das mesmas pressões: a frustração cultural dominaria as relações humanas. (Freud 1930[1929])

Assim, embora considere a agressividade uma predisposição inata, a forma com que nos relacionamos em nossa sociedade é que torna os indivíduos violentos. Seria como uma perversão da pulsão: necessária energia agressiva de vida que, ao ser desviado, seria transformada em violência a partir das relações violentas na infância ou por abandono. Somos humanos porque nos tornamos assim através de uma educação, uma cultura. Se em nosso meio a violência nos é ensinada, assim nos tornaríamos. Todo o indivíduo que possui em sua história de vida situações de violência, traz marcas em seu psiquismo. Estes podem, ou não gerar transtornos emocionais. Estar ou ter sido submetido a algum tipo de violência repercute no equilíbrio psíquico e na saúde física.

Independente de sua origem, a violência está presente nas relações humanas e segundo a Organização Mundial da Saúde não é inevitável. (2002). Buscar se suas causas são inerentes ao homem ou se são resultado de suas interações é importante se o objetivo é o de questionar, ampliar os conceitos. Porém, seria reduzir sua compreensão se a conceituarmos através da oposição: um dos lados é privilegiado e,

consequentemente, o outro desprezado. O risco é que, ao eliminar um argumento, algo também importante, inevitavelmente é perdido. Derrida (1979) compreende que para que exista um novo saber, existe a necessidade de uma “desconstrução” do já estabelecido. Porém o novo, ao substituir o antigo, não necessariamente o elimina. Para o autor, a utilização deste termo “desconstrução” é para que estejamos sempre questionando o conhecimento e nunca o entendermos como concluído, acabado. Assim que, se a agressividade faz parte da condição humana, temos o dever de contribuir para que as relações possibilitem caminhos para que esta seja transformada. E, se a violência é construída socialmente, da mesma forma, podemos evitá-la.

3.2.1. Tipos de violência

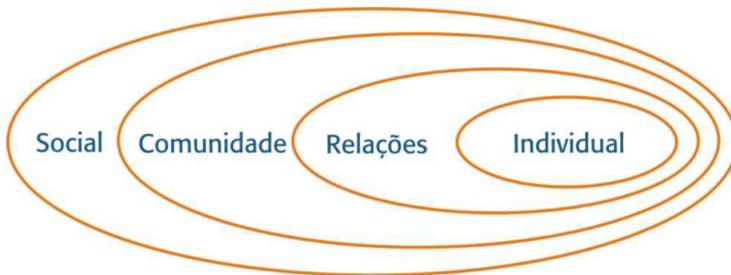
Há muitas classificações de violência. Elas variam de acordo com o olhar de cada autor que amplia certos aspectos em detrimento de outros. Alguns ordenam através da compreensão das relações sociais e de trabalho, disputas de poder. Outros se atêm a estudar relações mais próximas entre as pessoas, procurando relacionar o tipo de vínculo, relações familiares. (Oliveira, 2008, Antunes, 2002; Marin, 2002;)

A violência, segundo Minayo (2006), pode ser classificada em três tipologias: a) violências auto-inflingidas: que dizem respeito a comportamentos suicidas (tentativa de suicídio, ideação suicida e suicídio propriamente dito) e auto-abusos por agressões contra si próprio e auto-mutilações. b) violências interpessoais, que incluem a violência intrafamiliar entre conhecidos ou estranhos sem a intenção de furto. São incluídas aqui, também as violências dentro de uma comunidade. c) violências coletivas, que permeiam o âmbito macrossocial, político e econômico, por dominação de determinados grupos ou pelo Estado. Aqui estariam incluídos atos terroristas, crimes de multidões e mesmo ataques econômicos entre grupos e nações com interesse de dominação.

Com o objetivo de não reduzir o termo violência ao mundo da delinquência, ao discutir a violência sob a perspectiva da Saúde Pública, propõe uma classificação da violência em três tipos: Violência estrutural - gerada por estruturas organizadas e institucionalizadas, naturalizada e oculta em estruturas sociais, que se expressa na injustiça e na exploração e que conduz à opressão indivíduos, grupos, classes e nações, aos quais são negadas conquistas da sociedade, tornando-os mais vulneráveis ao sofrimento e à morte. Violência da resistência ou violência do comportamento - constituem-se das diferentes formas de resposta de grupos, classes, nações e indivíduos oprimidos à violência estrutural; e

violência da delinqüência: é aquela que se revela nas ações fora da lei socialmente reconhecida. (Minayo, 1994)

A Organização Mundial da Saúde para detectar a violência e elaborar políticas públicas, utiliza o modelo ecológico identificado pela figura a seguir: (Organização Mundial da Saúde, 2002)



Em relação ao indivíduo estão seus aspectos biológicos, e história pessoal que podem interferir em seu comportamento e personalidade na probabilidade de se tornar um indivíduo em vítima ou violento. Aqui são relacionados, por exemplo, os transtornos de comportamento, adição a drogas. Em um próximo nível estão seus relacionamentos próximos - família e amigos, a forma como se relaciona com o cônjuge, filhos. Aqui entram as violências familiares, as gangues de adolescentes. Em seguida estão os aspectos relacionados à comunidade, ou seja, a escola, o trabalho é importante destacar desde o tipo de relação até fatos como deslocamento ao trabalho, por exemplo. E, por último são salientados os fatores relativos à estrutura da sociedade em como ela se organiza, elabora leis restritivas ao uso de armas, por exemplo.

A classificação da violência quanto a sua natureza é geralmente categorizada como física, sexual, psicológica ou de privações/desatenção. Como o próprio nome diz, violência física é qualquer ação ou omissão que provoque dano, ou coloque em risco a integridade física do indivíduo. A sexual é relacionada a estupro, abuso e assédio sexual através de atos ou sob forma de ameaças. A psicológica tem como intuito degradar ou controlar ações, formas de agir e de tomar decisões através de manipulação, intimidação ameaça, humilhação. Pode ainda ser classificada como violência moral, patrimonial, social, econômica, política ou estatal. Ou ainda

institucional, quando esta é motivada por desigualdades em diferentes sociedades, tais como étnicas e de gênero. (Minayo, 2006)

Para a Organização Mundial da Saúde (2002) são atos de violência física: estapear, sacudir, bater com punho ou objetos, estrangular, queimar, chutar, ameaçar com faca ou revólver ou outro objeto capaz de ferir ou matar, ferir com armas ou objetos e, finalmente, matar. Em relação à violência sexual, relaciona coerção através de ameaças, intimidação ou uso de força física, forçar atos sexuais não desejados com outras pessoas ou na frente de outras pessoas. Relaciona ainda o ciúme excessivo, controle das atividades do parceiro, agressão verbal, destruição ou ameaça a propriedade, perseguição, qualquer tipo de ameaça, depreciação e humilhação como violência psicológica.

Em estudo sobre a violência e os trabalhadores da saúde em Portugal foram conceituados os tipos de violência para a sua caracterização:

- Violência física é uso de força física contra outra pessoa ou grupo que resulta em dano físico, sexual ou psicológico. Inclui bater, dar pontapés, empurrar, morder, beliscar, contaminar com produtos orgânicos (por exemplo, saliva, sangue) entre outros.

- Como ameaça ou agressão verbal foi descritos os comportamentos humilhantes que degradam ou indicam falta de respeito por uma pessoa, além de qualquer comunicação por palavras com tom ou forma de expressão que rebaixa, paternaliza, ameaça, acusa ou desrespeita alguém. A pressão moral é definida como comportamento ofensivo, repetido e prolongado no tempo, com tentativas vingativas, cruéis ou maliciosas, de humilhar ou enfraquecer um indivíduo ou grupo de trabalhadores.

- A violência sexual é definida como qualquer comportamento de natureza sexual, não recíproco, que é ofensivo para a pessoa envolvida que faz com que se sinta ameaçada, humilhada ou embaraçada.

- Discriminação é qualquer conduta ameaçadora baseada na raça, cor, linguagem, nacionalidade, religião, associação com uma minoria, nascimento ou outro *status* que não é recíproca nem desejada e que afeta a dignidade dos indivíduos. (Antunes et al, 2002)

Conhecer os tipos de violência e relacioná-los é importante para seu reconhecimento. Alguns são mais fáceis de serem detectados por deixarem marcas físicas, outros aparentemente mais leves por serem mais sutis, porém tão ou mais severos em suas conseqüências nas mentes dos indivíduos e na forma como vão sendo construídas as

normas de relacionamentos sociais. É o primeiro passo para evitar que se propaguem e sejam consideradas como inevitáveis, incontroláveis, principalmente nos ambientes de trabalho da saúde.

3.2.2. A violência e os trabalhadores da saúde

O Advisory Committee's Ad Hoc Working Group on Violence at Work europeu define violência no trabalho como uma forma negativa de comportamento ou ação na relação entre duas ou mais pessoas, caracterizado por agressividade, por ser inesperado e, às vezes, repetitivo, e que é prejudicial para a segurança, saúde e bem-estar de trabalhadores no seu local de trabalho (Perimäki-Dietrich, 2002). Para Oliveira (2008) é definida como toda a ação considerada voluntária de um indivíduo ou grupo contra outro indivíduo ou grupo que venha a causar danos físicos ou psicológicos, ocorrida no ambiente de trabalho, ou que envolva relações estabelecidas no trabalho ou atividades concernentes ao trabalho. Também é incluída toda forma de privação e infração de princípios fundamentais e direitos trabalhistas e previdenciários; a negligência em relação às condições de trabalho; e a omissão de cuidados, socorro e solidariedade diante de algum infortúnio, caracterizados pela naturalização da morte e do adoecimento relacionados ao trabalho. Contrera-Moreno (2003) amplia o conceito quando inclui a violência externa, ou seja, o local onde se localiza o trabalho, sua disposição geográfica, como também a facilidade ou não de acesso como fator de risco à saúde do trabalhador.

Oliveira relaciona subcategorias:

- Violência nas relações de trabalho, incluindo tanto a física como psicológicas tais como assédio, ameaça, *bulling* e *mobbing*¹;
- Violência na organização do trabalho, que interfere na saúde do trabalhador através do controle de produtividade, jornada de trabalho, gestão e segurança;
- Violência nas condições de trabalho relativas à insalubridade, riscos de acidentes físicos, químicos, biológicos, ergonômicos;

¹Assédio psicológico, que consiste em comportamentos persecutórios, ofensivos, com característica vingativa, cruel ou maliciosa, que visa humilhar ou desestabilizar um indivíduo ou grupo, isolando-o de contatos sociais e disseminando informações falsas sobre ele. É realizado por alguém (*bulling*) ou por um grupo (*mobbing*) hierarquicamente superior (Oliveira, 2008).

-Violência de resistência, ou de respostas dos trabalhadores como resistência política de poder, controle dos gerentes e /ou contenham direcionamento a amenizar esforços de trabalho;

- Violência de delinqüência de pessoas da própria organização ou de origem externa e que produzem atos criminosos;

- Violência simbólica quando os trabalhadores sofrem algum tipo de discriminação e/ou são vistos como de baixa categoria por possuírem baixa escolaridade, cor da pele, etc.(Oliveira, 2008)

Toscano e Windal (apud Campos, 2010) destacam que os trabalhadores da saúde estão entre os mais atingidos pelas agressões, representando um quarto de toda a violência no trabalho e que a proximidade com os pacientes seria a causa da elevada ocorrência.

O Relatório Mundial da Saúde de 2006 (OMS, 2006) afirma que a violência no trabalho é um dos riscos na saúde do trabalhador, podendo ultrapassar 50% das ocorrências. Está entre os fatores que contribuem para o afastamento de suas atividades, o que causa perdas significativas de força de trabalho. Trata-se, portanto, de um fenômeno global e alarmante nos locais onde são registrados, interferindo significativamente na qualidade de vida.

Estudos realizados no exterior levantam hipóteses para justificar os motivos do aumento da violência contra os profissionais da saúde e também aumento de situações graves. Entre as causas, além das já descritas, está o aumento de pessoas portando armas; policiais levando e guardando criminosos em hospitais gerais; presença de dinheiro nas portarias de clínicas; presença de medicamentos utilizados por pessoas com adição a drogas para uso diverso; falta de treinamento dos profissionais para lidar com situações estressantes e pessoas com comportamento hostil; condições inadequadas de instalações para o trabalho, como iluminação fraca, falta de equipamentos. (OSH, 2004, Racette, 2001; California, 1998; Reich & Dear, 1996; Sinomowitz, 1996; Warshaw & Messite, 1996; National Security Insitutes, 1995)

Em amplo estudo sobre a violência contra os profissionais da saúde realizado em Portugal foram verificados, em síntese, os resultados: ela é mais freqüente nos centros de saúde do que nos hospitais; violência verbal é a denúncia mais freqüente, seguida da pressão moral, discriminação, violência física e assédio sexual; há prevalência significativa de violência contra a propriedade nos Centros de Saúde; os trabalhadores que atuam em ambulatórios e com doentes mentais estão mais expostos à violência; os trabalhadores de sexo feminino são os que mais sofrem violência nos Centros de Saúde e, nos

hospitais, os de sexo masculino; a violência verbal é mais frequente contra os enfermeiros e trabalhadores administrativos; a violência física é mais assíduo contra enfermeiros; o assédio sexual é mais frequente contra enfermeiros trabalhadores de hospitais; a pressão moral foi relatada com mais frequência entre os clínicos gerais e atendentes administrativos; a discriminação é sentida contra profissionais com curso universitário. Em geral as vítimas não ficaram satisfeitas com o andamento dos processos e punições após as denúncias, principalmente as relativas à violência moral. (Antunes et al, 2002)

Neste mesmo estudo é ressaltado que a ocorrência de violência nos locais de atendimento de saúde naquele país tem aumentado. E, com isto os riscos de elevação de estresse para os profissionais, dificuldade de relação entre colegas, falta de motivação, resignação, depressão (podendo chegar a suicídio) e até mesmo desistência do trabalho. Em relação às instituições, em consequência, há maior elevação de custos, dificuldade de contratar/manter os profissionais, destruição da propriedade e aumento de gastos com a saúde dos trabalhadores. O trabalho ainda alerta para os riscos em relação ao sistema de saúde como um todo em função da desumanização e da perda da qualidade e dos serviços (Idem, 2002).

No Plano Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNST), a violência está em evidência por se tratar de um tema recorrente em nossa realidade. Este documento ressalta que tem aumentado o número de agressões e episódios de violência contra o trabalhador em seu local de trabalho e como consequência de relações de trabalho deterioradas através de trabalho escravo e infantil. Também cresce o número de queixas relativas a assédio moral e discriminação nas relações de gênero entre colegas, chefias e subordinados. Justifica a elaboração da realização deste plano pela denúncia de que as mortes por violência e acidentes na década de 80 aumentaram muito, estando em segundo lugar na relação de causa de morte., somente atingindo nível menor que óbitos por doenças no aparelho circulatório. E, a faixa etária entre 5 e 39 anos atinge o primeiro posto em ocorrência de óbitos. É mais evidente entre homens jovens e nos centros urbanos. Também, no período 1979 a 1997, houve elevação de suicídios em 34% (Brasil, 2004).

Apesar desta preocupação, há poucos artigos científicos sobre a violência e o trabalhador publicados em nosso país. As autoras Contrera-Moreno (2004) em estudo sobre a violência contra os profissionais de enfermagem sugerem que os autores busquem dados através do CAT (Comunicação de Acidentes de Trabalho) onde são

registradas as agressões sofridas destes profissionais por pacientes e outras pessoas no ambiente de trabalho. Relatam que há artigos publicados no exterior onde é relevante o número de enfermeiros vítimas de violência, sendo esta categoria profissional considerada de alto risco. Exemplificam referindo-se a estudo no Canadá que constata que os profissionais da enfermagem foram os que mais sofreram violência (80,2%) entre os profissionais de medicina ocupacional hospitalar. Em outro estudo, na Suécia, com trabalhadores da mesma categoria, 29% relataram terem sido vítimas de violência no trabalho, 35% sofreram ameaças e 30% testemunharam situações de violência contra colegas. Índices maiores de profissionais vítimas de violência foram constatados na Inglaterra (71%). Os índices tendem a ser maiores entre os profissionais que trabalham com pacientes com doenças mentais. Mas também vem crescendo relatos de assédio moral (9%) como descritos em artigos franceses e violência sexual nos EUA, onde 71,9% de enfermeiros relataram serem vítimas desta prática provocadas por pacientes (53,4%) e médicos (25%).

As mesmas autoras descrevem fatores de risco que os profissionais da saúde enfrentam em seu trabalho diário. O primeiro diz respeito à proximidade física necessária ao atendimento. Outro estaria vinculado ao local de trabalho que é invariavelmente situado em regiões violentas. As pessoas que tratam pacientes com doenças mentais, adição a drogas e álcool ou outros grupos que possuem dificuldade em controlar seus impulsos também correm mais riscos. Além destes, estão incluídos os idosos e familiares de pessoas gravemente enfermas entre os grupos com maior dificuldade em conter a agressividade, principalmente em emergências aglomeradas. Ressaltam que nem sempre o profissional tem comportamento adequado, atencioso. Muitas vezes por estar submetido a fatores estressantes como o risco de perder o emprego ou submetido a longas e exigentes jornadas de trabalho e pressões psicológicas de sua vida dentro e fora do ambiente de trabalho, correm risco de sofrer represálias por parte de usuários ou colegas.

A violência é maior entre os trabalhadores com menos experiência ou em locais onde há déficit de profissionais. Estas circunstâncias geram problemas no atendimento, aumentando a insatisfação e agressividade dos usuários (Campos 2010). Em pesquisa sobre violência contra médicos que atendem em hospitais de pronto atendimento de Belo Horizonte, verificou que 85,3% dos médicos relataram pelo menos um episódio de violência no trabalho durante o último ano estabelecido pelo estudo. Na maioria dos casos os atores da violência eram os próprios pacientes em atendimento. Outro dado

revelado pela pesquisa é que 50% dos médicos já pensaram em abandonar o trabalho nas unidades ou solicitar transferência de local (Santos 2005).

Em estudo realizado em Florianópolis com médicos que atuam nas Unidades Básicas de Saúde, Policlínicas Regionais e Unidades de Pronto Atendimento a prevalência de violência contra os médicos foi de 84,7%. A maioria considera o local de trabalho inseguro, refere falta de treinamento específico, desconhece políticas de prevenção à violência e não aciona a polícia ou registra Comunicação de Acidente de Trabalho refletindo vulnerabilidade do médico às diversas formas de violência, em especial à violência psicológica. A segurança do trabalhador em saúde é revelada como uma questão pouco discutida no ambiente de trabalho e a violência subnotificada. (Erdmann,2010)

Em seu trabalho longo e instigante Deslandes (2000) mostra quase em forma de um romance, todas as agruras de um serviço de emergência em hospital. Retrato de uma realidade onde tudo é violento: não há diálogo, muitas queixas, onde os pacientes não sabem os nomes dos médicos nem suas especialidades, onde tudo falta, mas em meio à ansiedade e carência há relatos de superação. Sem condições operacionais de trabalho, com pressões a decisões imediatas, plantões extensos, baixa remuneração que os obriga a vários locais e turnos de trabalho. Não são raras as queixas, os conflitos entre colegas e clientela, além de constantes desavenças com outros setores do Hospital. Além de tudo, necessitam lidar com a ansiedade e desespero de pacientes e familiares. Enquanto isto se depara com a realidade externa de armas cada vez mais potentes, desafiando estes profissionais a dar conta de corpos mutilados como em uma guerra. O cotidiano é ainda ampliado com dilemas éticos como em atendimentos a bandidos, com a presença de policiais em serviço. O estudo evidencia o duplo estresse dos profissionais da saúde que atuam nestes locais: pelo próprio trabalho onde cada momento é essencial para manutenção das vidas de quem é socorrido, mas também por ser quem diariamente convive com as conseqüências da realidade cada vez mais violenta. Na conclusão, onde há mais questionamentos do que respostas, a autora ressalva a necessária valorização dos profissionais da saúde e a urgência de humanizar o atendimento; ampliar o espaço para comunicação, compreensão; além da necessária e permanente instrumentalização dos profissionais com novos saberes através, por exemplo, de parcerias com outras organizações.

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) preocupado com aumento da violência contra os

profissionais médico decidiu na Resolução Nº 90 de 21 de março de 2000:

- “Serviços de pronto-socorro geral e/ou psiquiátrico deverão contar com pessoal preparado e treinado para a adequada contenção de pacientes agitados e/ou agressivos”.

- “Em locais de trabalho sabidamente violentos e que exponham risco a integridade física dos médicos no atendimento de pronto-socorro, deverá haver a manutenção de plantão policial ou, na impossibilidade deste, segurança privada”.

A forma com que são estabelecidas as relações interfere nos índices de violência. Sugere que para sua prevenção seja estudado o contexto organizacional e social, suas formas de comportamento, costumes, características das tarefas, as condições e organização do ambiente de trabalho. Afirma que o funcionamento dos serviços de saúde pode produzir insatisfação e sentimento de injustiça por parte dos usuários (Campos, 2010).

As consequências da violência contra o trabalhador da saúde repercutem em sua vida pessoal e de trabalho. Para o empregador há certamente prejuízos, pelas faltas e possível abandono do profissional que tem que ser substituído por alguém inexperiente, ou que necessita de treinamento para a função designada. Há também prejuízo na qualidade do desempenho do profissional vítima da violência. Interfere significativamente em seu desempenho e conseqüentemente na eficácia dos serviços de saúde.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem quantitativa, que busca identificar episódios de violência no trabalho dos profissionais que atuam na Estratégia da Saúde da Família nas cidades de Coari, Parintins, Manacapuru e São Gabriel da Cachoeira do estado do Amazonas e a percepção destes quanto às condições de segurança e prevenção da violência no trabalho. Segundo Gil (2002), a pesquisa descritiva tem por objetivo fundamental descrever as características de determinada população ou fenômeno e estabelecer possíveis relações entre variáveis, sem que o pesquisador interfira neles ou os manipule.

Busca definir a frequência com que o fenômeno ocorre, sua natureza, característica e a possível relação e conexão com outros. A pesquisa descritiva pode assumir diversas formas e, de um modo geral, assume a forma de um levantamento, sendo mais realizada por pesquisadores das áreas de ciências humanas e sociais, preocupados com a atuação prática. É exploratória por ser o tema ainda pouco conhecido e, por isto, difícil de formular hipóteses precisas e operacionais.

4.2. Local de estudo

Para a realização do estudo foram selecionados quatro municípios do interior do Estado do Amazonas, “**Coari**, Região do Médio Solimões, por ser um município de cerca de 70 mil habitantes, e ter o quarto maior Produto Interno Bruto da Região Norte do Brasil, em função da extração de gás natural. Onze equipes da ESF atuam na zona urbana, existindo uma unidade de saúde completamente equipada para cada uma destas. **Parintins** é a segunda maior cidade do Estado, com projeção nacional e internacional em função do ‘Festival Folclórico do Boi’, evento considerado patrimônio cultural da humanidade. A rede de atenção primária é composta por vinte e duas equipes da ESF, sendo onze na zona urbana. **Manacapuru** foi incluído por ser um município que tem acesso geográfico terrestre à capital, apresentando vinte e duas equipes de Saúde da Família, sendo dez na zona urbana. **São Gabriel da Cachoeira**, Região do Alto Solimões, tem 99% de população indígena, representando 9% desta população brasileira. Possui quatro equipes da ESF atuando em zona urbana. As distâncias destes municípios para a capital são respectivamente 353 km, 315 km, 70 km e 852 km.” (Moretti, 2010). Dados complementares sobre as cidades do estudo na Tabela 1.

Tabela 1. Quadro demonstrativo da população, área, renda percapita e estabelecimentos de saúde das cidades do Amazonas, 2010 (Brasil, 2010, 2010 a)

| | Coari | Parintins | Manacapuru | S.G.C. |
|------------------------------------|--------------|------------------|-------------------|---------------|
| População estimada/2009 | 66.991 | 107.250 | 86.472 | 41.885 |
| Área território (km ²) | 57.922 | 5.952 | 7.329 | 109.185 |
| Renda percapita (R\$) | 17.083,00 | 3.518,00 | 4.594,00 | 4.206,00 |
| Estabelecimentos de saúde SUS | 16 | 21 | 21 | 14 |

4.3. Sujeitos da pesquisa

A população deste estudo é constituída por médicos, enfermeiros, cirurgião dentista, técnicos em enfermagem, técnicos em saúde bucal, auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde. Foram enviados questionários para os profissionais da zona urbana que atuam na ESF nos municípios de Coari, Manacapuru, Parintins e São Gabriel da Cachoeira do estado do Amazonas. Importante salientar que alguns profissionais médicos atuam em mais de uma Equipe de Estratégia de Saúde da Família.

4.4. Coleta de dados

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi o questionário semi-estruturado adaptado, utilizado no American Federation of State, County and Municipal Employees (AFSCME) Survey of Violence in the Workplace for Health Care Workers, disponível na publicação Preventing Workplace Violence: A Union Representative's Guidebook (AFSCME, 1998). (Apêndice 1). Questionaram-se as seguintes informações: idade, gênero, tempo de formado, local de trabalho, função, especialidade médica com a qual trabalha no serviço, vínculo empregatício e tempo de trabalho e finalmente a ocorrência de violência moral, psicológica ou física para consigo, ou presenciada em seu local de trabalho. Outras questões relacionadas ao trabalho foram formuladas: segurança do local de trabalho, existência de treinamento dos

profissionais para enfrentamento da violência e políticas de prevenção e de atendimento das vítimas da violência no trabalho.

4.5. Análise dos dados

Os dados obtidos foram digitados no programa Epi-Info 6.04, e para a análise estatística, exportados para o programa Stata 9. Num primeiro momento foi realizada a descrição das características da população e das variáveis estudadas. Os resultados foram comparados e separados buscando destacar as características de cada categoria profissional ressaltando semelhanças entre as respostas. Após, foram confrontados com a bibliografia existente sobre o tema e levantadas hipóteses sobre os motivos dos dados serem diversos do verificado na literatura.

4.6. Aspectos éticos

Este trabalho faz parte de um estudo desenvolvido no interior do Estado do Amazonas e a operacionalização dos princípios do SUS coordenado pelo prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti Pires que teve sua aprovação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa- CONEP outorgado pelo Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos(CEPSH) da Pró-reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, processo 121/09 FR 259768 com certificado de número 122 em vinte e cinco de maio de 2009. Os entrevistados foram recrutados individualmente, através do contato com um dos pesquisadores em seus serviços. Todos os entrevistados participaram após registro formal no termo de consentimento livre e esclarecidos, em duas vias.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADORNO, S. **Violência e civilização**. In: TAVARES DOS SANTOS, J. V.; GUGLIANO, A. A. (Orgs.). *A sociologia para o século XXI*. Pelotas: EDUCAT, 1999. p.77-106.

ANTUNES et al. **Violência no local de trabalho no sector da saúde: estudos de caso portugueses**. 2002. http://www.ago.pt/attachments/060_vt_relatorio.pdf acessado em 15.09.10

BRASIL. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**.1009 Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acessado em 12.10.201

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência**. Rev. Saúde Pública, 34(4), p.427-430, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 737, de 16 de maio de 2001. **Dispõe sobre a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Diário Oficial da União, Brasília, 18 maio 2001. Seção 1e.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 936, de 19 de maio de 2004. **Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação e implementação de núcleos de prevenção à violência em Estados e Municípios**. Diário Oficial da União nº 96, Brasília, 20 maio 2004. Seção 1d.

_____, Ministério da Saúde. **Datasus: Banco de dados do Sistema Único de saúde**. Disponível www.datasus.gov.br. Acessado em 13.10.2010.

_____, Ministério do Planejamento. IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em : www.ibge.gov.br acessado em 13.09.2010 a.

CAMPOS, A.S. **Violência no trabalho em saúde: um tema para cooperação internacional em recursos humanos para a saúde**. R. Electr. De Com. Inf. Inov. Saúde. RJ. V.4, v.1, p.86-92, 2010

CALIFORNIA. Department of Industrial Relations. Division of Occupational Safety and Health. **Cal/OSHA Guidelines for Security and Safety of Health Care and Community Service Workers**. San Francisco, CA, Cal/OSHA, 10 Mar.1998. Disponível em: <http://www.dir.ca.gov/dosh/dosh_publications/hcworker.html>. Acesso em: 27 abr. 2009.

CARVALHO, Liliane Brandão; FREIRE, José Célio; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. **Alteridade radical: implicações para o cuidado em saúde**. Physis, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300017&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 21 abr. 2010.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Resolução CREMESP n.90 de 21 mar. 2000. **Normatiza preceitos das condições de saúde ocupacional dos médicos e dá outras providências**. Diário Oficial do Estado. São Paulo, 13 abr. 2000. Seção 1, n.71, p.62-3.

CONTRERA-MORENO, L.; COCCO, M. I. M. **Violência contra trabalhadores de enfermagem em Centros de Saúde no município de Campinas-SP: resultados preliminares**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.8, Suplemento 2, p.422, 2003. PT 933.

CONTRERA-MORENO, Luciana; CONTRERA-MORENO, Maria Inês. **Violência no trabalho em enfermagem: um novo risco ocupacional.** Rev. bras. enferm., Brasília, v. 57, n. 6, Dec. 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000600024&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Aug. 2010. doi:

DERRIDA, J. **A escritura e a diferença.** SP. Perspectiva, 1979

DESLANDES, S.F. **Violência no cotidiano dos serviços de emergência: representações, práticas, interações e desafios.** 216f. Tese (Doutorado em Ciências, Área de concentração em Saúde Pública). Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2000.

ERDMANN, A. **Violência no trabalho em saúde: o médico vítima de violência em Unidades Locais de Saúde, Policlínicas Regionais e Unidades de Pronto-Atendimento do município de Florianópolis-SC.** Dissertacao(Mestrado)-Programa de pos-graduacao em saúde coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

FREUD, S. **O mal estar na civilização. (1930[1929])**In Obras psicológicas completas de S. Freud, edição standart brasileira.V.XXI . RJ:Imago,1996

GOLDING, A. **Violence and public health.** Journal of the Royal Society of Medicine, London, v.89, p.501-505, Sept. 1996.

GOMES R. **A análise de dados em pesquisa qualitativa.** In: Deslantes et al. Pesquisa social teoria, métodos e criatividade. 23 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 67-80.

GOMES, Romeu et al . **A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde.** Ciênc. saúde coletiva, São Paulo, v. 7, n. 2, 2002 . Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 21 abr. 2010.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. S. **Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1992>. Acesso em 21.04.10

MALTA, D. C., LEMOS, M. S. A., SILVA, M. M. A. *et al.* **Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)**. *Epidemiol. Serv. Saúde*, mar. 2007, vol.16, no.1, p.45-55. ISSN 1679-4974.

MARIN, Isabel da S. K. **Violências**. SP: Escuta/FAPESP, 2002

MINAYO, M.C.S. **A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.10, p.7-18, 1994. Suplemento 1.

_____. *Ciência, Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social*. In: Deslantes et al. **Pesquisa social teoria, métodos e criatividade**. 23. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994b. p. 09-29.

_____. **Violência e saúde**. RJ, Fiocruz, 2006

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004b. 269p.

NATIONAL SECURITY INSTITUTE'S. **Guidelines for Workplace Prevention Programs for Health Care Workers in Institutional and Community Settings**. Medway, MA: National Security Institute's, 21 June 1995. Disponível em: <<http://nsi.org/library/work/violenc1.html>>. Acesso em: 21 abr. 2010.

OLIVEIRA, Denize Cristina de; FISCHER, Frida Marina; TEIXEIRA, Maria Cristina Triguero Veloz; AMARAL, Mariana Almeida do. **A escola e o trabalho entre adolescentes do ensino médio da cidade de São Paulo: uma análise de representações sociais.** *Psicologia: Teoria e Prática*, 5(1). p.27-39, 2003.

OLIVEIRA, Roberval Passos de, NUNES, Mônica de Oliveira. Violência relacionada ao trabalho: uma proposta conceitual. *Saude soc.*, São Paulo, v. 17, n. 4, dez. 2008 .

OLIVEIRA, Suenny Fonseca de; ALBUQUERQUE, Francisco José Batista de. **Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço.** *Psicol. Soc.*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, ago. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-acessos em 21 abr. 2010. doi: 10.1590/S0102-71822008000200011

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial Violência e Saúde.** Genebra: OMS; 2002. www.who.int/whr/2006 acessado em 22.abr.2010

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial Violência e Saúde.** Genebra: OMS; 2006. www.who.int/whr/2006 acessado em 22.abr.2010

OSH FOR EVERYONE. **Violence in the Workplace: Participant's Manual.** Toronto, CA, s.d. 16p. Disponível em: <http://www.oshforeveryone.org/wsib/files/ont_mhsao/work_violence.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2010.

PIRES, Rodrigo Moretti, **Projeto de pesquisa: Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas e a operacionalização dos princípios do SUS**, 2009

RACETTE, K. **Violence in the workplace.** Radiologic Technology, Baltimore, v.72, n.4, p.329-337, 2001.

REICH, R. B.; DEAR, J. A. **Guidelines for preventing workplace violence for health care and social service workers – Occupational Safety and Health Administration.** In: VandenBos G. R.; Bulatao E. Q. Violence on the Job: Identifying Risks and Developing Solutions. Washington, DC: American Psychological Association, 1996. Appendix B, p.399-415.

SANTOS JR., E. A.; DIAS, E. C. **Médicos vítimas da violência no trabalho em unidades de pronto atendimento.** Cad. saúde colet., Rio de Janeiro;13(3):705-722, jul.-set. 2005.

SEMCAD.Sistema de Educação Médica Continuada à Distância. 2006 Disponível em <http://www.semcad.com.br/programa.asp?prog=21>. Acessada em 22.11.2010

SIMONOWITZ, J. A. **Health care workers and workplace violence.** State of The Art Reviews – Occupational Medicine, Philadelphia, v.11, n.2, p.277-291, 1996.

WARSHAW, L. J.; MESSITE, J. **Workplace violence: preventive and interventive strategies.** Journal of Occupational and Environmental Medicine, Baltimore, v.38, n.10, p.993-1006, Oct. 1996.

ZALUAR, A.; LEAL, M. C. **Violência extra e intramuros.** Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v.16, n.45, p.145-164, fev. 2001.

PARTE II - ARTIGO CIENTÍFICO

**VIOLÊNCIA COM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA:
ESTUDO NO INTERIOR DA AMAZÔNIA BRASILEIRA**

VIOLÊNCIA COM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA: ESTUDO NO INTERIOR DA AMAZÔNIA BRASILEIRA

RESUMO

Estudo exploratório descritivo, tem como objetivo identificar episódios de violência com profissionais da Estratégia Saúde da Família de quatro municípios do interior da Amazonas e a percepção destes das condições de segurança e prevenção da violência no trabalho. Aplicado questionário semi-estruturado adaptado, utilizado no American Federation of State, County and Municipal Employees (AFSCME, 1998) Survey of Violence in the Workplace for Health Care Workers. Identificada idade, gênero, tempo de formado, local de trabalho, função, vínculo empregatício, tempo de trabalho e ocorrência de violência moral, psicológica ou física para consigo, ou presenciada em seu local de trabalho em relação aos últimos doze meses. Identificada 10,1% de violência sob forma de ameaças, 8,4% provocação, 4,8% intimidação e 5,7% assédio sexual. Todos foram perpetrados contra mulheres. Os profissionais não consideram seu local de trabalho seguro e 81,2% não foram treinados para reconhecer e agir frente a situações de violência.

Palavras-chave: Violência, profissionais da saúde, trabalho.

VIOLENCE WITH PROFESSIONALS THE BASIC ATTENTION: STUDY IN THE INTERIOR OF AMAZONAS

ABSTRACT

Explanatory descriptive research aiming identifying episodes of violence against professionals of the Family Health Strategy of four municipalities in the interior of Amazonas and their perception of the safety conditions and prevention of violence in the workplace. An adapted semi-structured simplified questionnaire was applied, used in the American Federation of State, County and Municipal Employees (AFSCME, 1998) Survey of Violence in the Workplace for Health Care

Workers. Characteristics such as age, gender, time since graduation, workplace, function, employment, working time, and the occurrence of moral, psychological or physical violence to oneself, or witnessed in the workplace over the last twelve months were raised. Regarding the results, it was identified a lack of professionals and the occurrence of 10,1% of violence in the form of threats, 8,4% provocation, 4,8% intimidation and 5,7% sexual harassment. All were perpetrated against women. Professionals do not consider their workplace safe and 81,2% were not trained to recognize and act in situations of violence.

Keywords: violence, health professionals, work.

VIOLENCIA COM PROFISSIONALES DE LA ATENCION BASICA: ESTUDIO EM EL INTERIOR DE LA AMAZONIA BRASILENA

RESUMEN

Investigacion exploratoria descriptiva, con el objetivo de identificar episodios de violencia con profesionales de la ``Estrategia de Salud de la Familia`` de cuatro municipios del interior del Amazonas y la percepci3n de estos de las condiciones de seguridad y prevencion de La violencia en el trabajo. Se aplic3 una adaptaci3n del cuestionario semi-estructurado adptado, utilizado en La American Federation of State, County and Municipal Employees (AFSCME, 1998) Suervey of Violence in the Workplace for Health Care Worers. Se ientific3 la edad, g3nero, tiempo de graduado, lugar de trabajo, funci3n, v3nculo laboral, tiempo de trabajo y acontecimiento de violencia moral, psicol3gica o f3sica contra 3l, o presenciada en un local de trabajo en los 3ltimos doce meses. Se identific3 10,1% de violencia sobre la forma de amenazas, 8,4% provocaci3n, 4,8% intimidaci3n y 5,7% acoso sexual. Todos fueron perpetuados contra mujeres. Los profesionales no consideran su local de trabajo seguro y 81,2% no fueron entrenados para reconocer y actuar frente a situaciones de violencia.

Palabras clave: violencia, profesionales de la salud, trabajo

INTRODUÇÃO

A violência é considerada como o *uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que possa resultar em, ou tenha alta probabilidade de resultar em morte, lesão, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou privação* (OMS, 2002). Neste contexto, insere-se a violência no trabalho, que pode ser definida como qualquer ação voluntária de um indivíduo ou grupo contra outro indivíduo ou grupo no ambiente de trabalho ou em seu entorno tendo como consequências algum tipo de dano físico ou psíquico relacionado ao risco à segurança e saúde do trabalhador. Nestas ações está incluída qualquer forma de privação, infração de direitos trabalhistas e previdenciários ou qualquer negligência em relação às condições de trabalho ou omissão de cuidados (Campos, 2010, Oliveira, 2008, Perimäki-Dietrich, 2002; OIT, 2002).

A violência contra profissionais de saúde pode acarretar consequências como ocorrência de absenteísmo, licenças, rotatividade ou mesmo a mudança de profissão devido a adoecimentos psíquicos como depressão, ocorrência de sintomas psicossomáticos, desânimo, além de alteração na forma de relacionamento entre colegas (Lacman, 2009; Tobin, 2001). Para as instituições, há elevação de custos, dificuldade de contratar e/ou manter os profissionais, destruição da propriedade e aumento de gastos com a saúde dos trabalhadores. Um estudo realizado em Portugal, ainda alerta para os riscos em relação ao sistema de saúde como um todo em função da desumanização e da perda da qualidade dos serviços com inevitáveis prejuízos à sociedade (Antunes et al, 2002).

A violência contra trabalhadores de enfermagem no Canadá (1994), EUA (1996) Suécia (2001) e Inglaterra (2001) comprovam que, entre os trabalhadores da saúde, estes são mais vulneráveis. O maior índice de violência foi verificado no Canadá com 80,2% dos profissionais. Na Suécia 29%, Inglaterra 71% e, na França índices de assédio moral de 9%. Nos EUA foram apurados elevados índices de assédio sexual, onde 71,9% dos enfermeiros relataram serem vítimas, sendo 53,4% por parte de pacientes e 25% por parte de colegas médicos (Contrera-Moreno, 2004).

No Brasil, em estudo realizado em hospitais de pronto atendimento de Belo Horizonte/MG verificou-se que 85,3% dos médicos foram vítimas de pelo menos um episódio de violência no ano

anterior ao pesquisado. Estes protagonizados, em sua maioria, por pacientes. Metade dos profissionais já pensou em solicitar transferência de local de trabalho ou mesmo em abandoná-lo em função destes episódios (Santos 2005). No Rio de Janeiro 70,4% dos trabalhadores das Unidades Locais de Saúde foram vítimas de algum tipo de violência, como agressões verbais (65,5%), *bullying* (20%), agressões físicas (7,3%), assédio sexual (3,6%) e o mesmo por discriminação racial (Palácios 2003). Índices semelhantes foram verificados em Belo Horizonte/MG com 68,9% de ocorrências contra os médicos (Campos e Dias, 2006).

A violência, em todas as suas manifestações, é um grave e importante problema que estamos enfrentando, deixando de ser um fato exclusivamente policial para ser um problema social que afeta a sociedade como um todo (Baierl & Almendra, 2002). A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) destaca que o setor saúde constitui a encruzilhada para onde confluem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social (OPAS, 1993).

Diante desta realidade há necessidade de conhecer e investigar situações de risco que os profissionais da saúde estão submetidos em diferentes regiões do país para implementar políticas públicas que atenda às diversidades locais. O presente artigo propõe-se a identificar episódios de violência com profissionais da Estratégia de Saúde da Família de quatro municípios do interior do Estado do Amazonas e a percepção dos trabalhadores quanto às condições de segurança e prevenção da violência no trabalho

METODO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem quantitativa que visa identificar a prevalência de violência entre profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família nos municípios de Coari, Parintins, Manacapuru e São Gabriel da Cachoeira do Estado do Amazonas. Esse é o segundo estado mais rico da Região Norte do Brasil e o mais extenso do país, respondendo por cerca de 1,8% da população do Brasil e uma densidade demográfica de 2,05 habitantes/km². Possui 62 municípios, dentre os quais apenas Parintins e Manaus possuem mais de 100 mil habitantes, sendo que este último responde por 53,9% da população amazonense (Brasil, 2011a).

Os quatro municípios incluídos no presente trabalho localizam-se no interior deste Estado, e foram escolhidos pelas peculiaridades em termos de logística para o acesso. *Coari* é distante 363 km da capital do estado, escolhida por se tratar do quarto município mais rico da Região Norte. Apresenta uma população de 75.909 habitantes, sendo 65,39% urbana e 34,61% rural. Seus indicadores sociais apontam para uma taxa de fecundidade de 6,74 filhos por mulher, 88,63% de alfabetização, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,627 e PIB percapita de R\$ 23.084,00. *Parintins* fez parte do estudo pela relevância entre os municípios interioranos e facilidade de acesso, mesmo distanciando-se 315 km de Manaus, em função do Festival Folclórico – considerado um dos principais patrimônios culturais da América Latina, atraindo turistas de todo o Brasil e do Mundo. A população estimada em 2009 era de 107.250 habitantes, com PIB 3.836,35 (Brasil, 2011a).

São Gabriel da Cachoeira foi incluído pela peculiaridade de ser o município com maior população indígena do país (96%). Localiza-se há 852 km da capital, em uma área de segurança nacional, dada a sua posição fronteiriça e estratégica no Sudeste Amazonense, com forte presença do exército em toda sua área. Tem uma população de 37.300 habitantes, IDH de 0,673 e PIB percapita de R\$ 4.607,00. Diferente dos municípios anteriores, cujo acesso a Manaus se dá exclusivamente por vias fluviais e aéreas. (Brasil, 2011a). *Manacapuru* possui deslocamento à capital por via terrestre, localizando-se a 84 km desta. Sua população é de 85.144 habitantes, com IDH de 0,663 e um PIB percapita de R\$ 4.366,44.

A população de referência deste estudo constituiu-se dos médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, técnicos e auxiliares de enfermagem e de saúde bucal, e agentes comunitários de saúde de todas as equipes de Saúde da Família de zona urbana dos quatro municípios, com mais de um ano de implantação. (Brasil, 2011a). O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário semi-estruturado adaptado do Survey of Violence in the Workplace for Health Care Workers (AFSCME, 1998). Também foram levantadas características sócio-demográficas e trabalhistas, tais como idade, gênero, tempo de formado, local de trabalho, função, vínculo empregatício, tempo de trabalho e ocorrência de violência moral, psicológica ou física para consigo, ou presenciada em seu local de trabalho em relação aos últimos doze meses.

O instrumento utilizado para a avaliação dos episódios de violência permitiu levantar informações sobre a prevalência de ofensas, gritos, xingamento, silêncio deliberado, postura agressiva, intimidação,

comportamento hostil, extorsão, assédio sexual, discriminação racial, provocação e perseguição (Chappell & Di Martino, 2006). Também inquiriu sobre a segurança do local de trabalho, a existência de treinamento dos profissionais para enfrentamento da violência e as políticas de prevenção e de atendimento das vítimas da violência, além da necessidade de afastamento do trabalho em função da violência sofrida.

Foram utilizados questionários auto-aplicáveis e anônimos, entregues pelos pesquisadores a todos os profissionais das Unidades de Saúde da Família, e instruídos a serem devolvidos no dia seguinte, depositando-os em urna lacrada, sem identificação, mesmo os que não desejaram participar da pesquisa. Os dados foram digitados em planilha de Excel por terceiros, havendo controle de qualidade através de nova digitação e comparação com o banco de dados original de 10% dos questionários, escolhidos aleatoriamente. Para a análise estatística, utilizou-se o pacote estatístico Stata SE 9.0. O questionário entregue em branco foi contabilizado anteriormente a digitação.

Foram entrevistados todos os profissionais da ESF que estavam em atividade no período janeiro/fevereiro de 2010 nas cidades participantes do estudo. O presente estudo faz parte do Projeto “Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas e a operacionalização dos princípios do SUS”, fomentado pelo CNPq através do Edital Universal 2009. Foram seguidos todos os procedimentos regulamentados na legislação brasileira sobre Pesquisa com Seres Humanos, sendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, processo 121/09 FR 259768.

RESULTADOS

Foram entrevistados 446 profissionais, 80 de nível superior (9 médicos, 29 dentistas e 42 enfermeiros) 60 de nível médio (34 técnicos de enfermagem, 22 técnicos de saúde bucal e 4 auxiliares de saúde bucal) e 306 agentes comunitários de saúde, de nível fundamental. Entre os profissionais de nível superior, os enfermeiros são maioria em três das quatro cidades que fizeram parte do estudo (Coari com 4,8%, Parintins 16,3% e Manacapuru 12%), enquanto em São Gabriel da Cachoeira a maioria é de dentistas (12%). Em Manacapuru os profissionais de nível médio são maioria, sendo os técnicos de enfermagem 12,7% destes. No município de São Gabriel da Cachoeira os auxiliares de saúde bucal são a maioria no total de 8,1%. Os agentes

comunitários de saúde estão em maior número quando comparados com os demais profissionais. Chama atenção o reduzido número de médicos na cidade de Coari e Manacapuru e a inexistência destes profissionais em Parintins e São Gabriel da Cachoeira (Tabela 1).

A maioria dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família das quatro cidades é do sexo feminino, com idade entre 19 e 39 anos, vínculo de trabalho celetista com ensino fundamental em função do elevado número de agentes comunitários de saúde. (Tabela 2)

A maior parte dos profissionais de nível superior possui até um ano de tempo de serviço sendo que destes 9 são médicos (Tabela 2). Dos dentistas 89,7% possuem até 5 anos de serviço e 92,9% enfermeiros também. Os técnicos em sua maioria atuam na função entre 6 e 10 anos. Dos agentes comunitários de saúde 29,4% possuem até um ano de serviço e 53,9% entre 1 e 5 anos.

Tabela 1. Número de profissionais da ESF de cidades do estado do Amazonas segundo grau de escolaridade, 2010.

| | <i>Coari</i> | <i>%</i> | <i>Parintins</i> | <i>%</i> | <i>Manacapuru</i> | <i>%</i> | <i>S.G.C.*</i> | <i>%</i> | <i>Total</i> | <i>%</i> |
|-----------------------|--------------|------------|------------------|------------|-------------------|------------|----------------|------------|--------------|------------|
| Nível superior | | | | | | | | | | |
| Enfermeiro | 6 | 4,8 | 8 | 16,3 | 18 | | 10 | 8,1 | 42 | 9,0 |
| Médico | 1 | 0,8 | - | - | 8 | | - | - | 9 | 2,0 |
| Dentista | 1 | 0,8 | 4 | 8,2 | 9 | | 15 | 12,2 | 29 | 6,5 |
| Nível médio | | | | | | | | | | |
| Tec.enfermagem | 8 | 6,5 | 2 | 4,1 | 19 | 12,7 | 5 | 4,1 | 34 | 7,6 |
| Aux.saúde bucal | 5 | 4,0 | 2 | 4,1 | 5 | 3,3 | 10 | 8,1 | 22 | 4,9 |
| Tec.saúde bucal | 1 | 0,8 | - | - | - | - | 3 | 2,4 | 4 | 0,9 |
| Nível fund. | | | | | | | | | | |
| ACS | 102 | 82,3 | 33 | 67,3 | 91 | 60,7 | 80 | 65,0 | 306 | 68,6 |
| Total | 124 | 100 | 49 | 100 | 150 | 100 | 123 | 100 | 446 | 100 |

*S.G.C-São Gabriel da Cachoeira

Tabela 2. Perfil sócio-econômico dos profissionais de cidades do estado do Amazonas, 2010.

| <i>Variáveis</i> | <i>n</i> | <i>%</i> |
|--|------------|--------------|
| Escolaridade | | |
| Superior | 80 | 18,0 |
| Técnico | 60 | 13,4 |
| Fundamental | 306 | 68,6 |
| Faixa etária (anos) | | |
| 19 - 29 | 230 | 51,6 |
| 30 - 39 | 176 | 39,5 |
| > 40 | 40 | 8,9 |
| Sexo | | |
| Feminino | 339 | 76,0 |
| Masculino | 107 | 24,0 |
| Vínculo empregatício | | |
| Concurado | 62 | 13,9 |
| Celetista | 351 | 78,7 |
| Prestador de serviço | 33 | 7,4 |
| Tempo de serviço (esc./tempo em anos) | | |
| Superior | | |
| Até 1 | 42 | 51,5 |
| 1 a 5 | 32 | 40,0 |
| 6 a 10a | 3 | 3,7 |
| >10 | 3 | 3,7 |
| Técnico | | |
| Até 1 | 16 | 26,7 |
| 1 a 5 | 16 | 26,7 |
| 6 a 10 | 25 | 41,7 |
| >10 | 3 | 5,0 |
| Fundamental | | |
| Até 1 | 110 | 35,9 |
| 1 a 5 | 165 | 53,9 |
| 6 a 10 | 29 | 9,5 |
| > 10 | 2 | 0,7 |
| Total | 446 | 100,0 |

Em relação aos episódios de violência que os profissionais da estratégia de saúde da família sofreram, foram relatadas ameaças, intimidação, assédio sexual e provocação sendo que 10,1% foram ameaçados exercendo suas atividades. É importante destacar que todas as ameaças foram contra mulheres, destas 18,7% são enfermeiras, médicas ou dentistas, 5,0% técnicas e 8,8% agentes comunitárias de saúde. Das ameaças sofridas 7,4% foram exercidas por colegas de trabalho e 6,3% por pacientes.

Os agentes comunitários de saúde foram os únicos profissionais que foram ameaçados tanto por colegas, pacientes e acompanhantes. (Tabela 3).

Tabela 3. Percentual de profissionais por nível de escolaridade que foram agredidos por algum tipo de ameaça segundo seu agressor em cidades do estado do Amazonas, 2010.

| Profissionais por nível de escolaridade | Não sofreram agressão | % | Agredidos Paciente | % | Agredidos Acompanhante | % | Agredidos Colega | % |
|---|-----------------------|-------------|--------------------|------------|------------------------|------------|------------------|------------|
| Nível Superior | 53 | 74,6 | 9 | 12,7 | - | - | 9 | 12,7 |
| Técnicos | 57 | 95,0 | 3 | 5,0 | - | - | - | - |
| Nível fund. (ACS) | 252 | 88,4 | 3 | 1,0 | 3 | 1,05 | 27 | 9,5 |
| Total | 362 | 86,0 | 15 | 6,3 | 3 | 0,3 | 36 | 7,4 |

Das violências sofridas pelos profissionais de nível superior o *assédio sexual* ocorreu em 11,2%, o que chama a atenção por terem sido somente com os dentistas e perpetrados por pacientes na cidade de São Gabriel da Cachoeira. A prevalência para intimidação foi de 7,5% e todas as ocorrências ocorreram com os enfermeiros sendo realizadas por colegas de trabalho. A *provocação* e *assédio sexual* foram às agressões apontadas respectivamente por 15,0% e 5,0% dos técnicos e todas foram praticadas por pacientes. Dos agentes comunitários de saúde 10,1% sofreram *provocação* e 6,9% *intimidação*, sendo que as agressões foram cometidas por colegas (7,3%) ou por pacientes (3,1%) sendo que 1,0% destes necessitaram se afastar do trabalho em virtude do episódio de violência relatado. Importante ressaltar, que entre os profissionais

consultados, os agentes comunitários de saúde foram os que apresentaram a menor prevalência de violência, mesmo sendo em maior número entre os consultados (Tabela 4)

Tabela 4. Proporção de profissionais agredidos segundo o tipo de agressão de cidades do estado de Amazonas, 2010.

| Profissão por nível de escolaridade | Não respondeu | % Intim. | % | % Intim. | % | Assédio sexual | % | Provoc. | % | Não sofreu agressão | % |
|--|----------------------|-----------------|-----------|-----------------|-----------|-----------------------|-----------|----------------|------------|----------------------------|----------|
| Superior | 6 | 7,5 | 6 | 7,5 | 9 | 11,2 | - | - | 59 | 73,7 | |
| Técnicos | - | - | - | - | 3 | 5,0 | 9 | 15,0 | 48 | 80,0 | |
| ACS | 6 | 2,0 | 21 | 6,9 | 3 | 1,0 | 31 | 10,1 | 245 | 80,1 | |
| Total | 12 | 3,1 | 27 | 4,8 | 15 | 5,7 | 40 | 8,4 | 352 | 78,0 | |

Quando consultados sobre a vulnerabilidade de seu ambiente de trabalho, 67,0% dos profissionais de nível superior, afirmaram que o acesso ao local de trabalho é restrito a pacientes, acompanhantes e pessoas autorizadas. No entanto, 56,3% destes não consideraram o ambiente seguro, afirmando que a segurança pode melhorar. Chama atenção quando 81,2% dos profissionais informaram não terem recebido treinamento direcionado a segurança no trabalho e dos que receberam somente 12,2% sentem-se preparados para responder adequadamente a situações de violência e 59,7% conhecem a possibilidade de suspender o trabalho quando se sentem ameaçados. Fatores considerados situacionais e circunstanciais como movimentação de pessoas sem autorização nos locais de trabalho dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família podem torná-los vulneráveis a violência. Sobre a existência de programas de suporte às vítimas de violência, 77,5% dos profissionais de nível superior o desconhecem. Para 92,5% dos profissionais não há informações sobre usuários em sua Unidade com história prévia de violência.

Para 60% dos profissionais técnicos, seu ambiente de trabalho tem acesso restrito a funcionários e pessoas autorizadas. No entanto, 70% não consideram seguro e 95% afirmaram que a condição de segurança de trabalho pode melhorar sendo que 73,3% não conhecem a

possibilidade de suspender seu trabalho quanto sua segurança for ameaçada. Desconhecem a existência de programa ou política de prevenção da violência em seu ambiente de trabalho, não têm informações sobre usuários da Unidade com história prévia de violência. Quando perguntado para estes profissionais sobre a existência de programa de suporte às vítimas de violência, 93,3% não souberam informar.

Os agentes comunitários de saúde são os profissionais que na estratégia de saúde da família desempenham o papel de articulador entre a sociedade e os profissionais da Estratégia Saúde da Família da unidade de saúde. Quando entrevistados sobre o treinamento para lidar com as situações de violência 22,1% deles afirmaram terem tido treinamento e destes 9,0% sentem preparados para lidar estas situações, 63,7% desconhecem a possibilidade de suspender o trabalho quando sente sua segurança ameaçada. Importante destacar que 80,1% desconhecem a existência de programa de suporte às vítimas de violência em sua Unidade de trabalho e 99,0% responderam que não há informações sobre usuários da Unidade com história prévia de violência.

Na necessidade de chamar a polícia caso tenha sua segurança ameaçada em seu local de trabalho 73,4% dos profissionais afirmaram ter permissão. A maioria dos profissionais, ou seja, 95,7% que fizeram parte do estudo, não pensaram em abandonar ou solicitar transferência em virtude de episódios de violência no trabalho, sendo que para, os de nível superior, este valor atingiu a totalidade.

DISCUSSÃO

Em Parintins e São Gabriel da Cachoeira não havia médicos disponíveis para atendimento e em Coari apenas um. O número elevado de agentes comunitários de saúde em relação aos demais profissionais. Parintins, a cidade mais populosa e cujos números atingem mais do que o dobro da população de São Gabriel da Cachoeira, por exemplo, é a que menos possui profissionais disponíveis. Não havia médico e apenas quatro cirurgiões dentistas.

Apenas 13,9 % dos profissionais são contratados por concursos públicos. Essa realidade justifica a rotatividade de profissionais onde a maior parte possui até cinco anos de atividade no serviço. Segundo Carvalho et al, (2010) a rotatividade inviabiliza a possibilidade de atingir a integralidade das ações da saúde.

Em relação à violência contra os profissionais, ressaltamos que nenhum relatou ter sido vítima de violência física, porém houve incidência de violência psicológica onde 10,1% foram ameaçados, 8,4 % sofreram provocação e 4,8% intimidação. Para Minayo (2006) a violência psicológica tem como propósito degradar ou controlar ações, as formas de agir e de tomar decisões por meio de manipulação, intimidação, ameaça, humilhação.

Caracterizada como um tipo de violência psicológica, a *ameaça* é uma forma de violência que, por não deixar marcas visíveis, nem sempre é fácil de detectar. Às vezes sutil, em geral é explicitada verbalmente. Suas marcas no psiquismo podem ser tão ou mais severas do que alguns tipos de violência física. A ansiedade frente à possibilidade de sofrer algum dano pode impedir que o profissional desempenhe suas tarefas de forma satisfatória (Brasil, 2001; Antunes, 2002).

Os outros tipos de violência psicológica verificados nos dados foram provocação e intimidação. Provocar, segundo Houaiss (2001) é “forçar (alguém) a responder a um desafio; desafiar; dizer desaforos a; insultar; fazer perder a calma; irritar, perturbar”. Intimidar, segundo o mesmo dicionário, é: “provocar ou sentir apreensão, receio ou temor; amedrontar (-se)”. Provocação e intimidação são relatadas em estudos como em disputas de poder, ou exercidas em categorias funcionais com diferentes hierarquias (Lacman, 2009). Compreendida como uma das formas de assédio moral no trabalho pode estar associada aos índices relatados por enfermeiros e agentes comunitários de saúde por colegas de trabalho com intuito de desafiar, amedrontar sustentado por relações assimétricas e desiguais.

Embora a população estudada seja em 76% do sexo feminino, chama atenção que os profissionais ameaçados e que sofreram violência são mulheres. Estudo realizado por Oliveira e D’Oliveira (2008) sobre a violência contra os trabalhadores de enfermagem em São Paulo, afirma que as profissionais da saúde do sexo feminino sofrem ameaças em número superior a população em geral. A maior parte é perpetrada por homens colegas de trabalho em 39,7% e por chefia em 23,5%. O mesmo estudo revela que maioria delas não denunciou com medo de represálias.

Além da ameaça, o tipo de violência relatado por mulheres em todas as categorias profissionais foi assédio sexual provocado por pacientes. O Assédio sexual é conceituado como qualquer ato que provoque constrangimento por palavras, gestos ou com emprego de violência prevalecendo-se de relação de confiança, empregatícia ou de autoridade com intento de obter vantagem sexual (Diniz,1998). O fato

de ter sido perpetrado por pacientes parece estar vinculado à cultura de dominação masculina. Segundo Lopes et al, (2001) Nas relações de trabalho, ainda existe certa ideologia arcaica de que mulheres não podem ocupar certas posições e cargos, e quando isso ocorre, os homens se acham investidos de exercerem o poder de constranger e dissuadir a permanência destas em seus postos.

O trabalho dos profissionais da ESF é baseado no vínculo de proximidade com os usuários do serviço e comunidade onde está inserido. Cria-se, desta forma, ambiente propício para que o profissional se aprofunde e se insira na problemática e condição de saúde da população de forma integral. Por outro lado, esta ação tende a gerar aproximações de risco, tornando estes profissionais vulneráveis à violência (Pires, 2009). Apesar de estudos (Brasil, 2004; Lopes et al, 2001; Reich & Dear,1996; AFSCME,1994) afirmarem que os profissionais da saúde se encontram entre as categorias de alto risco em vulnerabilidade em situações de violência os dados coletados nas quatro cidades do Amazonas não confirmam os altos índices registrados em outras regiões.

Podemos considerar estes resultados como um fato positivo e que os profissionais destas cidades trabalham em ambiente pouco violento ou questionar o que seria considerado violência para os profissionais consultados no estudo. Marilena Chaui (1998) afirma que em nosso país muitas ações violentas são naturalizadas. As relações entre os indivíduos em nossa sociedade possuem caracterizações de poder tão enraizadas que nem sempre são percebidas pelo agressor nem pela vítima. A submissão ocorre com naturalidade, ações violentas são percebidas como adequadas e, de alguma forma, esperadas.

Também para Bordieu (2003), nossa sociedade desigual, possibilita que certos atos violentos se instituem, pois quem se submete, não dispõe de instrumentos para pensar sobre a violência e sobre si mesmo. Muitas vezes suave, insensível, invisível, a violência é exercida por vias simbólicas da comunicação. Há estabelecimento desta forma de relação social impregnada pelo estilo de vida onde o que está estabelecido não é pensado, questionado, apenas cumprido.

O estudo sobre as repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família Lancman et al (2009) conclui que os trabalhadores desenvolvem estratégias para se proteger e diminuir a situação de vulnerabilidade. Neste estudo as autoras afirmam que o convívio direto com os usuários provoca impacto sobre os trabalhadores em função da precariedade de situação de vida, por se sentirem acuados ao presenciar situações de violência e desprotegidos

por estar na casa dos usuários ou em locais externos a Unidade de Saúde. Assim que, principalmente os agentes comunitários de saúde, estabeleceriam estratégias de defesa individuais ou coletivas permitindo administrarem situações de risco a partir de redes de proteção e solidariedade na comunidade visando à diminuição da vulnerabilidade.

Em estudo sobre a violência psicológica na prática profissional da enfermeira Barbosa et al (2011) ressaltada a importância de dar visibilidade deste tipo de violência com o propósito de denunciar abusos de poder, discriminação e evitar a banalização da injustiça, pois as investigações mostram que abusos verbais, intimidações e assédio moral são mais frequentes do que agressões físicas.

Outro fator relevante observado nos dados do estudo foi constatar que a maior parte dos profissionais vítimas de violência não se afastou do trabalho. A baixa incidência de índices de violência relatados pelos profissionais pesquisados em relação à bibliografia existente poderia inferir que a percepção de ambiente de trabalho fosse seguro. Porém, este não foi o constatado. A maior parte deles não considera seus locais de trabalho seguro e 60% afirmam que as condições de segurança podem melhorar.

Esta sensação de insegurança, mais do que a realidade vivenciada, pode estar vinculada a fatores externos, como a localização em que estão inseridos os locais de trabalho, ou ainda da cidade como um todo em função do aumento da violência e divulgação da mesma no país nos últimos anos (Brasil, 2004).

Entre os projetos propostos pelo Ministério da Saúde Brasil (2001) para a promoção de saúde e cuidado com o trabalhador, há indicação de estratégias preventivas através de ações e planejamento com vistas a proporcionar melhor qualidade de vida. Dentre as ações estão os estudos para detectar riscos com intuito de prevení-los. Entre eles está o treinamento para detectar e lidar com situações de violência (SEMCAD, 2006).

Foi constatado que maior parte dos trabalhadores não se submeteu a algum programa ou política de prevenção a violência como evidencia o índice elevado de 92,5% dos profissionais de nível superior. Constatou-se, inclusive que não receberam instruções para seu cuidado próprio, além de não estarem treinados para detectar e auxiliar na construção de redes de proteção dos usuários (Lopes & Paixão, 2007). Esta situação se agrava quando todos profissionais técnicos submetidos ao treinamento não se consideram preparados para lidar com situações de violência e apenas 9% dos agentes comunitários de saúde que o realizaram sentem-se aptos.

O treinamento preconizado pelo Ministério da Saúde Brasil (2004) para atender as políticas de prevenção e denúncia de violência não se efetiva em sua totalidade na população pesquisada. A alta rotatividade de algumas categorias e a forma de contrato trabalhista pode ser um dos motivos. Tão ou mais grave que o dado da não ocorrência de treinamento é o índice de insatisfação quanto ao auxílio do mesmo para o enfrentamento de situações violentas. Assim, quando ele se verifica, não corresponde às expectativas nem proporciona aumento de capacidade de encaminhar de forma satisfatória para a maior parte dos trabalhadores (Brasil, 2004). Em sua maioria, os profissionais consultados não possuem conhecimento de seus direitos trabalhistas. Desconhecem que podem se afastar do trabalho quando se sentirem ameaçados e exigir ambiente seguro para realização de suas atividades.

A discussão e preocupação da comunidade científica sobre a violência propiciaram ações de governo de incentivo a estudos sobre o tema. A portaria n.737/GM, de 16 de maio de 2001 estabeleceu diretrizes para promoção de saúde e prevenção de agravos externos (Brasil, 2001). A portaria 936 de 18 de maio de 2004 criou normas de estruturação de uma Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção de Saúde cujas atribuições são de identificar e apoiar estudos, pesquisas e ações acadêmicas, além de qualificar a gestão do Sistema Único de Saúde para o trabalho de prevenção de violência e promoção de saúde (Brasil, 2004). Estas portarias ressaltam a importância do trabalho de prevenção da violência, em auxiliar os profissionais da saúde em sua capacidade em detectar e registrar os eventos a fim de melhorar os serviços junto a população em risco.

O desconhecimento dos procedimentos obrigatórios deve contribuir para a baixa incidência de violência. O agravante constatado é que o tema violência não é discutido nem alertado para que os profissionais o considerem como dado relevante de saúde em relação à população atendida e aos colegas de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população consultada, em sua maioria, era do sexo feminino. Importante salientar que todas as ocorrências de violências relatadas foram de queixas de mulheres perpetrados por pacientes, acompanhantes e principalmente por colegas de trabalho. As ameaças, intimidação e provocação como violências psicológicas, podem estar associadas a disputas de poder e/ou assédio moral.

O assédio sexual foi evidenciado em todas as categorias profissionais e incitado por pacientes, o que possibilita a hipótese de aspectos culturais de lugar de submissão e objeto sexual atribuídos às mulheres.

A política de prevenção à violência é insuficiente o que, provavelmente, pode estar interferindo nos índices de percepção de ocorrência de violência. Os profissionais em sua maioria não foram treinados e os que o foram não se consideram aptos a responder de forma satisfatória a atos violentos. A maior parte dos profissionais considera que o ambiente de trabalho pode melhorar em relação à segurança.

O programa de assistência à vítima em sua unidade é desconhecido pela maioria da população consultada, o que caracteriza a invisibilidade da violência. Foram reveladas falhas na política de prevenção e na capacitação para detectar, registrar, defender-se e prevenir a violência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AMERICAN FEDERATION OF STATE, COUNTY AND MUNICIPAL EMPLOYEES. **AFSCME Survey of violence in the workplace for healthcare workers** (Appendix D). In: _____. Preventing workplace violence. Washington, DC, AFSCME, 1998. Disponível em: <<http://www.afscme.org/health/violad.htm>>. Acesso em: 9 jan. 2009.

ANTUNES et al. **Violência no local de trabalho no sector da saúde: estudos de caso portugueses**. 2002. http://www.ago.pt/attachments/060_vt_relatorio.pdf acessado em 15.09.10

BARBOSA, Rute et al. **Violência psicológica na prática profissional da enfermeira**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 45, n. 1, Mar. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100004&lng=en&nrm=iso>. access on 26 July 2011.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência**. Rev. Saúde Pública, 34(4), p.427-430, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. **Dep da atenção básica. Área técnica de saúde do trabalhador**. Programa de saúde da família:5 Cadernos de atenção básica. Brasília, Min da saúde, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 737, de 16 de maio de 2001. **Dispõe sobre a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Diário Oficial da União, Brasília, 18 maio 2001b. Seção 1e.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 936, de 19 de maio de 2004. **Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação e implementação de núcleos de prevenção à violência em Estados e Municípios.** Diário Oficial da União nº 96, Brasília, 20 maio 2004. Seção 1d.

_____.Ministério da Saúde, cadastro CNES www.cnes.datasus.gov.br acesso em 03 agosto de 2011

_____, Ministério do Planejametos.IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em : www.ibge.gov.br acessado em 13.09.2011 a

CAMPOS,A.S. **Violência no trabalho em saúde: um tema para cooperação internacional em recursos humanos para a saúde.** R. Electr. De Com. Inf. Inov. Saúde. RJ. V.4, v.1,p.86-92,2010

Carvalho ET AL. **A percepção dos profissionais de saúde sobre o processo de trabalho do agente comunitário de saúde.** In: Buchele, F e Coelho, E. A formação em saúde da família, Florianopolis: UFSC, 2010.

CHAPPELL, D.; DI MARTINO, V. **Violence at the work.** International Labour Office, Geneva: 2006.

CHAUI, M. **Ética e violência: Teoria e debate**,SP,v.11,n.39, p.32-41, 1998.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Resolução CREMESP n.90 de 21 mar. 2000. **Normatiza preceitos das condições de saúde ocupacional dos médicos e dá outras providências.** Diário Oficial do Estado. São Paulo, 13 abr. 2000. Seção 1, n.71, p.62-3.

CONTRERA, L.; COCCO, M. I. M. **Violência contra trabalhadores de enfermagem em Centros de Saúde no município de Campinas-SP: resultados preliminares.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, Suplemento 2, p.422, 2003. PT 933.

CONTRERA-MORENO, Luciana; CONTRERA-MORENO, Maria Inês. **Violência no trabalho em enfermagem: um novo risco ocupacional.** *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 57, n. 6, Dec. 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000600024&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Aug. 2010. doi:

DESLANDES, S.F. **Violência no cotidiano dos serviços de emergência: representações, práticas, interações e desafios.** 216f. Tese (Doutorado em Ciências, Área de concentração em Saúde Pública). Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2000.

DINIZ, Maria Helena. **Dicionário Jurídico.** V. 1, São Paulo: Saraiva, 1998, p. 285.

Houaiss, A. & Villar, M. **Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa.**RJ:Objetiva, 2001

LANCMAN, S; GHIRARDI, M; CASTRO, E; TUACEK, T. **Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família.** *Rev. Saúde Pública* vol.43 no.4 São Paulo, 2009

LOPES, Adriano Almeida; PONTES, Ana Flávia Richard; OLIVEIRA JÚNIOR, Iandy Medeiros de. Et. Al. **Assédio Sexual nas Relações do Trabalho.** Brasília: Consulex, 2001,

Lopes, Maria Julia & Paixão, Dilmar V. (org) **Saúde da família: histórias, práticas e caminhos.** Porto Alegre:Ed UFRGS, 2007.

MINAYO, M.C.S. **Violência e saúde**. RJ, Fiocruz, 2006

OLIVEIRA, A.R. & D'OLIVEIRA, A.F.P. **Violência de gênero contra trabalhadoras de enfermagem em hospital geral de São Paulo (SP)** Rev Saúde Pública 2008; 42(5): 868-76

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial Violência e Saúde**. Genebra: OMS; 2002.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, INTERNACIONAL DE SERVICIOS PUBLICOS. **Directrices Marco para Afrontar la Violencia Laboral en el Sector de la Salud**. Ginebra, OIT/CIE/OMS/ISP Programa Conjunto sobre la Violencia Laboral en el Sector de la Salud, 2002. 37p. Disponível em: <<http://www.icn.ch/SEWViolenceguidelineSP.pdf>>. Acesso em 23 fev. 2011).

OSH FOR EVERYONE. **Violence in the Workplace: Participant's Manual**. Toronto, CA, s.d. 16p. Disponível em: <http://www.oshforeveryone.org/wsib/files/ont_mhsao/work_violence.pdf>. Acesso em: 2o abr. 2010.

PERIMÄKI-DIETRICH, R. **Violence at the workplace**. European Health and Safety, TUTB Newsletter, Special Issue n.19-20, September 2002. p.18-19. Disponível em: <<http://hesa.etui-rehs.org/uk/newsletter/files/2002-19p18-19.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2010.

PIRES, Rodrigo Moretti, **Projeto de pesquisa: Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas e a operacionalização dos princípios do SUS**, 2009

REICH, R. B.; DEAR, J. A. **Guidelines for preventing workplace violence for health care and social service workers – Occupational Safety and Health Administration.** In: VandenBos G. R.; Bulatao E. Q. *Violence on the Job: Identifying Risks and Developing Solutions.* Washington, DC: American Psychological Association, 1996. Appendix B, p.399-415.

SANTOS JR., E. A.; DIAS, E. C. **Médicos vítimas da violência no trabalho em unidades de pronto atendimento.** *Cad. saúde colet.* Rio de Janeiro;13(3):705-722, jul.-set. 2005.

SEMCAD. **Sistema de Educação Médica Continuada à Distância.** 2006 Disponível em <http://www.semcad.com.br/programa.asp?prog=21>. Acessada em 22.11.2010

PARTE III

APÊNDICES

APÊNDICE 1



Solicitamos sua colaboração no preenchimento deste questionário, que é parte de um estudo sobre **a Estratégia de Saúde da Família no Estado do Amazonas**, no momento sendo realizado em todas as equipes deste município, e em outros três municípios do interior. Suas respostas são confidenciais e serão utilizadas exclusivamente para os fins previstos no Protocolo de Pesquisa. **Não se identifique, por gentileza.**

e

| | | |
|---|---|--|
| 1) Especifique sua profissão | (1) Enfermeiro (3) Agente Comunitário de Saúde (5) Técnico de Enfermagem (7) THD | (2) Médico (4) Cirurgião Dentista (6) ACD (8) Outra _____ |
| 2) Sexo | (1) Feminino | (2) Masculino |
| 3) Idade | ____ ____ anos | |
| 4) Grau de Escolaridade (completo): | | |
| (1) ensino fundamental (2) ensino médio (3) ensino superior (4) especialização (5) mestrado (6) doutorado | | |
| 5) Tempo de trabalho neste serviço (em anos): | | |
| (1) Menos de 1 ano (2) Entre 1 e 5 anos (3) Entre 6 e 10 anos (4) Mais de 10 anos | | |
| 6) Qual o seu vínculo empregatício <i>(marque com um X uma ou mais opções)</i> | (1) Concursado - Há quanto Tempo _____ (2) Celetista - Há quanto Tempo _____ (3) Prestador de serviços - Há quanto Tempo _____ (4) Outra forma de ingresso - Qual _____ Há quanto Tempo _____ | |
| 36) O acesso aos locais onde você exerce suas atividades (consultórios, salas de observação, sala de emergência etc.) é restrito a pacientes, acompanhantes e pessoas autorizadas? | | |
| (1) Sim (0) Não (99) Não sei informar | | |
| 37) Você considera seguros os locais onde você exerce suas atividades? | | |
| (1) Sim (0) Não (99) Não sei informar | | |

| |
|--|
| <p>38) Você acha que as condições de segurança do seu local de trabalho podem melhorar?</p> <p>(1) Sim (0) Não (99) Não sei informar</p> |
| <p>39) O seu gerente/empregador já ofereceu a você algum treinamento sobre como lidar com situações potencialmente violentas no trabalho?</p> <p>(1) Sim (0) Não (Salte para a questão 41)</p> |
| <p>40) O treinamento o deixou preparado para lidar com situações que possam ocorrer no seu trabalho?</p> <p>(1) Sim (0) Não</p> |
| <p>41) Existe um programa ou política de prevenção da violência no trabalho no seu local de trabalho?</p> <p>(1) Sim (0) Não (99) Não sei informar</p> |
| <p>42) Existe um programa de suporte às vítimas de violência no trabalho no seu local de trabalho?</p> <p>(1) Sim (0) Não (99) Não sei informar</p> |
| <p>43) Seu gerente/empregador mantém informações sobre usuários da Unidade com história prévia de violência?</p> <p>(1) Sim (0) Não (99) Não sei informar</p> |
| <p>44) Seu gerente/empregador permite que você suspenda o trabalho quando você sente sua segurança ameaçada?</p> <p>(1) Sim (0) Não (99) Não sei informar</p> |
| <p>45) Seu gerente/empregador permite que você acione a polícia quando você sente sua segurança ameaçada?</p> <p>(1) Sim (0) Não (99) Não sei informar</p> |
| <p>46) Nos últimos 12 meses você foi ameaçado exercendo atividades profissionais?</p> <p>(1) Sim (0) Não (Salte para a questão 51)</p> |
| <p>47) A(s) ameaça(s) foi(ram) feita(s) por: (marque com um X uma ou mais opções)</p> <p>(1) Paciente (2) Acompanhante</p> <p>(3) Assaltante/ladrão (4) Colega de trabalho</p> <p>(5) Pessoa com a qual mantenha algum relacionamento que não seja o profissional (cônjuge, amante, irmão, colega etc.)</p> |
| <p>48) Especifique que “tipo(s)” de ameaça(s) você foi vítima (marque com um X uma ou mais opções):</p> <p>(1) Ameaça de machucar, ferir ou matar você</p> <p>(2) Ameaça de dano de algum bem de sua propriedade (carro etc.)</p> <p>(3) Ameaça de machucar, ferir ou matar um familiar seu</p> <p>(4) Outro tipo de ameaça</p> |

| | |
|---|--|
| <p>49) A(s) ameaça(s) resultou(aram) em (marque com um X uma ou mais opções):</p> <p>(1) Trauma psicológico (2) Necessidade de mudança de comportamento no local de trabalho (3) Não houve nenhuma consequência importante</p> | |
| <p>50) Se Sim, você teve que se afastar do trabalho em virtude de ter sido vítima de ameaça(s)?</p> <p>(1) Sim (0) Não</p> | |
| <p>51) Nos últimos 12 meses você foi vítima de agressão(ões) física(s) exercendo atividades no seu local de trabalho?</p> <p>(1) Sim (0) Não (Salte para a questão 56)</p> | |
| <p>52) A(s) agressão(ões) foi(ram) praticada(s) por (marque com um X uma ou mais opções):</p> <p>(1) Paciente (2) Acompanhante (3) Assaltante/ladrão (4) Colega de trabalho (5) Pessoa com a qual mantenha algum relacionamento que não seja o profissional (cônjuge, amante, irmão, colega etc.)</p> | |
| <p>53) Especifique que “tipo(s)” de agressão(ões) física(s) você foi vítima (marque com um X uma ou mais opções):</p> <p>(1) Agarramento (2) Empurrão (3) Tapa (4) Soco/murro (5) Chute (6) Agressão por arma de fogo (7) Agressão por arma branca (8) Agressão por outro objeto (9) Outro tipo de agressão</p> | |
| <p>54) A(s) agressão(ões) física(s) resultou(aram) em (marque com um X uma ou mais opções)?</p> <p>(1) Contusão (2) Corte (3) Fratura (4) Trauma psicológico (5) Outro tipo de lesão (0) Não houve lesão</p> | |
| <p>55) Você teve que se afastar do trabalho em virtude de ter sido vítima de agressão(ões)?</p> <p>(1) Sim (0) Não</p> | |
| <p>56) Nos últimos 12 meses você foi vítima de algum desses outros tipos de violência no trabalho (marque com um X uma ou mais opções)?</p> | <p>(1) Ofensa (8) Extorsão (2) Gritos (9) Assédio sexual (3) Silêncio deliberado (10) Discriminação racial (4) Xingamento (11) Provocação (5) Intimidação (12) Perseguição (6) Postura agressiva (0) Não fui vítima de nenhum desses tipos de violência (7) Comportamento hostil</p> <p>(Salte para a questão 59)</p> |

| |
|--|
| <p>57) Ele(s) foi(ram) praticado(s) por (marque com um X uma ou mais opções):</p> <p>(1) Paciente (2) Acompanhante</p> <p>(3) Assaltante/ladrão (4) Colega de trabalho</p> <p>(5) Pessoa com a qual mantenha algum relacionamento que não seja o profissional (cônjuge, amante, irmão, colega etc.)</p> |
| <p>58) Você teve que se afastar do trabalho em virtude desse(s) episódio(s)?</p> <p>(1) Sim (0) Não</p> |
| <p>59) Nos últimos 12 meses você foi vítima de violência indo ou voltando do seu trabalho?</p> <p>(1) Sim (0) Não (Salte para a questão 61)</p> |
| <p>60) Se você foi vítima de violência indo ou voltando do seu trabalho, você teve que se afastar do trabalho em virtude desse(s) episódio(s)?</p> <p>(1) Sim (0) Não</p> |
| <p>61) Nos últimos 12 meses, se você foi vítima de algum episódio de violência indo ou voltando do seu trabalho, você notificou o(s) episódio(s) ao seu gerente/empregador?</p> <p>(1) Sim, notifiquei algum(ns) (2) Sim, notifiquei todos</p> <p>(3) Não notifiquei nenhum (4) Não fui vítima de violência no trabalho</p> |
| <p>62) Nos últimos 12 meses, se você foi vítima de algum episódio de violência o local de trabalho, ou indo ou voltando do seu trabalho, foi preenchida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)?</p> <p>(1) Sim, alguma(s) vez(es) (2) Sim, todas as vezes</p> <p>(3) Nenhuma vez (4) Não fui vítima de violência no trabalho</p> |
| <p>63) Nos últimos 12 meses, se você foi vítima de algum episódio de violência o local de trabalho, ou indo ou voltando do seu trabalho, você notificou o(s) episódio(s) à polícia?</p> <p>(1) Sim, notifiquei algum(ns) (2) Sim, notifiquei todos</p> <p>(3) Não notifiquei nenhum (4) Não fui vítima de violência no trabalho</p> |
| <p>64) Em uma escala de 1 a 10, quanto você está preocupado com a sua segurança no seu trabalho (marque com um X)?</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)</p> |
| <p>65) Em uma escala de 1 a 10, quanto você está preparado para lidar com situações de violência no trabalho (marque com um X)?</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)</p> |
| <p>66) Em uma escala de 1 a 10, quanto o seu empregador está comprometido com a prevenção da violência no trabalho (marque com um X)?</p> <p>(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)</p> |
| <p>67) Você já pensou em abandonar o emprego ou solicitar transferência em virtude de episódios de violência no trabalho que você esteve envolvido, testemunhou ou tomou conhecimento?</p> <p>(1) Sim (0) Não</p> |

APÊNDICE 2

NORMAS PUBLICAÇÃO DA REVISTA INTERFACE- COMUNICAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO.

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

PROJETO E POLÍTICA EDITORIAL

INTERFACE — **Comunicação, Saúde, Educação** publica artigos analíticos e/ou ensaísticos, resenhas críticas e notas de pesquisa (textos inéditos); edita debates e entrevistas; e veicula resumos de dissertações e teses e notas sobre eventos e assuntos de interesse. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo. **Toda submissão de manuscrito à Interface está condicionada ao atendimento às normas descritas abaixo.**

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITO

SEÇÕES

Dossiê - textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais (até sete mil palavras).

Artigos - textos analíticos ou de revisão resultantes de pesquisas originais teóricas ou de campo referentes a temas de interesse para a revista (até sete mil palavras).

Debates - conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista, cabendo aos editores a edição final dos textos. (Texto de abertura: até seis mil palavras; textos dos debatedores: até mil palavras; réplica: até mil palavras.).

Espaço aberto - notas preliminares de pesquisa, textos que problematizam temas polêmicos e/ou atuais, relatos de experiência ou

informações relevantes veiculadas em meio eletrônico (até cinco mil palavras).

Entrevistas - depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até sete mil palavras).

Livros - publicações lançadas no Brasil ou exterior, sob a forma de resenhas críticas, comentários, ou colagem organizada com fragmentos do livro (até três mil palavras).

Teses - descrição sucinta de dissertações de mestrado, teses de doutorado e/ou de livre-docência; título, palavras-chave e resumo (até quinhentas palavras) em português, inglês e espanhol. Informar o endereço de acesso ao texto completo, se disponível na internet.

Criação - textos de reflexão com maior liberdade formal, com ênfase em linguagem iconográfica, poética, literária etc. Informes - notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores (até duas mil palavras).

Cartas - comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

Nota: na contagem de palavras do texto, excluem-se título, resumo e palavras-chave.

ENVIO DOS MANUSCRITOS

SUBMISSÃO DE ORIGINAIS

Interface - Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos serão submetidos à avaliação. Não serão aceitas para submissão traduções de textos publicados em outra língua.

Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de resumo e palavras-chave alusivas à temática (com exceção das seções Livros, Criação, Notas breves e Cartas).

Nota: nos manuscritos que incluem ilustrações (imagens, figuras, desenhos, tabelas, gráficos), deve ser inserida, como documento suplementar, uma cópia do manuscrito, na versão PDF, **com todas as ilustrações incluídas devidamente localizadas no corpo do texto.** A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título é limitada a oito. Acima deste número serão listados no rodapé da página. Também em nota de rodapé, na folha de rosto, o (s) autor (es) deve (m) explicitar se o texto é inédito, se foi financiado, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se há conflitos de interesse e, em caso de pesquisa com seres humanos, se foi aprovada por Comitê de Ética da área, **indicando o número do processo e a instituição.**

Em texto com dois autores ou mais também devem ser especificadas, em nota de rodapé, as responsabilidades individuais de todos os autores na preparação do mesmo, de acordo com um dos modelos: **Modelo 1:** "Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito."

Modelo 2: "Autor X responsabilizou-se por...; Autor Y responsabilizou-se por...; Author Z responsabilizou-se por..., etc."

Da folha de rosto também devem constar, obrigatoriamente, as respostas às seguintes perguntas:

1 No que seu texto acrescenta em relação ao já publicado na literatura nacional e internacional.

2 Caso o seu manuscrito se utilize de dados, que no todo ou em parte subsidiaram outras publicações de artigos e/ou capítulos de livros, liste tais publicações e informe no que o presente texto difere das demais.

3 A seu critério, indique dois ou três avaliadores (do país ou exterior) que possam atuar no julgamento de seu trabalho. Caso julgue necessário informe sobre pesquisadores com os quais possa haver conflitos de interesse com seu artigo.

Da primeira página devem constar (em português, espanhol e inglês): título, resumo (até 150 palavras) e no máximo cinco palavras-chave.

Nota: na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave.

Notas de rodapé - numeradas, sucintas, usadas somente quando necessário.

CITAÇÕES NO TEXTO

No texto, as citações devem subordinar-se à forma - **Autor, ano, página**, em caixa baixa (apenas a primeira letra do sobrenome do autor

em caixa alta) conforme o exemplo: "...e criar as condições para a construção de conhecimentos de forma colaborativa (Kenski, 2001, p. 31).

Casos específicos:

a Citações literais de **até três linhas**: entre aspas, **sem destaque em itálico** e, em seguida, entre parênteses (Sobrenome do autor, data, p.xx, **sem espaço entre o ponto e o número**). Ponto final depois dos parênteses.

b Citações literais de **mais de três linhas**: em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com **4 cm** de recuo à esquerda, em **espaço simples, fonte menor** que a utilizada no texto, **sem** aspas, **sem itálico**, terminando na margem direita do texto. Em seguida, entre parênteses: (Sobrenome do autor, data, página).

Nota: em citações, os parênteses só aparecem para indicar a autoria. Para indicar fragmento de citação utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...]. (Fulano, Sicrano, 2008, p.56).

c Vários autores citados em sequência: **do mais recente para o mais antigo**, separados por ponto e vírgula: (Pedra, 1997; Torres, 1995; Saviani, 1994).

d Textos com dois autores: Almeida e Binder, 2004 (no corpo do texto); Almeida, Binder, 2004 (dentro dos parênteses).

e Textos com três autores: Levanthal, Singer e Jones (no corpo do texto); Levanthal, Singer, Jones (dentro dos parênteses).

f Textos com mais de três autores: Guérin et al., 2004 (dentro e fora dos parênteses).

g Documentos do mesmo autor publicados no mesmo ano: acrescentar letras minúsculas, em ordem alfabética, após a data e sem espaçamento (Campos, 1987a, 1987b).

REFERÊNCIAS

Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem alfabética, seguindo normas adaptadas da ABNT (NBR 6023/2002). Exemplos:

LIVROS: FREIRE, P. **Pedagogia da indignação**: cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Ed. Unesp, 2000.

* Título sempre destacado em **negrito**; sub-título, não

**Sem indicação do número de páginas.

***A segunda e demais referências de um mesmo autor (ou autores) devem ser substituídas por um traço sublinear (seis espaços) e ponto,

sempre da mais recente para a mais antiga. Se mudar de página, é preciso repetir o nome do autor. Se for o mesmo autor, mas com colaboradores, **não vale o travessão**. Ex: Freire, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 27.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003. (Coleção Leitura).

_____. **Extensão ou comunicação?** 10.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

**** Dois ou três autores, separar com ponto e vírgula; mais de três autores, indicar o primeiro autor, acrescentando-se a expressão et al. Ex.:

CUNHA, M.I.; LEITE, D.B.C. **Decisões pedagógicas e estruturas de poder na Universidade**. Campinas: Papyrus, 1996. (Magistério: Formação e Trabalho Pedagógico).

FREIRE, M. et al. (Orgs.). **Avaliação e planejamento**: a prática educativa em questão. Instrumentos metodológicos II. São Paulo: Espaço Pedagógico, 1997. (Seminários)

CAPÍTULO DE LIVRO:

QUÉAU, P. O tempo do virtual. In: PARENTE, A. (Org.). **Imagem máquina**: a era das tecnologias do virtual. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996. p.91-9.

* Apenas o título do livro é destacado, **em negrito**.

**Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo citado.

Casos específicos

1 Autor do livro igual ao autor do capítulo:

HARTZ, Z.M.A. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: _____ (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p.19-28.

2 Autor do livro diferente do autor do capítulo:

VALLA, V.V.; GUIMARÃES, M.B.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004. p.103-18.

3 Autor é uma entidade:

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: meio ambiente e saúde.** 3.ed. Brasília: SEF, 2001.

4 Séries e coleções:

MIGLIORI, R. **Paradigmas e educação.** São Paulo: Aquariana, 1993. (Visão do futuro, v.1).

ARTIGO EM PERIÓDICO:

TEIXEIRA, R.R. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. **Interface – Comunic., Saude, Educ.,** v.1, n.1, p.7-40, 1997.

*Apenas o título do periódico é destacado, **em negrito.**

**Obrigatório indicar, após o volume e o número, as páginas em que o artigo foi publicado.

TESES E DISSERTAÇÕES:

IYDA, M. **Mudanças nas relações de produção e migração:** o caso de Botucatu e São Manuel. 1979. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1979.

***Sem indicação** do número de páginas.

RESUMOS EM ANAIS DE EVENTOS:

PAIM, J.S. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 33., 1995, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1995. p.5.

*Apenas a palavra **Anais** é destacada, **em negrito.**

**Quando o trabalho for consultado on-line, mencionar o endereço eletrônico: Disponível em:<...>. Acesso em (dia, mês, ano).

***Quando o trabalho for consultado em material impresso, colocar página inicial e final.

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS:

Wagner, C.D.; Persson, P.B. Chaos in cardiovascular system: an update. **Cardiovasc. Res.,** v.40, p.257-64, 1998. Disponível em: <<http://www.probe.br/science.html>>. Acesso em: 20 jun. 1999.

* Apenas o título do periódico é destacado, **em negrito.**

**Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

Nota: se a referência incluir o DOI, este deve ser mantido. **Só neste caso** (quando a citação for tirada do SciELO, sempre vem o Doi junto; em outros casos, nem sempre).

ILUSTRAÇÕES:

Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 16 x 20 cm, em tons de cinza, com legenda e fonte arial 9. Tabelas e gráficos-torre podem ser produzidos em Word ou Excel. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (photoshop ou corel draw). Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados e serão inseridas no sistema como documentos suplementares, com respectivas legendas e numeração. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

Nota: em manuscrito que contenha ilustrações deve ser inserida no sistema, também como documento suplementar, uma cópia do texto, na versão PDF, **com todas as ilustrações incluídas devidamente localizadas no corpo do texto.**

As submissões devem ser realizadas on-line no endereço: <http://submission.scielo.br/index.php/icse/login>

ANÁLISE E APROVAÇÃO DOS ORIGINAIS

Todo texto enviado para publicação será submetido a uma pré-avaliação inicial, pelo Corpo Editorial. Uma vez aprovado, será encaminhado à revisão por pares (no mínimo dois relatores). O material será devolvido ao (s) autor (es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).

A publicação do trabalho implica a cessão integral dos direitos autorais à **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Não é permitida a reprodução parcial ou total de artigos e matérias publicadas, sem a prévia autorização dos editores.

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Conselho Editorial da revista.