

## PERFIL DE AGRESSÕES EM UNIDADES BÁSICAS DE BELO HORIZONTE-MG: É POSSÍVEL PENSAR NO PROCESSO DE TRABALHO?

AGGRESSION PROFILE IN BASIC ATTENTION UNITS IN BELO HORIZONTE-MG: CAN WE THINK  
ABOUT THE WORK PROCESS?

AUGUSTO DE SOUZA CAMPOS,\* ELIZABETH COSTA DIAS\*\*

### RESUMO

O estudo teve como objetivo avaliar o perfil de violências no trabalho em unidades básicas de saúde em um distrito sanitário de Belo Horizonte. Realizou-se uma pesquisa de vitimização incluindo trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde de um distrito sanitário de Belo Horizonte utilizando-se um questionário desenvolvido a partir de instrumentos encontrados na literatura. Dos trabalhadores participantes, 76% relataram alguma forma de agressão no trabalho, 7% agressão por pessoa relacionada à criminalidade durante o trabalho; 72% agressão nas instalações da unidade; entre os que realizam assistência domiciliar, 37% relatam episódios naquele ambiente. A agressão verbal foi a forma mais freqüente (73%), seguida pelas ameaças de agressão física (22%) e o assédio ou comportamento sexual indesejado (18%). Agressões físicas e ameaças com arma de fogo são relatadas cada uma por 4% dos trabalhadores. Armas de fogo estiveram presentes em 2% dos relatos. Houve diferenças significativas nas taxas de agressão reportada entre as categorias profissionais. Trabalhadores da enfermagem são aqueles que apresentam freqüência maior desses episódios no trabalho e na unidade. Agentes Comunitários de Saúde são os que relatam mais agressões em atendimento domiciliar e menos agressões na unidade. Os dados apóiam a hipótese da relação dos episódios com aspectos situacionais relacionados ao processo de trabalho.

**Palavras-chave:** Violência; Saúde do Trabalhador; Centros de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Vigilância do Ambiente de Trabalho; Vigilância em Saúde do Trabalhador.

*"...alguns tipos de trabalho humano [...] são mais facilmente desvinculados da idéia geral de trabalho [...], aparentando ser formas de atividade distintas, mais nobres, mais livres das injunções materiais que costumam estar associadas ao estereótipo do 'mundo do trabalho' como algo pesado, sofrido, repleto das leis férreas da necessidade e diante da criatividade e da liberdade. Dentre esses tipos de trabalho, um dos mais notáveis é o trabalho em saúde [...]"*

### INTRODUÇÃO

Historicamente, foram considerados agravos à saúde relacionados ao trabalho aqueles que pudessem ser vinculados à exposição a agentes químicos, físicos ou biológicos, a práticas inseguras, ambientes ou atividades insalubres. Durante a década de 90, contudo, estudos sobre o tema e

\*. Mestre em Saúde Pública. [ac campos@medicina.ufmg.br](mailto:ac campos@medicina.ufmg.br)

\*\* Doutora em Saúde Pública - [bebdias@medicina.ufmg.br](mailto:bebdias@medicina.ufmg.br)

Endereço para correspondência:  
Av. Alfredo Balena, 190 - 10º andar, sala 10024  
Santa Efigênia  
30130-100 - Belo Horizonte, MG - Brasil

a mobilização dos trabalhadores chamaram a atenção para o problema da violência no trabalho. A partir de diversas fontes, as informações confrontam idéias tradicionalmente partilhadas, revelando a violência como uma importante causa de morbimortalidade relacionada ao trabalho.

Dados dos Estados Unidos colocam os homicídios entre as três primeiras causas de mortes relacionadas ao trabalho.<sup>2,3</sup> No Brasil, diversos estudos apresentam quadro semelhante.<sup>4,5,6,7,8</sup> Em estudo sobre óbitos por acidente de trabalho no município de São Paulo entre 1991 e 1992, Waldvogel<sup>9</sup> aponta os homicídios como os principais responsáveis pelas mortes, sendo causa de 28% delas. Dados de Delegacias Regionais do Trabalho sobre acidentes de trabalho fatais ocorridos em 1995 no estado de São Paulo<sup>10</sup> e entre 1997 e 1999 no Espírito Santo<sup>11</sup> revelam os homicídios como responsáveis por 15,9% e 14,1% dos óbitos, respectivamente.

Os episódios fatais, contudo, são apenas uma pequena parte das violências no trabalho. De 1993 a 1999, a partir dos dados sobre crimes violentos nos Estados Unidos<sup>12</sup>, os homicídios representaram 0,1% das violências nos ambientes de trabalho; estupros e episódios de natureza sexual representaram 2,1%; assaltos e roubos participaram com 4%; agressões físicas, com ou sem armas, resultando em lesões leves ou graves, foram de longe os incidentes mais frequentes, com 93,8% dos casos. Dados do *Bureau of Labor Statistics* (BLS)<sup>3</sup> referentes à violência no trabalho entre 1992 e 1993 mostram que naquele país para cada homicídio ocorrem cerca de 21 casos de violência não fatal.

O presente estudo foi realizado num momento em que o problema da violência no trabalho mobilizava trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde (UBS), suas representações e autoridades de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais. Notícias sobre agressões a trabalhadores da atenção básica eram recorrentes na cobertura da mídia. Discutia-se que os episódios geravam medo e insatisfação nos profissionais, dificultando a contratação e a manutenção de trabalhadores. Por sua vez, a redução no número de profissionais muitas vezes era considerada um dos fatores que concorriam para a limitação da cobertura e a redução da eficiência dos serviços. Delineava-se, assim, um ciclo vicioso entre dificuldades na atenção e ação violenta dos usuários, um motivando e agravando o outro.

De fato, estudos<sup>12,13,14</sup> mostram que o setor saúde está entre os mais vulneráveis à violência no trabalho. Dados de uma pesquisa<sup>15</sup> realizada conjuntamente pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) em diversos países indicam que a violência nos serviços de saúde é um fenômeno global. No Brasil, contudo, excetuando-se a cobertura que o problema recebe da imprensa, poucas pesquisas sobre agressões em unidades de saúde<sup>16,17,18,19</sup> puderam ser localizadas.

De forma geral, o conhecimento sobre a violência no trabalho é ainda limitado. Informações sobre acidentes

de trabalho ou registros policiais são inespecíficas e inadequadas para a violência, portanto insuficientes para avaliar esse tipo de evento.<sup>4,5</sup> A própria abordagem da violência no trabalho pelo campo da saúde do trabalhador é relativamente recente, existindo importantes dificuldades teórico-metodológicas. Os resultados dos estudos são, portanto, pouco complementares ou comparáveis, dificultando a compreensão ampla do fenômeno.<sup>20</sup>

Frente a isso, optou-se pela elaboração de um estudo descritivo buscando se conhecer a prevalência de algumas formas de violência contra trabalhadores de UBS em um distrito sanitário de Belo Horizonte. Procurou-se, assim, contribuir para a melhor compreensão de um problema complexo e pouco conhecido que vem mobilizando trabalhadores e autoridades da saúde e usuários.

## MÉTODO

Realizou-se pesquisa de vitimização, abordagem metodológica que surgiu nos Estados Unidos na década de 60 como tentativa de estimar a quantidade de crimes sofridos pela população e não comunicados aos órgãos governamentais.<sup>21</sup> Além de captar fenômenos invisíveis às estatísticas oficiais, essa metodologia propicia ao pesquisador o controle do aprofundamento e detalhamento do fenômeno de interesse, possibilidade não existente em fontes de dados oficiais.

A pesquisa foi realizada entre fevereiro e maio de 2003 e incluiu o universo de trabalhadores das UBS de um dos distritos sanitários de Belo Horizonte. Estas eram responsáveis pelo atendimento a uma população de 176 mil pessoas (IBGE/96), distribuídas em uma região de aproximadamente 34 Km<sup>2</sup>.

A definição de violência no trabalho adotada no estudo foi a proposta pela OIT em suas diretrizes para abordagem do problema em unidades de saúde<sup>15</sup>. Considerou-se violência no trabalho (a) um episódio ou um conjunto deles, (b) ocorridos como resultado direto ou durante a realização de uma atividade de trabalho, (c) resultantes de uma ação ou conduta voluntárias, (d) em consequência do que uma pessoa é agredida, ameaçada, ou sofre algum dano ou agravo.

Na ausência de um instrumento que se adequasse ao caso das UBS, optou-se pelo desenvolvimento de um questionário específico a partir de outros encontrados na literatura.<sup>22,23</sup> As questões referentes a episódios de violência foram construídas como escalas de 0 a 4 nas quais o trabalhador deveria indicar quantas vezes ele havia experimentado determinado tipo de violência.

A partir da definição geral de violência, foram selecionadas algumas formas de episódios também descritos no documento da OIT (agressão física, ameaças de agressão física, ameaças com armas de fogo ou branca, agressão com armas de fogo ou branca, agressão verbal e assédio

ou comportamento sexual indesejado). Acrescentaram-se também questões sobre atividades e agressões por parte de pessoas relacionadas à criminalidade. As informações sobre os trabalhadores incluíram unidade, categoria profissional, sexo, idade e tempo de trabalho na unidade e no setor saúde.

As questões sobre cada tipo de agressão repetiam-se para dois locais onde elas teriam ocorrido, nas instalações da unidade ou em atendimento domiciliar. Em cada questão sobre os episódios havia duas escalas; uma para agressões envolvendo usuários outra para episódios envolvendo acompanhantes. Desta forma, para cada tipo de episódio havia quatro escalas para episódios envolvendo usuários ou acompanhantes, ocorridos na unidade ou atendimento domiciliar. O trabalhador deveria indicar nas escalas quantas vezes ele havia sofrido, por exemplo, uma agressão verbal na unidade, tendo sido o agressor ora um usuário, ora um acompanhante. Mas adiante, ele repetiria o procedimento para os eventos ocorridos em atendimentos domiciliares.

Os questionários foram distribuídos por trabalhadores indicados na unidade que haviam recebido instruções detalhadas sobre os procedimentos de preenchimento, distribuição e recolhimento dos questionários. Após prazo mínimo de uma semana o pesquisador retornou à unidade para buscar os questionários preenchidos.

Na presente análise todas as variáveis sobre agressões foram dicotomizadas de forma a representarem nenhum ou um ou mais episódios. As variáveis originais foram agregadas de forma a representar: a) cada uma das formas de agressão (física, verbal, ameaça, etc.) independentemente de local e autor; b) o local de ocorrência (na unidade, em atendimento domiciliar ou no trabalho em geral), independentemente da forma e do autor. Idade e tempo de experiência também foram dicotomizadas, sendo o ponto de corte a média da variável para a amostra.

Para verificação da relevância estatística dos achados foi utilizado o teste qui-quadrado com intervalo de significância de 95%. Todos os resultados são apresentados em contagens e porcentagens entre as respostas válidas nos itens individuais.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG. Os sujeitos incluídos receberam informações sobre seu objetivo e assinaram um termo de consentimento. Todas as precauções foram tomadas para se preservar o anonimato das informações levantadas e os questionários respondidos foram destruídos após seus dados serem armazenados em banco de dados.

## RESULTADOS

Do grupo de trabalhadores incluídos no estudo, 54,7% (442) responderam o questionário. Houve varia-

ção significativa ( $p < 0,05$ ) na taxa de resposta entre as unidades (variando de 29,3% a 82,4%) assim como nas categorias profissionais (de 30,4% a 77,2%). A maioria dos trabalhadores que responderam o questionário eram mulheres (80,3%). A idade variou entre 16 e 70 anos ( $M = 36,9$ ;  $S = 10,6$ ). Em média, os respondentes trabalhavam na unidade há 4,5 anos ( $S = 4,8$ ) e relatavam experiência de 9,2 anos ( $S = 8,4$ ) trabalhando no Setor Saúde. O Teste  $X^2$  mostrou que as categorias profissionais apresentaram diferenças significativas ( $p < 0,05$ ) entre si em relação a sexo, idade, experiência na unidade e na saúde, e residência próxima da unidade.

A Tabela 1 apresenta o número e a porcentagem de respostas válidas de trabalhadores que relatam pelo menos uma agressão segundo a categoria profissional e o local de ocorrência do evento – dentro das instalações da unidade, em atendimento domiciliar e no trabalho, independentemente do local. Relatam ter sofrido alguma forma de agressão no trabalho nos últimos 12 meses, 326 (75,8%, IC95% 71,4 a 79,7) trabalhadores. Os episódios ocorridos dentro das instalações da unidade apresentaram maior prevalência: 309 (72,2%, IC95% 67,6 a 76,3). Dos trabalhadores que afirmaram realizar assistência em domicílios, 108 (36,6%, IC95% 31,1 a 42,4) relataram agressões naquele ambiente. E 31 (7,3%, IC95% 5,1 a 10,3) afirmaram ter sofrido pelo menos uma agressão ou ameaça por pessoa relacionada à criminalidade.

Se comparados com o conjunto dos trabalhadores, os Auxiliares e Técnicos de Enfermagem apresentam mais frequentemente agressões no trabalho (89,9%, IC95% 83,4 a 95,8) e na unidade (87,9%, IC95% 81,0 a 94,3). Agentes Comunitários de Saúde registram menos agressões na unidade (IC95% 49,4 a 67,6) e mais eventos em atendimento domiciliar (IC95% 45,2 a 63,5). Não houve variação significativa para agressões por pessoa relacionada à criminalidade entre as categorias profissionais.

A forma de agressão no trabalho (Tabela 2) mais frequente, presente em 311 (72,5%, IC95% 68,0 a 76,6) dos casos, foi a agressão verbal, ofensa ou insulto. Em segundo lugar, estão os 94 (22,2%, IC95% 18,4 a 26,5) relatos de ameaças de agressão física. O assédio ou comportamento sexual indesejado é reportado por 77 (18,2%, IC95% 14,7 a 22,3) trabalhadores. As agressões físicas e as ameaças com arma de fogo ou branca foram ambas relatadas por 18 (4,3%, IC95% 2,6 a 6,8) dos trabalhadores. Em 7 (1,6%, IC95% 0,7 a 3,5) casos, houve referência a episódios em que armas de fogo ou branca foram usadas em agressões na unidade.

Entre as unidades, houve variações significativas (teste  $X^2$ ,  $p < 0,05$ ) no relato de agressões no trabalho e por pessoa relacionada à criminalidade (Tabela 3). Já entre as categorias profissionais foram encontradas diferenças nas agressões no trabalho, na unidade e em atendimento domiciliar (Tabela 1).

Tabela 1 – Relato de agressões e significância da diferença entre categorias profissionais

Categoria profissional	N	Relato de agressões			
		no trabalho N (%)	na unidade N (%)	em assist. domiciliar N (%)	criminalidade N (%)
Agente Comunitário de Saúde	125	83 (68,0)	71 (58,7)	67 (54,5)	4 (3,3)
Assistente Social / Psicólogo / Terapeuta Ocupacional	8	6 (75,0)	6 (75,0)	1 (16,7)	1 (14,3)
Auxiliar / Técnico Administrativo	22	19 (90,5)	19 (90,5)	-	2 (9,5)
Auxiliar / Técnico de Enfermagem	100	89 (89,9)	87 (87,9)	24 (33,3)	13 (13,7)
Auxiliar de Serviços Gerais	22	10 (50,0)	10 (50,0)	-	2 (10,0)
Enfermeiro	44	39 (88,6)	37 (86,0)	9 (22,0)	3 (7,1)
Gerente de Unidade	8	6 (75,0)	6 (75,0)	0 (0,0)	1 (12,5)
Médico	48	31 (68,9)	31 (68,9)	2 (6,7)	3 (6,5)
Porteiro / Vigilante / Vigia	14	10 (76,9)	10 (76,9)	-	0 (0,0)
Profissional de Saúde Bucal	36	26 (74,3)	25 (71,4)	3 (20,0)	0 (0,0)
Outros	15	7 (46,7)	7 (46,7)	2 (66,7)	0 (0,0)
Total	442	326 (75,8)	309 (72,2)	108 (36,6)	31 (7,3)
P		0,000	0,000	0,000	0,268

Sexo, residência próxima da unidade, idade e experiência no setor saúde não apresentaram diferenças significativas em relação às agressões, se controlados pela categoria profissional. Apenas o tempo de experiência trabalhando na unidade representa diferença significativa sob essas condições, com uma *odds ratio* de 2,4 (IC95% 1,3 a 4,5) para aqueles que têm tempo de trabalho na unidade acima da média da amostra (quatro anos).

Tabela 2 – Formas de agressão segundo local de ocorrência

Forma de agressão	Relato de agressões		
	no trabalho N (%)	na unidade N (%)	em assist. domiciliar N (%)
Agressão verbal	311 (72,5)	299 (69,7)	94 (32,0)
Ameaça de agressão física	94 (22,2)	87 (20,3)	14 (4,8)
Assédio ou comportamento sexual indesejado	77 (18,2)	61 (14,3)	34 (11,6)
Agressão física	18 (4,3)	17 (3,9)	3 (1,0)
Ameaça com arma de fogo ou branca	18 (4,3)	14 (3,3)	5 (1,7)
Agressão com arma de fogo ou branca	7 (1,6)	7 (1,6)	-

## DISCUSSÃO

Embora alguns atos e eventos possam ser claramente identificados como violências, outros muitos costumam

Tabela 3 – Relato de agressões e significância da diferença entre unidades

Unidades	N	Relato de agressões			
		no trabalho N (%)	na unidade N (%)	em assist. domiciliar N (%)	criminali- dade N (%)
	24	16 (66,7)	16 (66,7)	4 (20,0)	3 (13,5)
	56	39 (72,2)	38 (70,4)	15 (40,5)	3 (5,6)
	27	23 (89,5)	21 (84,0)	7 (50,0)	0 (0,0)
	28	22 (78,6)	20 (74,1)	8 (34,8)	1 (3,6)
	20	17 (85,5)	17 (85,0)	8 (66,7)	0 (0,0)
	29	16 (59,3)	16 (59,3)	3 (15,8)	2 (7,1)
	30	21 (75,0)	17 (63,0)	9 (42,9)	1 (3,6)
	22	15 (75,0)	14 (70,0)	5 (33,3)	2 (9,1)
	25	21 (84,0)	21 (84,0)	11 (55,0)	6 (24,0)
	22	12 (54,5)	11 (50,0)	4 (25,0)	0 (0,0)
	36	32 (88,9)	30 (83,3)	9 (37,5)	1 (2,8)
	39	29 (76,3)	26 (66,7)	9 (36,0)	3 (7,9)
	40	27 (67,5)	27 (67,5)	7 (29,0)	1 (2,5)
	23	16 (76,2)	16 (76,2)	4 (36,4)	6 (30,0)
	21	20 (95,2)	19 (90,5)	5 (38,5)	2 (10,0)
Total	442	326 (75,8)	309 (72,2)	108 (36,6)	31 (7,3)
P		0,041	0,092	0,253	0,001

gerar divergências quanto à sua caracterização como tal. Essa dificuldade de se demarcar em precisamente os limites do fenômeno implica a existência de uma diversidade de definições de violência no trabalho. O presente estudo, ao selecionar determinadas formas de violência, deixou

de abordar outras que poderiam ser relevantes para os trabalhadores. O instrumento deixou de coletar informações, por exemplo, sobre incidentes de dano ou roubo de objetos dos trabalhadores ou episódios de agressão entre colegas de trabalho.

Devido ainda à metodologia utilizada, há a possibilidade de viés de memória e de seletividade. É possível que os trabalhadores se lembrem e, portanto reportem mais freqüentemente episódios mais graves e mais recentes. Além disso, aqueles que se sentiram mais gravemente agredidos ou vulneráveis podem ter sido mais propensos a participar do estudo.

Houve um índice de recusa relativamente alto (45,3%), e, paralelamente, a metodologia utilizada não permitiu ter controle sobre a representatividade do número de questionários retornados segundo a categoria profissional ou a unidade. O teste  $\chi^2$  do número de profissionais e questionários respondidos confirma o viés de seletividade da amostra tanto segundo a unidade quanto à categoria profissional. Embora se tenha buscado contornar tais limitações por meio da estratificação nos testes estatísticos, é necessário cautela na generalização dos resultados aqui apresentados.

Ainda que limitações deste e de demais estudos sobre a violência no trabalho façam com que eles não possam ser diretamente comparados, procuraremos agora examinar os resultados de alguns estudos em com o que foi encontrado aqui, buscando avaliar algumas características da violência no setor saúde.

Segundo dados do *National Crime Victimization Survey* (NCVS), no período de 1993 a 1999<sup>12</sup>, anualmente, 1,5% dos trabalhadores do setor saúde teria sofrido episódios graves de violência relacionados ao trabalho. Excluindo-se trabalhadores da saúde mental, a enfermagem foi a que apresentou a maior taxa média de vitimização (2,2%). Médicos, técnicos e outras ocupações apresentaram, respectivamente, 1,6%, 1,3% e 0,9%. A vitimização da enfermagem e dos médicos não diferiu significativamente, contudo a primeira apresentou taxa 72% maior que os técnicos e mais que duas vezes maior que os demais profissionais da saúde. Os trabalhadores da saúde mental apresentaram taxas de vitimização mais de três vezes maior que a média dos demais. Tais informações são consistentes com os resultados do presente estudo, que mostram maior prevalência de agressões entre os trabalhadores da enfermagem.

Estudos<sup>29,35,36</sup> mostram que entre 46% e 100% das enfermeiras, psiquiatras e terapeutas de serviços de saúde mental experimentaram pelo menos uma agressão durante suas carreiras. Lavoie<sup>27</sup>, investigando departamentos de emergência em hospitais universitários, verificou que 43% destes tiveram pelo menos uma agressão física contra algum membro da equipe médica por mês. Foram 7% dos atos de violência nos cinco anos anteriores à pesquisa que resultaram em morte.

Em pesquisa conduzida no Brasil, na cidade do Rio de Janeiro, Palácios<sup>17</sup> avaliou diversos tipos de serviços de saúde. Dos trabalhadores consultados, 46,7% relataram pelo menos uma agressão no ano anterior. Trinta e nove e meio por cento relatam ter sofrido alguma agressão verbal. O assédio moral foi relatado por 15,2%, as agressões físicas por 6,4%, o assédio sexual por 5,7 e discriminação racial por 5,3%.

Os questionários provenientes de unidades básicas de saúde revelaram maior prevalência de agressões; 70% dos trabalhadores relataram algum tipo de episódio. As formas de violência mais freqüentemente reportadas foram: agressões verbais (65,5%), assédio moral (20,0%), agressões físicas (7,3%), assédio sexual e racial (3,6% cada).

Santos Junior<sup>16</sup>, estudando episódios de violência no trabalho contra médicos nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) do município de Belo Horizonte, observou prevalência de 1,9% para agressões físicas; 45% para ameaças de agressão física contra o médico, sua família ou dano à propriedade; e 82% de outras formas de violência (postura agressiva ou hostil, ofensas, intimidações, assédio sexual, discriminação racial, etc.).

Com base nesses estudos, podem-se perceber algumas tendências sobre a violência no trabalho em saúde e em unidades básicas. Como se poderia esperar, episódios considerados mais graves tentem a ser menos freqüentes, com prevalência em torno de 2% para o setor saúde em geral. As agressões verbais, insultos e outras formas semelhantes, também tomadas em grupo, foram aquelas que apresentam maior prevalência nas pesquisas, com índices de agressão que chegaram a ultrapassar largamente os 50%.

Os serviços de Urgência e Emergência e os de Psiquiatria apresentaram-se como os mais vulneráveis à ocorrência de violências, ultrapassando a taxa de 70% de agressões reportadas. Chama a atenção que tanto o presente estudo como o apresentado por Palácios<sup>17</sup> mostram que as unidades básicas de saúde colocam-se bem próximas de tais serviços.

Enfocando as características do trabalhador, estudos apresentam resultados inconsistentes em relação à influência de características individuais, por exemplo, do sexo, no risco de violência. Leather<sup>15</sup> sugere diferenças na distribuição da freqüência de agressões, por exemplo, entre os sexos estaria mais relacionada à diferente distribuição de homens e mulheres entre as ocupações. Os resultados desse estudo corroboram a hipótese de que características individuais dos trabalhadores possam ter influência menor na probabilidade de sofrer agressões se comparadas com aspectos relacionados ao trabalho. Segundo esse autor, podem ser encontradas também correlações entre pouca experiência no trabalho e redução do número de trabalhadores com altos níveis de violência. Os dados do presente estudo vêm no sentido oposto dessa tendência.

Aqui, os trabalhadores com mais experiência relataram agressões com frequência significativamente maior.

## CONCLUSÃO

Muitas das abordagens que procuram embasar a prevenção da violência no trabalho em saúde partem das características do paciente com propensão para atos violentos: registro prévio de agressividade, história de abuso de álcool e drogas, distúrbios mentais, instabilidade emocional e problemas socioeconômicos. A utilidade dessas abordagens parece clara: oferecem ao trabalhador, dado um determinado paciente diante dele, parâmetros para avaliá-lo e tomar precauções se necessário. Contudo, via de regra, a avaliação da história do paciente esbarra na ausência de informações anteriores ou na dificuldade de acesso a elas no momento do atendimento – em especial nas portas de entrada do sistema. Também não é raro que não estejam disponíveis meios, ou estes são suficientes, para que o trabalhador possa efetivamente evitar o episódio.

O foco nas características do agressor potencial reforça de maneira excessiva a responsabilidade do profissional em detrimento de outros fatores que possam influenciar a ocorrência da agressão. Restringe a prevenção da violência basicamente ao reconhecimento do risco e à adoção de procedimentos de evitação e defesa no momento em que a agressão é iminente. A abordagem tende a desprezar os diversos fatores situacionais que têm papel na produção da ocorrência.

Leather<sup>13</sup> observa que vem ganhando força a idéia de que o papel das características individuais do paciente é superestimado em detrimento de fatores situacionais na produção de episódios de violência no trabalho. Algumas características individuais podem ser indicadoras de maior probabilidade de ações violentas, mas certamente estas não ocorrem independentemente do seu contexto. No caso do setor saúde, o tipo de serviço parece ser ainda um dos indicadores mais importantes para a violência. Destacam-se pela maior frequência de episódios os serviços psiquiátricos, as urgências e emergências e as unidades básicas. Se para os primeiros tendem-se a dar ênfase às características dos usuários, para os dois últimos isso é menos evidente.

Os resultados do presente estudo sugerem que as agressões no trabalho estariam mais relacionadas à inserção do trabalhador no processo de trabalho, representada antes por sua categoria profissional do que por características individuais, como sexo ou idade. Por outro lado, diferenças na população atendida, vistas através da diferença entre as unidades, parecem vincular-se a episódios relacionados à criminalidade. As variáveis referentes a características individuais não apresentaram diferenças significativas relacionadas às agressões.

A importância dos fatores situacionais na etiologia dos episódios de violência no trabalho pode ser abordada a partir, da visão do interacionismo social. Nesta linha, violência e agressão seriam vistas como uma forma possível de consequência de interações interpessoais negativas<sup>15</sup>. Tais interações, por sua vez, estariam imersas em um contexto organizacional e sociocultural mais amplo.

No caso da violência no trabalho, o contexto social e organizacional que produz o episódio concretiza-se no processo de trabalho. Deslocando o olhar do indivíduo, vítima ou agressor, as hipóteses situacionais convocam a Saúde do Trabalhador para lançar mão e aprimorar seus instrumentos teórico-metodológicos próprios para o enfrentamento do problema. A violência no trabalho deixa de ser apenas uma questão individual e pessoal relacionada ao trabalhador para constituir também o efeito ou a consequência de determinada configuração técnica e social do trabalho.

Espera-se, desta forma, que a realização de pesquisas com esse enfoque no Campo da Saúde do Trabalhador possam contribuir para a compreensão e o controle do problema a partir de mudanças no próprio processo de trabalho.

## SUMMARY

The study objective was to evaluate profiles of violence at work in basic health care units within a sanitary district in Belo Horizonte. We proceeded to a victimization survey among primary care units workers from a sanitary district in Belo Horizonte. The questionnaire was adapted from instruments used in surveys recorded in the literature. Seventy-six per cent of the workers under survey report some form of aggression at work, 7% report aggression by a crime-related person while at work; 72% affirm have been aggressed inside their health care unit; 37% of the workers providing home care report violent episodes in that environment. Verbal aggressions are the most frequent (73%), followed by threats of physical aggression (22%) and by harassment or improper sexually oriented behavior (18%). Actual physical aggressions and threats of the use of firearms are each reported by 4% of the workers surveyed. According to 2% of them, firearms were present when the aggressions occurred. The rates of reported aggressions display significant differences between categories of workers. Nurses are those who most frequently report episodes of aggressions on the premises of the unit. Community Health Agents are those reporting the highest number of aggressions at the homes of the beneficiaries and the lowest on the premises of the unit. Data tend to confirm the hypothesis of a relation between violent episodes and situational aspects linked with the working process.

**Key words:** Violence; Occupational Health; Health Centers; Primary Health Care; Surveillance of Working Environmental; Surveillance of the Workers Health.

## REFERÊNCIAS

- Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo; 1992. (Cadernos CEFOR Série Textos, 1)
- Jenkins LE, Laune L, Kesner S. Homicides in the Workplace. *AAOHN J* 1992; 40(5): 215-8.
- Toscano G, Weber W. Violence in the Workplace: patterns of fatal workplace assaults differ from those of nonfatal ones. *Compensation and Working Conditions 1994 Feb*; 1994: 43-50.
- Santana V, Nobre L, Waldvogel BC. Acidentes de trabalho no Brasil entre 1994 e 2004: uma revisão. *Cie & Saúde Coletiva* 2005; 10(4): 841-55.
- Hennington EA, Cordeiro R, Moreira Filho DC. Trabalho, violência e morte em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Publica* 2004; 20(2): 610-7
- Carneiro SAM. Trabalho e violência: uma relação de proximidade. violência a trabalhadores durante a jornada de trabalho, na Zona Norte De São Paulo, no ano de 1998, 2000 [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2000.
- Lucca SR, Mendes R. Epidemiologia dos acidentes do trabalho fatais em Área Metropolitana da Região Sudeste do Brasil, 1979-1989. *Rev Saúde Pública* 1993; 27(3):168-76.
- Oliveira ABO, Mendes JM. Acidentes de trabalho: violência urbana e morte em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Publica* 1997; 13(supl.2): 73-83.
- Waldvogel BC. Vidas roubadas no exercício do trabalho. São Paulo em Perspectiva 1999; 13(9):126-36.
- Brasil. Ministério do Trabalho. Delegacia Regional do Trabalho no Estado de São Paulo. Acidentes de trabalho fatais. Brasília: Ministério do Trabalho; 1998.
- Brasil. Ministério do Trabalho, Delegacia Regional do Trabalho No Estado Do Espírito Santo. Acidentes de trabalho fatais. Brasília: Ministério do Trabalho; 2000.
- Duhart DT. Workplace violence, 1993-1999. Washington: National Crime Victimization Survey; 2001. Special Report.
- Leather P. Workplace violence: Scope, definition and global context. In: Cooper, CL, Swanson N, editors. *Workplace violence in the health sector: state of the art*. Manchester: Organização Internacional do Trabalho, International Council of Nurses; Organização Mundial da Saúde, Public Services International; 2001.
- Wharchol G. Workplace violence, 1992-98. Washington: National Crime Victimization Survey, Bureau of Justice Statistics; 1998. Special Report.
- Organização Internacional do Trabalho, International Council Of Nurses, Organização Mundial da Saúde & Public Services International. *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector*. Genebra: Organização Internacional do Trabalho; 2002.
- Santos Júnior EA, Dias EC. Médicos vítimas da violência no trabalho em Unidades de Pronto Atendimento. *Cad Saúde Coletiva* 2005;13 (3):705-22.
- Palácios M. Workplace violence in the Health Sector. Country Case Study – Brazil. Genebra: Organização Internacional do Trabalho; 2003.
- Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Belo Horizonte. Relatório de Pesquisa Sobre as Condições de Trabalho e Segurança nos Centros de Saúde, Realizada pelo Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Belo Horizonte. Belo Horizonte: SINDIBEL; 2002.
- Oliveira JEG, Tomé LA. Um estudo sobre violência contra médicos nos postos de trabalho da Grande São Paulo. *De! A Revista do Médico - Sindicato dos Médicos de São Paulo* 2000; 2: 8.
- Campos AS. Violência e trabalho. In: Mendes R, editor. *Patologia do trabalho*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2003.
- Kahn T. Pesquisas de vitimização. *Rev ILANUD* 1998; 10: 7-8.
- Arnetz JE. The violent Incident Form (VIF): a practical instrument form the registration of violent incidents in the health care workplace. *Work & Stress* 1999; 12(1): 17-28.
- Leblanc MM, Kelloway EK. Predictors and Outcomes of Workplace Violence and Aggression. *J Appl Psychology* 2002; 87(3): 444-53.
- Poster E, Ryan J. Nurses' attitudes toward physical assaults by patients. *Arch Psychiatric Nurs* 1989; 3(6):315-22.
- Lanza ML. The Reactions of Nursing Staff to Physical Assault by a Patient. *Hosp Comm Psychiatry* 1983; 31(1): 44-7.
- Madden DJ, Lion JR, Penna MW. Assault on psychiatrist by patients. *Am J Psychiatry* 1976; 133 (4): 422-5.
- Lavoie FW, Carter GL, Danzl DF, Berg RL. Emergency Department Violence in United States Teaching Hospitals. *Ann Emerg Med* 1988; 17(11):1227-33.