

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

DÉBORAH BULEGON MELLO

**VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM UM SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

PORTO ALEGRE

2012

DÉBORAH BULEGON MELLO

**VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM UM SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeira.

Orientadora: Prof^a Dr^a Liana Lautert

Coorientadora: Prof^a Dr^a Daiane Dal Pai

PORTO ALEGRE

2012

Dedico este estudo aos trabalhadores do SAMU de Porto Alegre, pelos quais tenho profundo reconhecimento e admiração.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, fundamentalmente a Deus pelas oportunidades, sobretudo por me cercar de pessoas iluminadas que zelam por mim e me auxiliam em todos os momentos.

À minha mãe, Loreci, por me proporcionar tudo de melhor a cada dia, nunca poupando esforços, em dedicação incondicional. Um exemplo de força e de amor! Cada pequena conquista tem sua imensa contribuição. Nada seria possível sem seu apoio. Por isso, por tudo, minha eterna gratidão.

Ao meu pai, Rogério, agradeço por me ensinar honra, respeito e dignidade. Aprender a olhar com solidariedade a necessidade alheia, buscar justiça e igualdade foram algumas das lições ensinadas que fizeram diferença na minha formação, obrigada!

Ao Lucas, meu irmão, que me ensinou a partilhar, às vezes, mediante algumas (ou muitas...) brigas. Deu-me apoio tecnológico e, inúmeras vezes, psicológico.

Ao Leandro, meu companheiro de todos os momentos, que vem crescendo comigo, desde à escola. Acompanha meus passos, cada vez mais orgulhoso. Meu agradecimento sincero pela companhia, paciência, apoio e, nestes últimos tempos, por ter sido um brilhante “caçador de ambulâncias” ao meu lado.

À Dadá por me proteger, me cuidar, ser minha segunda mãe.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Liana Lautert, que me acolheu e, com muita paciência, acompanhou estes meus primeiros passos de trajetória acadêmica. A grande sabedoria, a capacidade de compartilhar conhecimentos e a autonomia proporcionada contribuíram muito para meu amadurecimento.

À minha querida coorientadora Prof^a Dr^a. Daiane Dal Pai (que orgulho chamá-la assim), por sua generosidade, suporte, simpatia, paciência, disponibilidade e amizade acima de tudo. A oportunidade de compartilhar deste projeto é de uma importância imensurável para mim. Cabe agradecer também ao Jefferson, seu esposo, pelas consultorias e apoio. Sem a colaboração deste querido casal, não haveria estudo algum.

Aos colegas do Grupo Interdisciplinar de Saúde Ocupacional (GISO) que me receberam, apoiaram e oportunizaram aprendizado ímpar. Obrigada pela confiança, convivência e companheirismo, a vocês devo muito do que aprendi na academia.

Aos trabalhadores do SAMU-Porto Alegre, por aceitarem participar do estudo, por dividirem suas vivências, nos tratarem com tanta atenção e carinho e acreditarem na relevância deste projeto. À gerência do SAMU-Porto Alegre pela cooperação e auxílio desde o início deste percurso.

À Aliandra, bolsista do GISO, pelo apoio nas coletas de dados e pela meiguice ao me ajudar.

À Meira (*in memoriam*) que me ensinou a ser bolsista, me ajudou todo o quanto pode e me deu inúmeras lições de vida, mesmo me considerando um “bebê”. Sei que ela observa e zela por nós, como sempre fez. Nos faz muita falta.

Aos professores e enfermeiros, pelas lições ensinadas, pela atenção prestada, pelo carinho.

Às grandes amizades conquistadas neste período, que me fizeram persistir, rir, deram apoio e tornaram mais fácil, agradável e feliz este percurso.

À Flávia, minha prima, que me proporcionou ótimas oportunidades, acompanhou todos os momentos, mas agora me observa lá de Londres.

Enfim, àqueles que estiveram presentes e colaboraram direta ou indiretamente para a concretização deste sonho, meus sinceros agradecimentos.

*“Mais do que máquinas, precisamos de humanidade.
Mais do que inteligência, precisamos de afeição e doçura.
Sem essas virtudes a vida será de violência e tudo estará perdido”.*

Charles Chaplin

RESUMO

MELLO, Déborah Bulegon. **Violência no trabalho em um serviço de atendimento móvel de urgência**. 2012. 78 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação) – Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

Os trabalhadores da área da saúde estão expostos a uma diversidade de riscos laborais, incluindo a violência, fenômeno que se agrava nas unidades psiquiátricas, serviços de emergência e de resgate. Esta violência afeta as relações laborais e pode acarretar agravos à saúde dos trabalhadores. No Brasil, o atendimento pré-hospitalar do Sistema Único de Saúde é realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192. Este estudo, portanto, tem como objetivo identificar a proporção de trabalhadores do SAMU de Porto Alegre/RS que estão expostos à violência no trabalho quanto ao desenvolvimento de Síndrome de *Burnout* e Distúrbios Psíquicos Menores (DPM). Trata-se de uma pesquisa em base de dados, com delineamento transversal, recorte do projeto “Violência no trabalho em saúde: Implicações para a saúde do trabalhador”. A amostra foi constituída por 85 trabalhadores do SAMU. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Prefeitura Municipal de Porto Alegre e assinou-se um termo de responsabilidade para o uso dos dados. Utilizou-se *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector*, *Maslach Burnout Inventory*, *Self-reporting questionnaire*. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e analítica. A amostra é predominantemente masculina (62,4%), com média de idade de 45,98 anos ($\pm 7,54$), em sua maioria de cor branca (75,6%) e casada (71,8%). A escolaridade média é de 14,75 anos ($\pm 5,21$). Esta amostra foi composta por 31 (36,5%) de condutores, 24 (28,2%) de auxiliares/técnicos de enfermagem, 17 (20%) de médicos, 17 (15,3%) de enfermeiros. O tempo de experiência na área da saúde foi de 17 anos (1-40) e de atuação no SAMU foi de 9 anos (1-16). A maioria trabalhava durante o dia (48,2%), 55 (64,7%) trabalhavam em outra instituição. A maior parcela (56,5%) já sofreu acidentes de trabalho. A satisfação com local de trabalho foi referida por 81,2%. A ocorrência de pelo menos um episódio de violência nos últimos doze meses foi referida por 69 (81,2%) dos trabalhadores entrevistados. A agressão verbal foi relatada por 66 dos entrevistados (77,6%), 15 (17,6%) referiram ter sofrido agressão física, 10 (11,8%) sofreram assédio verbal, 9 (10,9%) foram vítimas de discriminação racial e 3 (3,5%) foram assediados sexualmente. A média de anos de escolaridade foi maior entre trabalhadores vítimas de violência ($p=0,039$), assim como o tempo médio de experiência na área da saúde ($p=0,018$), porém a média de horas de sono foi menor ($p=0,047$). A maioria dos profissionais que sofreu algum tipo de violência no último ano, não se sente reconhecida pelo trabalho que realiza ($p=0,053$) e se sente insatisfeita com o local onde trabalha ($p=0,034$). Quanto à Síndrome de *Burnout*, a violência demonstrou associação com a dimensão de exaustão profissional ($p<0,001$) e baixa realização profissional ($p=0,024$). Apresentaram DPM 9,6% do total de trabalhadores, destes, oito (11,9%) sofreram violência, mas não houve diferença estatisticamente significativa. Frente aos resultados, conclui-se que os trabalhadores do SAMU encontram-se intensamente expostos à violência em seu cotidiano laboral, sendo esta uma situação preocupante, que pode causar danos à saúde destes trabalhadores.

Descritores: Enfermagem, Saúde do Trabalhador, Violência, Ambulâncias, Serviços Médicos de Emergência, Estresse, Transtornos Mentais

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Distribuição dos indivíduos pelos quais os trabalhadores sentem-se reconhecidos	31
Figura 2 –	Distribuição dos trabalhadores quanto ao número de tipos de violência vivenciados nos últimos 12 meses	33
Figura 4 –	Distribuição dos participantes do estudo quanto à exposição à violência psicológica	38
Figura 5 –	Distribuição dos perpetradores da violência psicológica	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição das variáveis sociodemográficas dos participantes do estudo	28
Tabela 2 –	Distribuição das variáveis laborais dos participantes do estudo	29
Tabela 3 –	Distribuição das variáveis em estudo quanto à exposição à violência nos últimos 12 meses	32
Tabela 4 –	Distribuição dos participantes do estudo conforme características sociodemográficas e a exposição ou não à violência	33
Tabela 5 –	Distribuição dos participantes do estudo conforme características laborais e a exposição ou não à violência	35
Tabela 6 –	Características da violência física contra os participantes do estudo	37
Tabela 7 –	Características da violência psicológica contra os trabalhadores do estudo	39
Tabela 8 –	Distribuição dos participantes do estudo quanto à presença de Síndrome de <i>Burnout</i> e suas dimensões conforme à exposição à violência	41
Tabela 9 –	Distribuição dos participantes do estudo quanto à presença de Distúrbios Psíquicos Menores conforme à exposição à violência	42

LISTA DE ABREVIATURAS

APH – Atendimento Pré-Hospitalar
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
COMPESQ – Comissão de Pesquisa
DPM – Distúrbios Psíquicos Menores
GISO – Grupo Interdisciplinar de Saúde Ocupacional
ICN – *Internacional Council of Nurses*
IIQ – Intervalo Interquartilico
MBI – *Maslach Inventory Burnout*
OMS – Organização Mundial da Saúde
OIT- Organização Internacional do Trabalho
PSI – *Public Servive Internacional*
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*
SRQ – *Self Report Questionary*
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo geral	16
2.2 Objetivos específicos	16
3 CONTEXTO TEÓRICO	17
3.1 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU	17
3.2 Trabalho em Saúde	19
3.3 Violência no Trabalho em Saúde	20
3.4 Distúrbios Psíquicos Menores	21
3.5 Estresse Laboral e Síndrome de <i>Burnout</i>	21
4 MATERIAIS E MÉTODOS	23
4.1 Tipo de estudo	23
4.2 Contexto	23
4.3 População e amostra	23
4.4 Coleta dos dados	24
4.4.1 Instrumentos para coleta de dados	24
4.5 Análise dos dados	26
4.6 Aspectos éticos	27
5 RESULTADOS	28
5.1 Características dos trabalhadores participantes do estudo	28
5.2 Violência contra trabalhadores participantes do estudo	32
5.2.1 Violência Física	36
5.2.2 Violência Psicológica	38
5.3 Violência e Síndrome de <i>Burnout</i>	40
5.4 Violência e Distúrbios Psíquicos Menores	42
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	43
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53

8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	55
REFERÊNCIAS	56
APÊNDICE A – Termo de responsabilidade pelo uso dos dados	64
ANEXO A - Aceite COMPESQ/EENF	65
ANEXO B - Parecer Consubstanciado Prefeitura Porto Alegre	66
ANEXO C - Protocolo de Pesquisa: Dados Sociolaborais	67
ANEXO D – <i>Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector</i>	68
ANEXO E – <i>Maslach Burnout Inventory</i>	76
ANEXO F– <i>Self-reporting questionnaire</i>	77

1 INTRODUÇÃO

Os trabalhadores da área da saúde estão expostos a uma diversidade de riscos laborais, incluindo a violência (NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL HEALTH, 2002). A violência é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) um “problema global de saúde pública”, constituindo-se em uma das principais causas de morte entre pessoas de 15 a 44 anos de idade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Este problema vem afetando todos os setores e categorias profissionais, podendo configurar-se como fonte de desigualdade, discriminação e relações conflituosas, além de prejudicar o êxito da prestação de serviços (ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, 2002). Em pesquisa desenvolvida conjuntamente pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), o *International Council of Nurses* (ICN), a OMS e o *Public Services International* (PSI) em diversos países, incluindo o Brasil, os trabalhadores de saúde são apontados como vítimas da violência no trabalho (DI MARTINO, 2002).

No âmbito nacional e internacional, os serviços de emergência e as unidades psiquiátricas têm sido apontados como locais de maior ocorrência da violência (PALÁCIOS *et al.*, 2003; DI MARTINO, 2002). Além disso, estudo recente identificou risco aumentado para violência no trabalho nos serviços de resgate e atendimento pré-hospitalar (APH), expressa na forma de agressão verbal e física, além de tentativas de assalto (KOWALCZUK *et al.*, 2009).

No Brasil, a regulamentação dos serviços de atendimento pré-hospitalar (APH) no Sistema Único de Saúde (SUS) se deu em 2004 com a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2006), da qual um dos componentes é o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU), que se destina a prestar assistência em casos de urgências agudas, traumáticas, dentre outras, fora do ambiente hospitalar. O APH é baseado no atendimento multidisciplinar, que conta com enfermeiros, médicos, auxiliares e técnicos de enfermagem (SOERENSEN *et al.*, 2008). Em Porto Alegre, desde 1995, o APH pelo SUS é realizado pelo SAMU, sob responsabilidade da Prefeitura Municipal (PORTO ALEGRE, 2011).

O presente estudo toma este cenário, de importância singular para a população e a rede de serviços do SUS, para vislumbrar a saúde dos trabalhadores,

uma vez que os profissionais desta área têm sido expostos a diversos riscos ocupacionais, sendo a exposição à violência a segunda causa prevalente de ocorrência de acidentes de trabalho (SOERENSEN *et al.*, 2008).

A exposição à violência no trabalho tornou-se significativa por acarretar lesões físicas, psíquicas e morais (NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL HEALTH, 2002). A violência física pode acarretar injúrias e, em casos extremos, inclusive, morte do trabalhador. A violência psicológica, sobretudo a verbal, pode causar ansiedade, depressão e estresse, entre outras alterações da saúde (GILLESPIE *et al.*, 2010).

As situações de violência no trabalho podem provocar conflitos nas relações interpessoais, na organização do trabalho e no contexto laboral como um todo. Uma revisão sobre as consequências adversas da violência à saúde dos trabalhadores aponta que esta afeta a saúde psíquica e física dos profissionais. Também foram descritas alterações como insônia, apatia, ansiedade, depressão, além de queixas psicossomáticas, características típicas de distúrbios psíquicos menores (MARI; WILLIAMS, 1986; GUIMARÃES; RIMOLI, 2006).

Características similares às citadas também são relatadas por indivíduos que estão estressados, do que se infere que a violência está associada ao estresse do trabalhador. Estudo de coorte realizado em 10 países europeus demonstrou relação entre a exposição de cuidadores à violência e presença de Síndrome de *Burnout* (BEHAR *et al.*, 2008). Esta Síndrome consiste em uma condição de estresse laboral crônico (COSTA; LIMA; ALMEIDA, 2003; MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005; VIEIRA; SILVEIRA; FRANCO, 2010), a qual acarreta danos severos à saúde e por vezes incapacitando-o para o trabalho.

Cabe salientar que o interesse em aprofundar conhecimentos acerca da temática da saúde do trabalhador se origina da aproximação da autora ao ingressar, em 2009, no Grupo Interdisciplinar de Saúde Ocupacional (GISO), que desenvolve estudos na linha de pesquisa Gestão em Saúde e Enfermagem e Organização do Trabalho, no qual atuou como bolsista de iniciação científica e participou de várias investigações desenvolvidas nesta área, incluindo o estudo intitulado “Violência no trabalho em saúde: Implicações para a saúde do trabalhador”. Neste projeto, participou da coleta e tabulação dos dados, o que despertou interesse pelo tema da violência, em especial contra os trabalhadores do APH, uma vez que estes estão

expostos aos diferentes cenários e situações em que necessitam atender a população.

A literatura aponta e se observam cotidianamente expressões de violência em todos os âmbitos sociais e dos serviços. Sabe-se que estas acarretam vários distúrbios aos sujeitos que as vivenciam o que incita a necessidade de se identificar os tipos de violências e como estes se processam a fim de propor intervenções para sua redução e/ou coibição. Assim, este estudo se justifica pela falta de dados sobre a exposição dos trabalhadores do SAMU à violência e o estresse laboral que vivenciam bem como sobre os transtornos psíquicos que eventualmente possam apresentar. Espera-se que os dados encontrados possam subsidiar estratégias para enfrentamento destas situações que conseqüentemente protejam o trabalhador.

A partir desta problematização, propõem-se as questões norteadoras: Os trabalhadores do SAMU são expostos à violência no trabalho? Estes trabalhadores apresentam distúrbios psíquicos menores e/ou Síndrome de *Burnout*?

2 OBJETIVOS

Para operacionalizar a presente investigação, foram propostos os objetivos a seguir.

2.1 Objetivo Geral

Identificar a proporção de trabalhadores do SAMU de Porto Alegre/RS que estão expostos à violência no trabalho quanto ao desenvolvimento de Síndrome de *Burnout* e Distúrbios Psíquicos Menores (DPM).

2.2 Objetivos Específicos

- a) Caracterizar o perfil sociodemográficas e laborais dos profissionais do SAMU.
- b) Determinar a prevalência de violência no trabalho dos profissionais do SAMU.
- c) Caracterizar os tipos de violência e os perpetradores.
- d) Identificar a prevalência de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores do SAMU.
- e) Determinar a prevalência da Síndrome de *Burnout* entre profissionais do SAMU.
- f) Verificar a existência de correlação entre exposição à violência e presença da Síndrome de *Burnout* e/ou Distúrbios Psíquicos Menores.

3 CONTEXTO TEÓRICO

Este estudo pretende investigar a exposição dos trabalhadores do SAMU de Porto Alegre à violência e a presença de distúrbios psíquicos menores e estresse sob forma da Síndrome de *Burnout*, para tanto, faz-se necessário apoiar-se na literatura para embasar esta proposição. Neste sentido, realizou-se uma breve revisão de literatura a cerca da temática em pauta.

Primeiramente, o SAMU será apresentado em termos de sua instituição, as características do processo de trabalho e as possíveis situações que levem à exposição de violência. Em seguida, o trabalho em saúde, com ênfase no trabalho de enfermagem, será descrito, bem como as características que o expõe à violência.

A conceituação de violência será definida em seguida. Posteriormente, serão brevemente descritos o estresse/Síndrome de *Burnout* e os distúrbios psíquicos menores, que podem ser decorrentes da exposição dos trabalhadores à violência.

3.1 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU

O SAMU, enquanto recurso do Sistema Único de Saúde (SUS) para atendimento pré-hospitalar móvel, foi criado por meio da Política Nacional de Atenção a Urgências, proposta pela Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº1.863, de 29 de setembro de 2003, e instituído por uma portaria específica do MS (nº 1.864/03). A prestação de atendimentos estende-se por todos os municípios do território nacional (BRASIL, 2006).

O SAMU presta atendimento às pessoas em situação de urgências de origem traumática, clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica, pediátrica e de saúde mental (BRASIL, 2006). A solicitação de atendimento para o SAMU é feita por contato telefônico, pelo número 192. A organização da assistência a ser prestada é responsabilidade da Central de Regulação Médica, composta por médicos e assistentes, que recebem as chamadas, avaliam a situação descrita, dão orientações e, se julgarem necessário, enviam suporte de uma ambulância e equipe especializada ou indicam uma conduta por telefone, como, por exemplo,

encaminhamento à unidade básica de saúde de referência. O SAMU conta com dois tipos de ambulâncias: Unidade de Suporte Básico (USB) e Unidade de Suporte Avançado (USA). As ambulâncias são equipadas de acordo com o tipo de atendimento que prestam. O atendimento prestado pelas unidades móveis do SAMU é realizado em quaisquer que sejam os lugares de ocorrência da urgência, sejam vias públicas, residências, entre outros (TRAJANO; CUNHA, 2011).

O atendimento no SAMU é prestado por uma equipe multiprofissional: as USB contam com um condutor e um técnico/auxiliar de enfermagem, enquanto as equipes de USA são compostas de médico, enfermeiro e condutor. Ainda fazem parte da equipe os médicos e assistentes da Central de Regulação Médica (TRAJANO; CUNHA, 2011). O trabalho é predominantemente coletivo, ou seja, o êxito do atendimento dar-se-á com a colaboração de cada profissional (SOERENSEN *et al.*, 2008).

Os profissionais da SAMU estão expostos cotidianamente a situações imprevisíveis, pois dificilmente é possível ter conhecimento prévio sobre o tipo de atendimento que será necessário prestar (VEGIAN; MONTEIRO, 2011). O tempo é um fator de extrema relevância, pois as vítimas precisam ser rapidamente socorridas (SOERENSEN *et al.*, 2008). Estas características podem expor os trabalhadores a situações de estresse e ansiedade (VEGIAN; MONTEIRO, 2011) e este agir sob pressão pode suscitar a violência entre os profissionais e entre esses e os usuários. Estudo realizado em atendimento pré-hospitalar de Ribeirão Preto, SP, aponta a violência contra trabalhadores perpetrada por pacientes e/ou familiares, como segunda causa prevalente de riscos ocupacionais naquela área de atuação. Pela similaridade de trabalho e suas condições, os trabalhadores de SAMU de Porto Alegre também podem estar expostos a situações de violência.

Em Porto Alegre, o SAMU foi inaugurado em novembro de 1995, proveniente de um tratado de cooperação técnica entre os governos francês e brasileiro, antes mesmo de existirem normativas relativas ao tema no país (CICONET; MARQUES; LIMA, 2008). A Central de Regulação e Gerência estão instaladas no interior do Hospital de Pronto Socorro (HPS).

É preconizado na Portaria GM nº 1.864 (BRASIL, 2006) que deve haver ambulâncias na proporção de um veículo de suporte básico à vida para cada grupo de 100.000 a 150.000 habitantes, e de um veículo de suporte avançado à vida para cada 400.000 a 450.000 por habitantes. Porto Alegre conta com aproximadamente

1.400.000 habitantes (PORTO ALEGRE, 2011) e, para atendê-los, o SAMU é composto atualmente de onze unidades de suporte básico e 3 unidades de suporte avançado, totalizando 14 veículos. A distribuição das bases pelas diferentes localidades da cidade visa o alcance a todos os pontos do município.

3.2 Trabalho em saúde

O trabalho em saúde, embora esteja alocado no setor terciário da economia, apresenta várias peculiaridades que o diferencia dos demais componentes deste setor. O prestar cuidado, que visa à manutenção das condições essenciais da vida humanas, possui uma dimensão imaterial e implica em uma constante relação entre quem recebe e quem presta a assistência (PIRES, 2010).

No cotidiano assistencial, observa-se a divisão de tarefas e a presença de atividades rotineiras, verticalizadas e burocráticas, baseadas em uma organização de trabalho essencialmente nos modelos taylorista e fordista (VIEIRA; SILVEIRA; FRANCO, 2011; RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004). A função desempenhada por cada profissional apresenta uma relevância social historicamente consolidada pelo modelo biomédico. Ficam implícitas, então, relações de poder e hierarquia que podem suscitar situações de abuso.

Além de encontrarem-se expostos a diversos riscos, os trabalhadores em saúde tem contato constante com o público, o que pode representar um elevado potencial para a ocorrência de agressões a trabalhadores (DI MARTINO, 2002).

3.3 Violência no trabalho em saúde

Violência é definida pela OMS como uso de força física ou poder contra si, contra outra pessoa ou grupo, que pode causar morte, dano psicológico, lesão, alterações do desenvolvimento ou de privação. É subdividida em violência física e psicológica, sendo que esta última abrange agressão verbal, assédio moral, discriminação e assédio sexual (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Foi a partir da década de 1980 que a violência passou a ser temática de relevância no que tange a saúde do trabalhador, em razão de estudos que demonstraram sua prevalência nos ambientes laborais. Embora os efeitos da violência atinjam todos os setores, ela configura-se diferentemente em cada contexto. Estudos indicam que os profissionais de saúde estão constantemente expostos à violência, sendo os mais propensos a vivenciar situações violentas as equipes que trabalham em ambulâncias, emergências e de enfermagem, sendo pacientes e acompanhantes os principais perpetradores (CAMPOS; PIERANTONI, 2010; GILLESPIE *et al.*, 2010).

Estudo realizado em diversos tipos de serviços de saúde do Rio de Janeiro que indicou que 39,5% dos trabalhadores referiram ter sofrido algum tipo de agressão verbal durante seu trabalho no ano anterior. Ainda no que tange à violência psicológica, 15,2% afirmaram ter sofrido assédio moral, assédio sexual por 5,7% e discriminação racial por 5,3%. Agressões físicas foram descritas por 6,4% dos trabalhadores (PALÁCIOS *et al.*, 2003).

As causas da violência estar permeadas por uma relação complexa entre fatores organizacionais, individuais e sociais. O estresse, a alta demanda de trabalho, os problemas sociais e as constantes reformas no sistema de saúde são apontados como fatores geradores de violência nesta área (DI MARTINO, 2002).

3.4 Distúrbios Psíquicos Menores

A violência contra o trabalhador pode oferecer riscos à saúde física e mental destes profissionais (CAMPOS; PIERANTONI, 2010). Estudos tem demonstrado que sintomas psíquicos como irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, apatia, ansiedade, obsessões, fobias, agressividade, dificuldade de concentração ou de pensar claramente, depressão, isolamento e solidão, deterioração das relações interpessoais, sentimento de indefesa e culpabilidade, vergonha, injustiça e desconfiança, crises de autoestima, pensamentos suicidas, aumento de peso ou emagrecimento exagerado além de insônia, do uso abusivo de álcool e drogas são frequentemente descritos por trabalhadores da área da saúde (GUIMARÃES; RIMOLI, 2006).

A OMS, na década de 1970, conduziu o Estudo Colaborativo em Estratégias para Atendimento em Saúde Mental, que objetivava a métodos de baixo custo para rastreamento de distúrbios psíquicos (WORLD HEALTH ORGANIZATION EXPERT COMMITTEE ON MENTAL HEALTH, 1975). A partir disso, foi criado o *Self-Reporting Questionnaire* SRQ-20 que rastreia, além dos distúrbios psíquicos e sintomas psicossomáticos.

3.5 Estresse e Síndrome de *Burnout*

O estresse pode ser entendido como desgaste do organismo, que, pode vir a causa alterações psíquicas e fisiológicas, que ocorrem quando o indivíduo é exposto situações que lhe causem excitação, irritabilidade, medo ou mesmo felicidade (PARFARO; DI MARTINO, 2004). O estresse ocupacional, ou seja, vinculado ao trabalho, consiste na falta de capacidade de (re)adaptação, por parte do trabalhador, às demandas provenientes de seu trabalho (COSTA; LIMA; ALMEIDA, 2003). Aspectos da organização, da administração, do sistema de trabalho e da qualidade das relações humanas podem ser fatores desencadeantes de estresse ocupacional (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

A Enfermagem foi considerada a quarta profissão mais estressante do setor público pela *Health Education Authority*. Aspectos como alta demanda laboral em relação ao pequeno contingente de pessoal, baixos salários, carga horária de trabalho prolongada, além da falta de reconhecimento profissional (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

O estresse é capaz de mobilizar sintomas físicos e mentais/emocionais, tais como fadiga, dores de cabeça e no corpo, insônia, problemas gastrointestinais, diminuição da concentração e memória, ansiedade, depressão, raiva, frustração, preocupação, dentre outros (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

A cronificação do estresse ocupacional é denominada Síndrome de *Burnout*, seu desenvolvimento é considerado multicausal. É uma síndrome que envolve condutas negativas contra usuários, clientes, organização e trabalho. Esta síndrome abrange três dimensões: a exaustão emocional, caracterizada pelo sentimento de esgotamento emocional; a despersonalização, que consiste no endurecimentos e insensibilidade e a falta de reconhecimento profissional (COSTA; LIMA; ALMEIDA, 2003; MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

O estresse que caracteriza a Síndrome de *Burnout* pode ser mensurado por meio do instrumento denominado *Malasch Burnout Inventory* (MBI), criado em 1981 e validado para a língua portuguesa (MALASCH; JACKSON, 2007; LAUTERT, 1995; BENEVIDES-PEREIRA; 2002).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Nesta sessão apresentam-se os materiais e métodos empregados na presente investigação bem como os preceitos éticos que a nortearam.

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma investigação com abordagem quantitativa de delineamento transversal, em que a aplicação dos instrumentos foi feita em um único momento a todos os sujeitos. Este delineamento demonstra-se útil para descrever variáveis e suas distribuições (NEWMAN, 2008).

4.2 Contexto

Os dados foram coletados na base de dados do projeto de pesquisa “Violência no trabalho em saúde: Implicações para a saúde do trabalhador”. Esta investigação teve início em julho de 2011 e se estendeu até maio de 2012.

Ao final das coletas, as informações foram disponibilizadas em uma base de dados que subsidiou este estudo. A captura das informações para a presente investigação na base deu-se no mês de maio de 2012.

4.3 População e Amostra

A população do SAMU Porto Alegre é composta 171 profissionais. Quando da coleta, havia 85 questionários no banco de dados, que constituíram a amostra deste estudo.

4.4 Coleta dos Dados

Este estudo trata-se de um recorte do projeto intitulado “Violência no trabalho em saúde: Implicações para a saúde do trabalhador”. As informações foram coletadas a partir de um banco de dados pré-existente. Foram utilizados dados referentes às condições sociolaborais e dos instrumentos de pesquisa: *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector* (DI MARTINO, 2002), *Self Reporting Questionnaire - SRQ-20* (HARDING *et al.*, 1980; MARI; WILLIAMS, 1986) e o *Maslach Burnout Inventory* (MASLASC; JACKSON, 2007; LAUTERT, 1995).

No projeto original foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ser trabalhador em cargo de provimento efetivo e regidos pelo Estatuto dos Funcionários Públicos do Município de Porto Alegre e estar ativo na função. Foram excluídos os trabalhadores que estiverem em férias, licenças ou em afastamento.

4.4.1 Instrumentos para Coleta dos dados

Survey questionnaire Workplace Violence in the Health Sector

A prevalência de violência será avaliada por meio do *Survey questionnaire Workplace Violence in the Health Sector* (ANEXO D), proposto pela OMS, OIT e Conselho Internacional de Enfermagem (DI MARTINO, 2002), traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Palácios *et al.* (2008). O questionário é composto por dados sociolaborais e levantamento de informações sobre violência física e violência psicológica – abrangendo agressão verbal, assédio moral, assédio sexual, discriminação racial – e aborda ainda medidas institucionais de controle da violência no trabalho.

Malasch Burnout Inventory

O estresse laboral foi mensurado por meio *Malasch Burnout Inventory* (MBI) (ANEXO E), validado para a língua portuguesa (LAUTERT, 1995; BENEVIDES-PEREIRA, 2001). No presente estudo a referida escala apresentou consistência interna de 0,90 em Desgaste Emocional, 0,79 em Despersonalização e 0,71 em Realização Profissional por meio do *Alpha de Cronbach* e validação convergente. A escala *Burnout* é formada por três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e a realização profissional. A primeira dimensão (exaustão emocional) consiste em sentimentos de fadiga do indivíduo frente à percepção de exigências laborais excessivas. A dimensão sobre despersonalização avalia atitudes negativas como frieza, dureza e distanciamento excessivo dos trabalhadores em relação aos que recebem sua assistência. A terceira e última dimensão – realização profissional – trata da auto-avaliação do trabalhador quanto a seu papel no trabalho quanto a sentimentos de competência e sucesso no trabalho. A dimensão de realização profissional é independente das demais, e ao contrário, não avalia itens negativos (escore reverso) (MASLASCH; JACKSON, 2007).

A subescala que avalia exaustão emocional corresponde a nove questões do instrumento MBI (questões de número um a nove), a dimensão de despersonalização é avaliada por cinco questões (questões de número 18 a 22) e a subescala de realização profissional, por oito itens (questões de número 10 a 17), totalizando 22 questões. A avaliação deriva de uma escala do tipo *Likert* com sete pontos (LAUTERT, 1995).

Self-Reporting Questionnaire SRQ-20

A prevalência de distúrbios psíquicos menores foi avaliada por meio do *Self-Reporting Questionnaire SRQ-20* (ANEXO F), desenvolvido por Harding *et al.* (1980) e validado no Brasil (MARI, WILLIAMS, 1986) para rastrear sintomas de ansiedade, depressão e distúrbios psicossomáticos. As respostas são dicotômicas (sim/não). Cada resposta afirmativa pontua com o valor 1 (um) para compor o escore final por

meio do somatório de respostas afirmativas. Os escores obtidos estão relacionados com a probabilidade de presença de distúrbios psíquicos menores (DPM) variando de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade) (HARDING *et al.*,1980). O ponto de corte do SRQ-20 pode apresentar variação considerável, entre 5/6 a 10/11, de acordo com contexto cultural, local e temporal em que é aplicado (SANTOS, 2009), neste estudo foi utilizado ponto de corte 7 (TAVARES, 2010; DAL PAI, 2011).

4.5 Análise dos Dados

Os dados sociodemográficos e laborais dos trabalhadores e os escores nos três instrumentos aplicados foram analisados utilizando-se o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 18.0. Utilizou-se estatística descritiva e analítica: para variáveis categóricas foram calculadas frequências relativas e absolutas; para variáveis contínuas e escalares, foram apresentadas médias e desvio padrão ou mediana e intervalos interquartílicos.

As variáveis do *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector* foram analisadas por meio de estatística descritiva.

O SRQ-20 teve como ponto de corte 7 para ambos os sexos, sendo considerada presença de sintomas de distúrbios psíquicos menores quando o escore do entrevistado foi igual ou maior a este valor, para sua avaliação foi utilizada estatística descritiva (frequência relativa e absoluta).

Quanto ao MBI, foram considerados com Síndrome *Burnout* os sujeitos que apresentaram percentil maior ou igual a 75% nas dimensões de desgaste emocional e despersonalização e percentil de até 25% de pontos na dimensão de realização profissional (escore reverso).

A comparação entre grupos valeu-se de teste Qui-quadrado para variáveis categóricas com respostas dicotômicas; para variáveis contínuas e escalares, utilizou-se Teste *t de Student* para aquelas com distribuição normal e Teste de Man-Witney para as de distribuição não-normal. A normalidade das variáveis escalares foi analisada por Teste de Shapiro-Wilk.

4.6 Aspectos Éticos

O presente estudo tem a aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ/ENF) (ANEXO A) e o projeto original tem aceite do Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de Porto Alegre (ANEXO B). Todos os sujeitos que participaram do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para realização de pesquisa em base dados, foi assinado um Termo de Responsabilidade para Uso de Dados (APÊNDICE A).

Os princípios éticos foram respeitados, mantendo-se o anonimato sobre a identificação dos participantes da pesquisa, em atenção às determinações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

5 RESULTADOS

A seguir serão apresentados os resultados encontrados a partir de uma amostra de 85 trabalhadores do SAMU Porto Alegre.

5.1 Caracterização dos trabalhadores participantes do estudo

Na tabela 1 são apresentadas as informações sociodemográficas dos 85 trabalhadores do SAMU de Porto Alegre.

Tabela 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas dos participantes do estudo. Porto Alegre, 2012.

Variáveis sociodemográficas	n=85
Sexo*	
Masculino	53 (62,4)
Feminino	32 (37,6)
Idade (anos) †	45,98(±7,54)
Cor da pele*	
Branca	64 (75,6)
Outra	21 (24,7)
Escolaridade (anos) †	14,75 (±5,21)
Situação conjugal*	
Casado/ com companheiro	61 (71,8)
Solteiro/ sem companheiro	24 (28,2)
Nº de filhos[§]	2 (0-8)
Horas de sono/24 horas †	6,72 (±1,6)
Tabagista*	
Sim	13 (15,3)
Não	72 (84,7)
Consumo de bebida alcoólica/semana*	
Nunca	34 (40)
01 a 02 dias	47 (55,3)
Mais de 03 dias	4 (4,7)
Uso de medicamento psicoterápico*	
Sim	13 (15,3)
Não	72 (84,7)
Acompanhamento psicoterapêutico*	
Sim	11 (12,9)
Não	74 (87,1)

Fonte: Pesquisa documental em banco de dados. MELLO, Déborah Bulegon. Porto Alegre, 2012.

Notas: *n (%), †Média (± desvio padrão). §Mediana (intervalos interquartílicos).

Verifica-se que se trata de uma amostra predominantemente masculina (62,4%), de cor branca (75,6%), casada (71,8%), com média de idade de 45,98 anos ($\pm 7,54$), com dois filhos (0-8). O tempo médio de horas de sono nas 24 horas foi de 6,72 horas ($\pm 1,6$). A escolaridade média foi de 14,75 anos ($\pm 5,21$), 55,3% afirmaram que consomem bebida alcoólica de uma a duas vezes por semana e 84,7% não fumam. O uso de medicamento psicoterápico foi identificado em 15,3% dos trabalhadores, sendo que 12,9% fazem acompanhamento psicoterápico.

A tabela 2 expõe os dados laborais dos 85 trabalhadores do SAMU de Porto Alegre.

Tabela 2 – Distribuição das variáveis laborais dos participantes do estudo. Porto Alegre, 2012.

Variáveis laborais	n=85
Categoria Profissional*	
Técnicos/Auxiliares de Enfermagem	24 (28,2)
Condutores	31 (36,5)
Enfermeiros	13 (15,3)
Médicos	17 (20,0)
Tempo de experiência na área da saúde (anos)[§]	17 (1-40)
Tempo de trabalho na instituição (anos)[§]	09 (1-16)
Turno de Trabalho*	
Diurno (7h às 19h)	41 (48,2)
Noturno (19h às 7h)	30 (35,3)
Plantão	14 (16,5)
Carga horária semanal de trabalho[§]	40 (20-40)
Trabalha em outra instituição*	
Sim	30 (35,3)
Não	55 (64,7)
Cargo de Chefia*	
Sim	02 (2,4)
Não	83 (97,6)
Interage com pacientes no trabalho*	
Sim	83 (97,6)
Não	02 (2,4)
Contato físico com pacientes no trabalho*	
Sim	83 (97,6)
Não	02 (2,4)
Paciente que atende*	
Adultos/idosos	49 (57,6)
Ambos (Crianças/adolescentes e adultos/idosos)	34 (40,0)
Nº de profissionais presentes no trabalho[§]	1 (1-50)
Acidentes de Trabalho*	
Sim	48 (56,5)
Não	37 (43,5)

Variáveis laborais	n=85
Relacionamentos Interpessoais no trabalho*	
Péssimos	1 (1,2)
Regulares	5 (5,9)
Bons	50 (58,8)
Ótimos	29 (34,1)
Satisfação com local de trabalho[†]	
Sim	69 (81,2)
Não	16 (18,8)

Fonte: Pesquisa documental em banco de dados. MELLO, Déborah Bulegon. Porto Alegre, 2012.

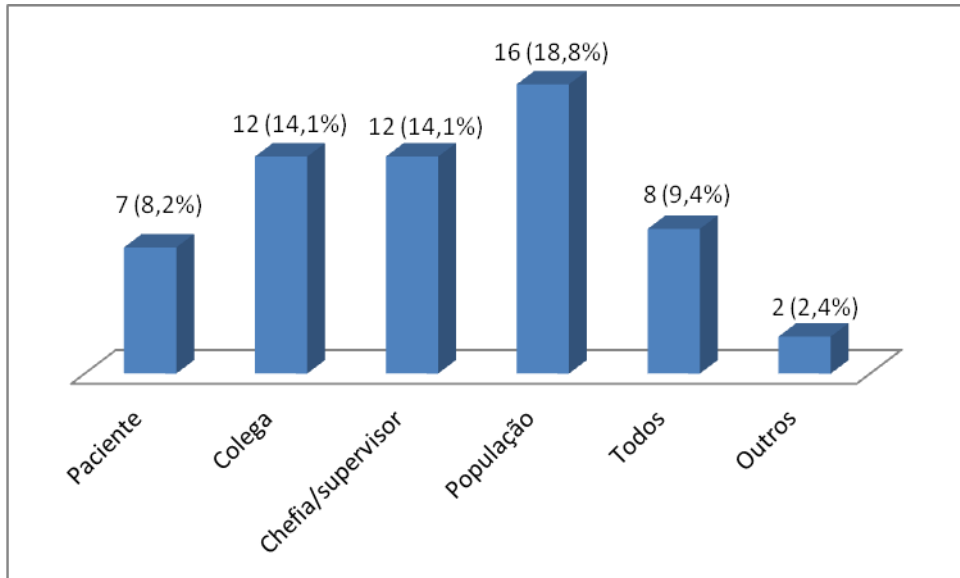
Notas: *n (%), [†]Média (± desvio padrão). [§]Mediana (intervalos interquartílicos).

Quanto a variáveis laborais, esta amostra foi composta por 36,5% de condutores e 63,5% profissionais de saúde - 28,2% de auxiliares/técnicos de enfermagem, 20% de médicos, 15,3% de enfermeiros. O tempo de experiência na área da saúde distribui-se em torno de 17 (1-40) anos e o tempo de atuação no SAMU Porto Alegre em torno de 9 anos (1-16). O maior percentual dos trabalhadores atuava durante o dia (48,2%); 64,7% dos trabalhadores não trabalhavam em outra instituição. Apenas dois trabalhadores entrevistados (2,4%) possuíam cargo de chefia, sendo que 97,6 interagiam com pacientes e tinham contato físico com eles (lavando, virando, erguendo, contendo). Os pacientes mais frequentemente atendidos foram adultos e idosos (57,6%), mas 40% afirmaram que a frequência é igual para ambos os grupos (crianças/adolescentes e adultos. A carga horária semanal de trabalho distribui-se próximo a 40 horas. Costuma estar presente no local de trabalho cerca de 1 (1-50) trabalhador, além do próprio trabalhador respondente.

Os relacionamentos pessoais foram avaliados como bons por 58,8% dos entrevistados. A satisfação com o local de trabalho foi expressa por 81,2% dos respondentes.

No que tange o reconhecimento profissional, 57 (67,1%) trabalhadores sentem-se reconhecidos.

Nas figuras 1 são apresentados os dados referentes aos indivíduos pelos quais os trabalhadores se sentem reconhecidos pelo trabalho que realizam.



Fonte: Pesquisa documental em banco de dados. MELLO, Déborah Bulegon. Porto Alegre, 2012. Notas: *n(%).

Figura 1 – Distribuição dos indivíduos pelos quais os trabalhadores sentem-se reconhecidos. Porto Alegre, 2012. (n=57)

O reconhecimento profissional é identificado por estes trabalhadores por parte da população (18,8%), seguido de colegas (14,1%) ou chefias/supervisores (14,1%). Dentre os 32,9% que declararam não se sentirem reconhecidos, apontaram a chefia/supervisor (14,1%), seguidos da população (11,8%).

5.2 Violência contra trabalhadores participantes do estudo

Os trabalhadores participantes do estudo foram questionados acerca da vivência de situações de violência nos últimos 12 meses. Para esta avaliação, dividiu-se as agressões em duas classificações: violência física e psicológica. Ainda, esta segunda categoria é subdividida em agressão verbal, intimidação/assédio moral, assédio sexual e discriminação racial.

A tabela 3 apresenta os dados relacionados à preocupação e ocorrência de violência nos trabalhadores do estudo. Na figura 3 está apresentada a distribuição dos trabalhadores quanto ao número de tipos de agressões vivenciadas no mesmo período.

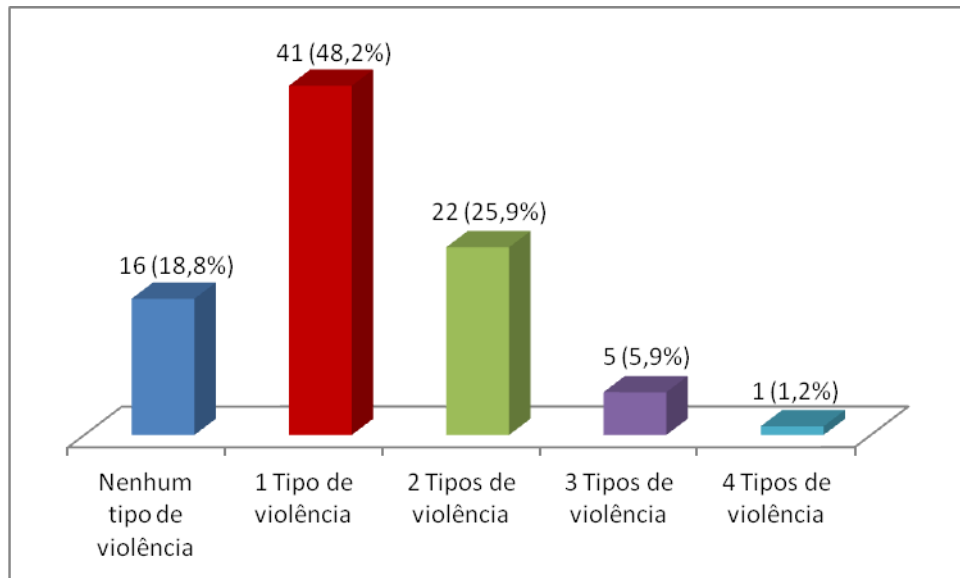
Tabela 3 – Distribuição das variáveis em estudo quanto à exposição à violência nos últimos 12 meses. Porto Alegre, 2012. (n=85)

Variáveis	n=85
Preocupação com a violência[†]	3,69 (±1,4)
Trabalhadores expostos à violência*	
Sim	69 (81,2)
Não	16 (18,8)

Fonte: Pesquisa documental em banco de dados. MELLO, Déborah Bulegon. Porto Alegre, 2012.

Notas: *n (%),[†]Média (± desvio padrão).

Em uma escala de preocupação com a violência com cinco pontos, sendo o número um representativo de nenhuma preocupação com a violência e o número cinco, muita preocupação, a média foi de 3,69 (±1,4), que equivaleria a uma preocupação moderada. Observa-se ainda que 81,2% dos entrevistados afirmou ter vivenciado pelo menos um tipo de violência nos últimos 12 meses.



Fonte: Pesquisa documental em banco de dados. MELLO, Déborah Bulegon. Porto Alegre, 2012. Notas: *n(%).

Figura 2 – Distribuição dos trabalhadores quanto ao número de tipos de violência vivenciados nos últimos 12 meses. Porto Alegre, 2012. (n=85)

Conforme é possível observar na Figura 2, a maioria dos trabalhadores (48,2%) sofreu um tipo de agressão, seguidos de 25,9% que foram agredidos de duas formas diferentes no mesmo período.

A tabela 4 e 5 apresentam, respectivamente, os cruzamentos das médias das variáveis sociodemográficas e laborais entre o grupo que sofreu e o que não sofreu violência no trabalho no último ano.

Tabela 4 – Distribuição das variáveis conforme características sociodemográficas e a exposição ou não à violência. Porto Alegre, 2012.

Variáveis sociodemográficas	Violência no trabalho		p
	Sim (n=69)	Não (n=16)	
Sexo*			0,576
Masculino	83,0	17,0	
Feminino	78,1	21,9	
Idade (anos)**	45,6 (±7,6)	47,44 (±6,9)	0,393 [¶]
Cor da pele*			0,540
Branca	79,7	20,3	
Outra	85,7	14,3	
Escolaridade (anos)**	15,23 (±5,2)	11,88 (±5,4)	0,039 ^{**}

Variáveis sociodemográficas	Violência no trabalho		p
	Sim (n=69)	Não (n=16)	
Nº de filhos[§]	2 (0-8)	1,5 (0-5)	0,986**
Horas de sono/24h[†]	6,54 (±1,5)	7,5 (±1,7)	0,047**
Tabagista*			0,231
Sim	69,2	30,8	
Não	83,3	16,7	
Consumo de bebida alcoólica/semana*			0,377
Nunca	85,3	14,7	
01 a 02 dias	76,6	23,4	
Mais de 03 dias	87,1	12,9	
Uso de medicamento psicoterápico*			0,461
Sim	76,9	15,3	
Não	81,9	18,1	
Acompanhamento psicoterapêutico*			0,376
Sim	90,9	9,1	
Não	79,7	20,3	

Fonte: Pesquisa documental em banco de dados. MELLO, Déborah Bulegon. Porto Alegre, 2012.

Notas: *%; [†]Média (± desvio padrão). [§]Mediana (intervalos interquartílicos); ^{||}Qui-quadrado, [¶]Teste *t Student*, ^{**}Teste de Mann-Whitney.

Os trabalhadores do sexo masculino (83%), de cor de pele parda, negra ou outra (85,7%), casados ou com companheiro (85,2%) foram mais expostos à violência no trabalho nos últimos 12 meses, embora não tenha sido encontrada diferença estatisticamente significativa ($p > 0,005$). A média de idade foi menor entre trabalhadores atingidos pela violência enquanto a média de anos de escolaridade foi significativamente maior entre trabalhadores vítimas de violência ($p = 0,039$). A média de horas de sono nos trabalhadores foi estatisticamente menor entre os atingidos pela violência ($p = 0,047$). Os não tabagistas (83,3%) apresentaram médias maiores de exposição à violência tal como o consumo de bebidas alcoólicas, mas este dado não demonstrou significância estatística. Foram mais expostos à violência os trabalhadores que não usam medicamentos psicoterápicos (81,9%) e os que fazem acompanhamento psicoterapêutico (90,9%), todavia a distribuição das médias não atingiu valores significativos.

Tabela 5 – Distribuição dos participantes do estudo conforme características laborais e a exposição ou não à violência. Porto Alegre, 2012.

Variáveis laborais	Violência no trabalho		P
	Sim (n=69)	Não (n=16)	
Experiência na área da saúde (anos)**	18,42 (±9,2)	12,5 (±8,5)	0,018**
Tempo de trabalho na instituição[§]	7 (1-16)	9,5 (1-16)	0,709**
Turno de Trabalho*			0,034
Diurno (7h às 19h)	70,7	29,3	
Noturno (19h às 7h)	86,7	13,3	
Plantão	100	0	
Carga Horária Semanal de Trabalho**	40 (20-40)	40 (20-40)	0,239**
Trabalha em outra instituição*			0,339
Sim	75,0	25,0	
Não	62,3	37,7	
Cargo de Chefia*			0,254
Sim	93,8	6,3	
Não	98,6	1,4	
Função na Instituição*			0,690**
Enfermeiro	11,6	31,3	
Médico	21,7	12,5	
Técnico/Auxiliar de Enfermagem	31,9	12,5	
Condutor	34,8	43,8	
Setor de Trabalho*			0,186
Suporte Avançado	65,0	35,5	
Suporte Básico	85,4	14,6	
Regulação Médica	93,3	6,7	
Paciente que atende*			0,421
Adultos/idosos	79,6	20,4	
Ambos	85,3	14,7	
Nº profissionais no trabalho[†]	1 (1-50)	1,5 (0-50)	0,721**
Satisfação com local de trabalho[†]			0,034
Sim	76,8	100,0	
Não	23,2	0,00	
Reconhecimento			0,053
Sim	75,4	24,6	
Não	92,9	7,1	
Acidentes de Trabalho*			0,562
Sim	83,3	16,7	
Não	78,4	21,6	

Fonte: Pesquisa documental em banco de dados. MELLO, Déborah Bulegon. Porto Alegre, 2012.

Notas: **%;[†]Média (± desvio padrão).[§]Mediana (intervalos interquartílicos);^{||}Qui-quadrado, [†]Teste *t Student*, ^{**}Teste de Mann-Whitney.

O tempo médio de experiência na área da saúde foi estatisticamente maior entre trabalhadores vítimas de violência (p=0,018) e entre os entrevistados que trabalham em regime de plantão (p=0,034), sendo que os do noturno tiveram médias mais elevadas (86,7%).

A carga horária semanal não se diferenciou no grupo exposto, assim como o fato de trabalhar em outra instituição e ter cargo de chefia. Quanto ao setor de trabalho, aqueles dedicados à regulação médica apresentaram-se mais expostos à violência (100%), seguidos dos trabalhadores alocados nas Unidades de Suporte Básico (85,4%), mas não houve significância estatística. Os técnicos/auxiliares de enfermagem (31,9%) e os condutores (34,8%) sofreram mais violência que os demais, mas as médias não são representativamente distintas.

O tipo de paciente atendido não influenciou estatisticamente à exposição a agressões bem como a quantidade de profissionais presentes no local de trabalho.

A maioria dos profissionais que sofreu algum tipo de violência no último ano, não se sente reconhecida pelo trabalho que realiza ($p=0,053$) e se sente insatisfeita com o local onde trabalha ($p=0,034$). Dos profissionais vítimas de agressões, a média de ocorrência de acidentes de trabalho foi superior, mas este dado não demonstrou distribuição significativa ($p>0,005$).

5.2.1 Violência Física

A seguir serão apresentados resultados referentes à aplicação do *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector* no que se refere à violência física. Verificou-se que 15 trabalhadores (17,6%) sofreram este tipo de agressão nos últimos 12 meses.

Tabela 6 – Características da violência física contra participantes do estudo. Porto Alegre, 2012.

Variáveis	n=15
Nº vezes nos últimos 12 meses[†]	1,82 (\pm 0,383)
Situação típica*	
Sim	07 (46,7)
Não	8 (53,3)
Tipo de violência física*	
Com arma	01 (6,7)
Sem arma	14 (93,3)
Agressor*	
Paciente	10 (66,7)
Familiar	02 (13,3)
Populares	03 (20)
Local da agressão*	
Fora da instituição	15 (100)
Possibilidade de evitar incidente*	
Sim	08 (53,3)
Não	07 (46,7)
Ferimentos*	
Sim	01 (6,7)
Não	14 (93,3)
Necessidade de assistência médica*	
Sim	01 (6,7)
Não	14 (93,3)

Fonte: Pesquisa documental em banco de dados. MELLO, Déborah Bulegon. Porto Alegre, 2012.

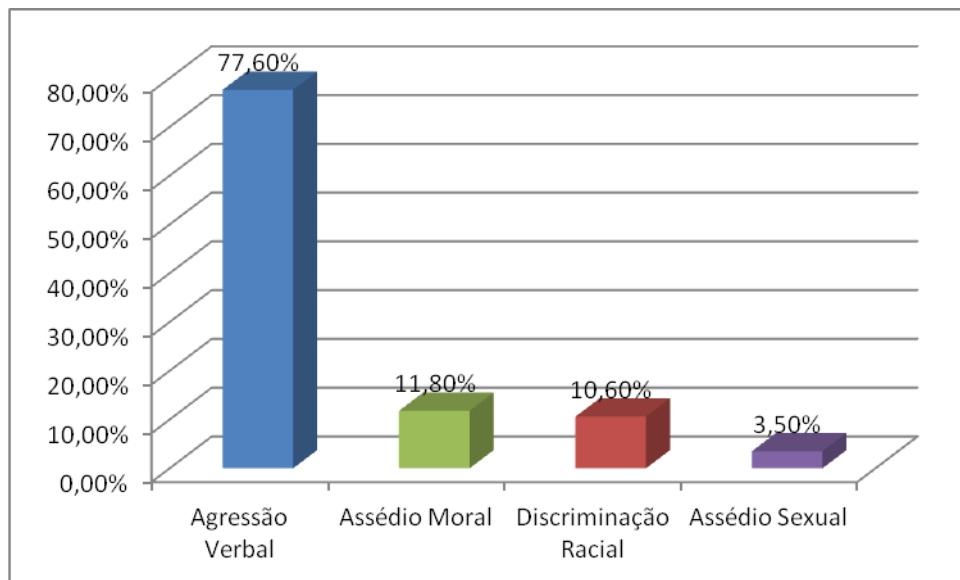
Notas: *n(%); [†] Média (\pm desvio padrão)

A violência física foi referida por 17,6% dos trabalhadores entrevistados, tendo ocorrido em média 1,82 (\pm 0,383) nos últimos 12 meses. Em sua maioria, tratou-se de violência física sem arma (93,3%), que não resultou em ferimentos (93,3%) e não necessitou de assistência médica (93,3%).

Os perpetradores deste tipo de violência são principalmente pacientes (66,7%) e todos os incidentes deste tipo ocorreram fora da instituição. Acredita-se, em 53,3% dos casos que haveria possibilidade de o incidente ter sido evitado e ainda 46,7% considera esta situação típica em seu local de trabalho.

5.2.2 Violência Psicológica

Neste estudo, a violência psicológica foi subdividida em agressão verbal, intimidação/assédio moral, assédio sexual e discriminação racial. Na Figura 4 estão apresentadas as frequências de cada um dos tipos de violência psicológica.



Fonte: Pesquisa documental em banco de dados. MELLO, Déborah Bulegon. Porto Alegre, 2012.

Figura 4 – Distribuição dos participantes do estudo quanto à violência psicológica. Porto Alegre, 2012.

A ocorrência de pelo menos um episódio de agressão verbal foi referida por 77,6% dos trabalhadores; seguidos de 11,8% que afirmaram ter sofrido assédio moral, 10,6% que foram discriminados e 3,5% que foram assediados sexualmente.

Tabela 7 – Características da violência psicológica contra participantes do estudo.
Porto Alegre, 2012.

Variáveis	Agressão Verbal (n=66)	Assédio Moral (n=10)	Assédio Sexual (n=3)	Discriminação Racial (n=9)
Nº vezes nos últimos 12 meses[§]	5 (1-144)	03 (1-10)	01,5 (1-2)	01 (1-6)
Situação típica*				
Sim	54 (82,8)	07 (70)	01 (33,3)	04 (44,4)
Não	12 (18,2)	03 (30)	02 (66,7)	05 (55,6)
Possibilidade de evitar incidente*				
Sim	40 (60,6)	08 (80)	01 (33,3)	08 (88,9)
Não	26 (30,6)	02 (20)	02 (66,7)	01 (11,2)

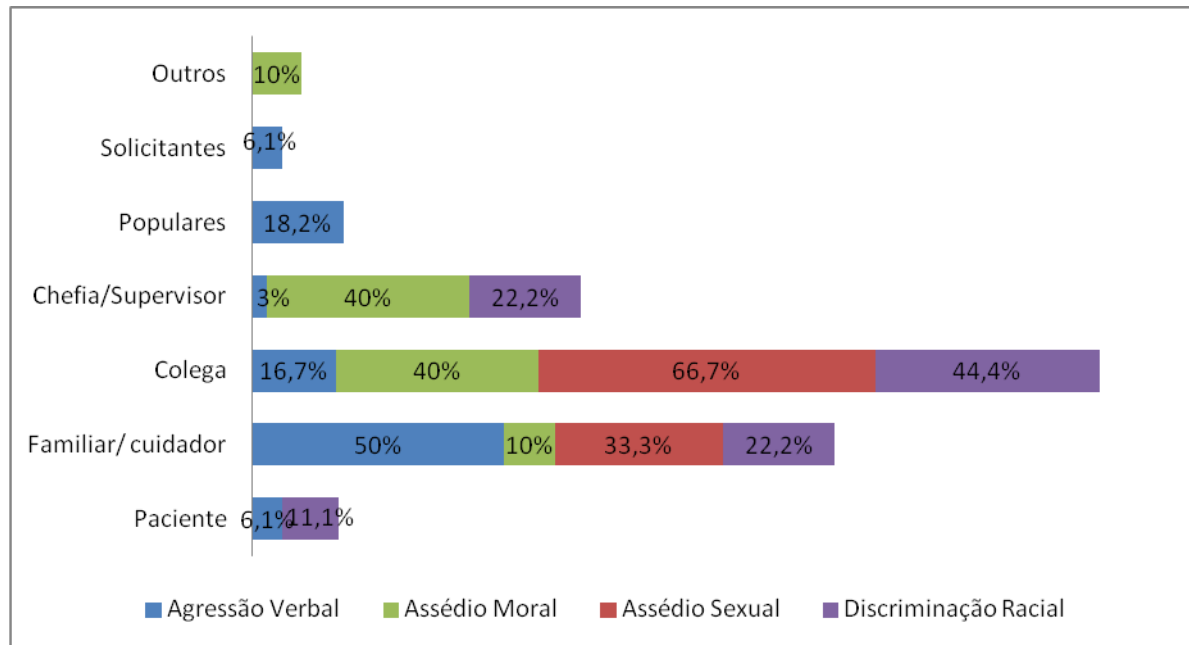
Fonte: Pesquisa documental em banco de dados. MELLO, Déborah Bulegon. Porto Alegre, 2012.

Notas: *n(%); [§]Mediana (intervalos interquartílicos).

Situações de agressão verbal foram consideradas típicas por 82,8%, tendo ocorrido por volta de cinco vezes no último ano (IIQ1-144), sendo que 60,6% acreditam que o incidente vivenciado poderia ter sido evitado. A frequência aproximada de episódios de agressão moral foi de três vezes (IIQ 1-10), tratando-se de uma situação típica para 70% dos trabalhadores e vista com possibilidade de ser evitada por 80% deles.

Os casos de assédio sexual em um ano distribuíram-se por volta de 1,5 casos (IIQ 1-2), sendo assim, esta não foi uma situação considerada típica no local de trabalho (66,7%), mas que poderia ter sido evitada segundo o que afirmaram 66,7% dos entrevistados. A discriminação racial ocorreu cerca de uma vez (IIQ 1-6) nos trabalhadores que a relataram, sendo passível de evitá-la em 88,9%, não tratando-se de uma situação típica no local de trabalho para 55,6%.

A Figura 5 expõe a distribuição dos perpetradores de agressões conforme o tipo de violência psicológica.



Fonte: Pesquisa documental em banco de dados. MELLO, Déborah Bulegon. Porto Alegre, 2012.

Figura 5 – Distribuição dos perpetradores da violência psicológica. Porto Alegre, 2012.

Os principais perpetradores de agressões verbais foram familiares/cuidadores de pacientes e o assédio moral foi perpetrado sobretudo por colegas (40%) e chefias/supervisores (40%). Quanto ao assédio sexual, 66,7% foram cometidos por colegas de trabalho. A discriminação racial também foi mais comumente cometida por colegas (44,4%).

5.3 Violência e Síndrome de *Burnout*

Neste estudo a síndrome de *Burnout* foi avaliada pelo *Malasch Burnout Inventory*, avaliado em três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e realização profissional. Escores altos nas dimensões de exaustão profissional e despersonalização e baixos na dimensão de realização profissional caracterizam-se trabalhadores que sofrem estresse crônico relacionado ao trabalho.

A seguir, na tabela 8, serão apresentadas as médias de escore dos trabalhadores expostos e não expostos à violência quanto aos escores do MBI. Cabe salientar que foi calculado o coeficiente de confiabilidade interna (Alfa de Cronbach) para o instrumento ($\alpha=0,72$) e para cada uma das dimensões

mensuradas neste estudo, obtendo-se, para a dimensão de exaustão emocional um Alfa de Cronbach de 0,91, 0,80 para realização profissional e de 0,67 para despersonalização.

Tabela 8 – Distribuição dos participantes do estudo quanto à presença de Síndrome de *Burnout* e suas dimensões conforme a exposição à violência. Porto Alegre, 2012.

Variáveis	Violência		p
	Sim (n=68)	Não (n=16)	
Síndrome de <i>Burnout</i>*			0,810 ^{††}
Sim	1 (1,5)	0 (0)	
Não	67 (98,5)	16 (100)	
Dimensões de <i>Burnout</i>†			
Exaustão Emocional	26,4 (±12,8)	16,3 (±6,5)	<0,001 [¶]
Realização Profissional	47,1 (±8,4)	52,1 (±5,0)	0,024 [¶]
Despersonalização	11,3 (±6,4)	11,1 (±6,1)	0,898 [¶]

Fonte: Pesquisa documental em banco de dados. MELLO, Déborah Bulegon. Porto Alegre, 2012.

Notas: *n(%); †Média (± desvio padrão), ‡Qui-quadrado, ¶Teste *t Student*, ††Teste de exato de Fischer

Dos 85 trabalhadores que responderam ao estudo, apenas um trabalhador não respondeu ao questionário MBI. Destes, um obteve score acima dos pontos de corte de todas as escalas, portanto sendo considerado um indivíduo que sofria de Síndrome de *Burnout*. Este indivíduo foi vítima de violência nos últimos 12 meses.

Quanto às dimensões da Síndrome de *Burnout* os trabalhadores apresentaram baixa exaustão emocional (9,4% obtiveram percentil acima de 75%), baixa despersonalização (8,2% com percentil acima de 75%), e alta realização profissional (5,9% com percentil abaixo de 25%).

Na escala de exaustão profissional, a média de pontos dos trabalhadores vítimas de violência foi estatisticamente superior à dos demais ($p < 0,001$). Na dimensão de realização profissional, houve diferença significativa do ponto de vista estatístico entre a distribuição das médias: os trabalhadores que não sofreram violência obtiveram pontuação superior ($p = 0,024$). A despersonalização não apresentou distribuição diferenciada estatisticamente nos dois grupos.

5.4 Violência e Distúrbios psíquicos menores

O rastreamento de distúrbios psíquicos menores deu-se por meio do SRQ-20, cujo instrumento foi respondido por 83 dos entrevistados. O coeficiente de confiabilidade interna foi satisfatório para esta escala ($\alpha=0,74$). Abaixo segue a comparação entre as médias no SRQ dos trabalhadores vítimas ou não de violência.

Tabela 9 – Distribuição dos participantes do estudo quanto à presença de Distúrbios Psíquicos Menores conforme a exposição à violência. Porto Alegre, 2012.

Variáveis	Violência		p
	Sim (n=67)	Não (n=16)	
DPM*			0,146
Sim	08 (11,9)	0 (0)	
Não	59 (88,1)	16 (100)	

Fonte: Pesquisa documental em banco de dados. MELLO, Déborah Bulegon. Porto Alegre, 2012.

Notas: *n(%); ^{||} Qui-quadrado.

Apresentaram DPM 9,6% do total de trabalhadores, destes, 11,9% sofreram violência, mas a maioria (88,1%) que sofreu violência não apresentou tal sintomatologia, tal diferença de distribuição não se apresentou estatisticamente significativa. Aqueles trabalhadores que não foram expostos à violência também não apresentam sintomas de distúrbios psíquicos menores e não houve diferença estatística neste caso.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A amostra deste estudo é predominantemente masculina (62,4%), o que corrobora os dados dos estudos desenvolvidos no SAMU de Belo Horizonte-MG (LOPES *et al.*, 2008) e de Campinas-SP (VEGIAN; MONTEIRO, 2011), entretanto estudo com SAMU de São Paulo-SP e Ribeirão Preto-SP demonstraram predominância feminina (CAVAGIONI; PIERIN, 2012). Este dado talvez se justifique pela inclusão dos condutores no estudo (100% do sexo masculino), mas também pelas características de trabalho, que exigem, além de capacitação, força física, por exemplo.

A média de idade de 45,98 anos ($\pm 7,54$) foi superior quando comparada a outras investigações (LOPES *et al.*, 2008; VEGIAN; MONTEIRO, 2011; CAVAGIONI; PIERIN, 2012). A tese desenvolvida com trabalhadores de um serviço público de Pronto Socorro encontrou médias de idade elevadas e supôs que, por trata-se de um emprego público, o vínculo de trabalho estável por ele proporcionado pode oportunizar um maior tempo de permanência no cargo (DAL PAI, 2011). Corroborando, outro estudo comprovou diferença estatística entre idade e tipo de contrato, apontando que trabalhadores vinculados via concurso público tiveram média de idade superior (VEGIAN; MONTEIRO, 2011).

Os trabalhadores entrevistados são, na maior parte, casados ou possuem companheiro (71,8%), com de dois filhos, dados semelhantes aos de outros estudos com profissionais que trabalham na atenção pré-hospitalar (LOPES *et al.*, 2008; VEGIAN; MONTEIRO, 2011; CAVAGIONI; PIERIN, 2012), e assemelha-se à amostra do estudo em serviço de pronto socorro (DAL PAI, 2011).

O consumo de bebida alcoólica que, nesta amostra foi relatado por 55,3% dos servidores de uma a duas vezes por semana, foi referido por 47,5% dos trabalhadores do SAMU da cidade de São Paulo, porém a frequência de consumo não foi discriminada neste estudo (CAVAGIONI; PIERIN, 2012). Houve predominância de não fumantes (84,7%), o que também foi identificado em estudo sobre riscos cardiovasculares em trabalhadores do SAMU de algumas cidades de São Paulo (CAVAGIONI; PIERIN, 2012)

O uso de medicamento psicoterápico foi identificado em 15,3% dos trabalhadores, sendo que 12,9% do total fazem acompanhamento psicoterápico;

percentual inferior ao do estudo com trabalhadores do SAMU de cidades do Estado de São Paulo, no qual 77,1% relataram fazer tratamento para depressão (CAVAGIONI; PIERIN, 2012).

A escolaridade média foi de 14,75 anos ($\pm 5,21$), o que equivaleria ao tempo para conclusão de um curso de nível técnico. Entre estes 35,29% eram enfermeiros e médicos, 28,23% Técnico-Auxiliares de Enfermagem e 36,48% condutores. Estes percentuais são semelhantes ao estudo no SAMU de Poços de Caldas-MG, onde 33,3% dos profissionais têm Ensino Superior e 58,7% tinham completado o Ensino Médio (MENDES; FERREIRA; DE MARTINO, 2011). Em Campinas-SP, os entrevistados têm, predominantemente, Ensino Médio completo (40%) (VEGIAN; MONTEIRO, 2011). A escolaridade dos trabalhadores do SAMU de Porto Alegre caracteriza-se por sua heterogeneidade, uma vez que alguns trabalhadores referiram não ter concluído o Ensino Fundamental, ao mesmo tempo em que outros possuem mais de um tipo de curso de graduação e/ou pós-graduação.

O tempo de experiência na área da saúde distribui-se em torno de 17 anos (1-40) e o tempo de atuação no SAMU Porto Alegre em torno de nove anos (1-16) médias superiores às encontradas em estudo com SAMU de Campinas-SP, com 12 anos ($\pm 7,2$), e 6,9 anos ($\pm 5,2$) respectivamente (VEGIAN; MONTEIRO, 2011) e no SAMU de Contagem-MG, no qual 59,5% dos trabalhadores atuavam no serviço há mais de um ano (PAIVA; OLIVEIRA, 2011). A média superior de anos de experiência no SAMU de Porto Alegre em relação a outros serviços semelhantes provavelmente se justifica pelo tempo de criação deste serviço: sua inauguração data de novembro de 1995, anterior ao surgimento da Política de Atenção às Urgências, implementada em 2003 (BRASIL, 2006), sendo que há um número expressivo de funcionários que atuam desde sua inauguração. Cabe ainda mencionar que trabalhadores com menos de um ano de trabalho no serviço não foram incluídos na amostra.

O predomínio de alocação no turno do dia (48,2%) também foi encontrado em pesquisa com SAMU de Campinas-SP onde 54,% dos entrevistados estavam alocados no período diurno (VEGIAN; MONTEIRO, 2011) e no de Poços de Caldas-MG, porém em menor proporção (28,6%) (MENDES; FERREIRA; DE MARTINO, 2011). Cabe ressaltar que no SAMU de Porto Alegre, uma das Unidades de Suporte Básico, a baseada no Bairro Partenon, funciona unicamente durante o dia.

Neste estudo, 64,7% dos trabalhadores não trabalhavam em outra instituição, enquanto a proporção de trabalhadores do SAMU de Campinas-SP que afirma não

ter outro emprego foi de 57,9% (VEGIAN; MONTEIRO, 2011) e 50,8% no SAMU de Poços de Caldas-MG (MENDES; FERREIRA; DE MARTINO, 2011). A escala de trabalho da equipe de enfermagem e dos condutores, de 12h horas de trabalho por 36 horas de folga, ao passo em que deveria oportunizar horas de descanso, pode permitir tempo para ter outro emprego, o que pode levar à sobrecarga laboral destes trabalhadores.

A carga horária semanal de trabalho no SAMU Porto Alegre distribuiu-se próximo a 40 horas (20-40), identificada em estudo com trabalhadores do Rio de Janeiro (PALÁCIOS *et al.*, 2003), sendo menor que no SAMU de cidades do Estado de São Paulo, onde 43,5% dos trabalhadores afirmaram trabalhar mais de 60 horas por semana (CAVAGIONI; PIERIN, 2012) e superior a do SAMU de Campinas-SP, no qual 40,% dos entrevistados trabalhavam até 36 horas semanais (VEGIAN; MONTEIRO, 2011).

A satisfação com o local de trabalho foi expressa por 81,2% dos respondentes, enquanto em estudo com SAMU de Natal-RN, a satisfação foi expressa por 96,1% dos trabalhadores (CAMPOS, 2005).

Os dados sociodemográficos e laborais dos trabalhadores do serviço em pauta demonstram tratar-se de uma amostra com características semelhantes às de outros estudos, entretanto possui maior tempo de trabalho nesta atividade e local, um percentual menor tem outro emprego, apesar de alguns estão estarem insatisfeitos com o local onde trabalham.

A agressividade contra trabalhadores de APH foi descrita como um dos mais frequentes riscos aos quais estes estão expostos (SOERENSEN *et al.*, 2008). Agressões verbais e físicas foram identificadas como fator de risco ocupacional por 90% dos trabalhadores de Unidades de Suporte Básico e Avançado do SAMU de Ribeirão Preto-SP (ZAPAROLLI; MARZIALE, 2006). Os próprios trabalhadores do SAMU-Porto Alegre referiram estar expostos ao risco de sofrer agressões, tanto física, quanto verbalmente (CICONET, 2009).

Estudo multicêntrico desenvolvido em países como Portugal, Líbano, Austrália, Tailândia, África do Sul e Brasil (Rio de Janeiro) apontou que os trabalhadores de ambulâncias são os mais atingidos pela violência, em suas mais variadas formas, sendo que o percentual variou entre 37% e 75,5% dos trabalhadores que sofreram pelo menos um tipo de agressão no último ano (DI MARTINO, 2002). Entretanto os dados do estudo em pauta são ainda piores, pois

81,2% dos entrevistados afirmaram ter vivenciado pelo menos um tipo de violência nos últimos 12 meses. Em recente pesquisa realizada com trabalhadores submetidos ao mesmo vínculo de trabalho e instituição contratante (Prefeitura Municipal de Porto Alegre) identificou-se uma prevalência menos expressiva da violência no trabalho no último ano (63,2%) (DAL PAI, 2011). Embora o referido estudo tenha abordado profissionais do âmbito intra-hospitalar, ao encontro deste, vem sinalizar à mesma gerência a necessidade de se investir em medidas de controle e prevenção da violência laboral que acomete servidores municipais. Contudo, cabe salientar que a violência tem se mostrado um fenômeno global e em outras regiões brasileiras se apresenta ainda mais prevalente, como em hospital de emergência de Londrina-PR, em que 88,9% dos trabalhadores foram atingidos pela violência (CEZAR; MARZIALE, 2006).

A violência tem-se mostrado presente em todos os âmbitos sociais. Na área da saúde, o fenômeno vem sendo revelado cada vez mais frequentemente. Há estudos que apontam a violência como fator causador de agravos à saúde dos trabalhadores deste campo, o que agrava ainda mais a situação, uma vez que estes desempenham papel social fundamental e para que suas atividades sejam bem desenvolvidas precisam gozar de saúde física e mental.

Os trabalhadores de APH possuem uma dinâmica de trabalho peculiar, na qual a situação a ser atendida é, na maioria das vezes, imprevisível, o que consiste em mais fator estressor dentre os tantos já próprios do trabalho no setor saúde. Este ambiente laboral no qual a tensão é predominante pode ser ainda cenário de agressões entre membros da equipe.

A atenção às urgências suscita no indivíduo solicitante do serviço uma expectativa de imediatismo, que muitas vezes é contrariado pelo fluxo do sistema de atendimento, o que nem sempre permite que seja prestada assistência no exato momento em que foi solicitado. Este impasse muitas vezes resulta em relações conflitantes entre quem solicita e aqueles que vão prestar assistência.

Neste serviço, a ocorrência de violência foi frequentemente descrita na forma de agressão verbal (77,6%). Além das ocorrências registradas pelo instrumento de coleta dos dados, alguns trabalhadores vieram a caracterizá-la relatando situações nas quais são insultados ou ameaçados por pacientes, familiares, cuidadores ou solicitantes. Entretanto, em alguns destes relatos a ocorrência de violência verbal no questionário foi negada pelos trabalhadores que não se consideravam agredidos,

por tratar-se de uma situação corriqueira. Notou-se, portanto, que apesar da grande prevalência de violência no trabalho, ainda há muitas situações banalizadas devido ao fenômeno ser tão frequentemente vivenciado.

Os trabalhadores do sexo masculino foram proporcionalmente mais agredidos, dado que corrobora com a investigação em um hospital de Londrina (CEZAR; MARZIALE, 2006) e o estudo de revisão sobre a temática no qual os homens estão mais expostos à violência física e verbal (GILLESPIE *et al.*, 2010). Estudo realizado em hospital de pronto socorro traz as mulheres como mais agredidas (DAL PAI, 2011).

Os sujeitos casados ou com companheiro (85,2%) e de cor de pele parda, negra ou outra (85,7%) foram mais expostos à violência no trabalho nos últimos 12 meses, embora não tenha sido encontrada diferença estatisticamente significativa, o que também foi identificado por estudo realizado no Rio de Janeiro (PALÁCIOS *et al.*, 2003).

A média de idade entre trabalhadores atingidos pela violência foi menor, mas sem diferença estatística para os demais grupos, o que também foi identificado em serviço de pronto socorro (DAL PAI, 2011). Entretanto outra investigação aponta que trabalhadores com menos de 40 anos estão mais frequentemente expostos a agressões (GILLESPIE *et al.*, 2010) e outra que a idade não mostrou significativa influência sobre a prevalência da violência, exceto para trabalhadores com idades mais avançadas e mais tempo de experiência que são atingidos em menor proporção (DI MARTINO, 2002).

A média de horas de sono nos trabalhadores foi estatisticamente menor entre os atingidos pela violência ($p=0,047$), o que também foi identificado em trabalhadores de um pronto socorro (DAL PAI, 2011). Distúrbios do sono tem sido apontados pela literatura que trata do assédio moral (SOARES, 2006)

A média de anos de escolaridade foi significativamente maior entre trabalhadores vítimas de violência ($p=0,039$), este dado pode estar relacionado a maior escolaridade dos médicos alocados na Regulação, que frequentemente estão expostos a agressões verbais. Em trabalhadores de um serviço de pronto socorro, aqueles com menor tempo de estudo estiveram mais expostos (DAL PAI, 2011).

Os participantes não tabagistas apresentaram médias maiores de exposição à violência, bem como o consumo de bebidas alcoólicas foi identificado em maior proporção no grupo atingido pela violência, mas estes dados não demonstraram

diferenças estatística. Estudo anterior demonstra que estes dois hábitos encontram-se mais frequentemente presentes entre vítimas de violência, mais especificamente assédio moral, o que vai ao encontro aos resultados desta pesquisa (SOARES, 2005).

Foram mais expostos à violência trabalhadores que não usam medicamentos psicoterápicos e os que não fazem acompanhamento psicoterapêutico, todavia sem diferenças estatísticas entre as médias. Este dado demonstra que, mesmo que os trabalhadores desenvolvam sofrimento psíquico por causa da violência, o uso de medicamentos e o a busca de auxílio profissional não são frequentes. Por outro lado, o SAMU de Porto Alegre não conta com uma rede de apoio institucional que possa prestar atendimento a estes trabalhadores no âmbito ocupacional.

O tempo médio de experiência na área da saúde foi estatisticamente maior entre trabalhadores vítimas de violência ($p=0,018$), o que foi confirmado por estudos desenvolvidos no Rio de Janeiro (PALÁCIOS *et al.*, 2003) e em hospital de pronto socorro de Porto Alegre (DAL PAI, 2011), embora outra investigação aponte a maior experiência profissional como fator de proteção à exposição (GILLESPIE *et al.*, 2010).

Houve diferença estatisticamente significativa entre os turnos de trabalho dos entrevistados expostos à violência ($p=0,034$). Todos os entrevistados que trabalham em regime de plantão sofreram algum tipo de violência nos últimos 12 meses; entre os turnos diurno e noturno; o segundo teve médias mais elevadas. Em estudo sobre a violência, realizado no Rio de Janeiro, aponta que os profissionais que trabalham em regime de plantão e no turno da noite também estiveram em risco maior de sofrer situações de violência (PALÁCIOS *et al.*, 2003), enquanto em serviço de pronto socorro, os trabalhadores alocados no turno diurno foram mais expostos (DAL PAI, 2011).

Estudos apontam que, quanto maior a carga horária, maior a exposição à violência (GILLESPIE *et al.*, 2010; DAL PAI, 2011), embora neste estudo a carga horária semanal nem o fato de trabalhar em outra instituição tenham se diferenciado entre os grupos.

Quanto ao setor de trabalho, aqueles dedicados à Regulação Médica apresentaram-se mais expostos à violência, seguidos dos trabalhadores alocados nas Unidades de Suporte Básico, mas não houve significância estatística. Os profissionais alocados na Regulação Médica referem sofrer agressões verbais em

grande quantidade via contato telefônico, no qual são dadas orientações aos solicitantes e é decidida a necessidade de envio de ambulância ou não, ao local da ocorrência. Em geral, as negativas e a demora no envio de atendimento são fatores desencadeantes de uma reação violenta do solicitante, o que também foi identificado no Rio de Janeiro, embora no contexto da atenção primária (DI MARTINO, 2002).

Quanto à violência gerada pelo chamado do SAMU via telefone, ressalta-se Veronese (2011) ao mencionar que os chamados com demanda considerada não pertinente com a função do SAMU poderiam ser reduzidos com ações intersetoriais para conscientização e formação, incluindo saúde, educação, assistência social, transporte, dentre outros. No SAMU de Porto Alegre, as Unidades de Suporte Básico costumam atender mais ocorrências do que aquelas de Suporte Avançado, o que pode aumentar sua exposição à violência perpetrada por pacientes, familiares e cuidadores.

Os técnicos/auxiliares de enfermagem e os condutores (34,8%) sofreram mais violência que os demais, mas as médias não são representativamente distintas. Em outros estudos, os enfermeiros, seguidos dos auxiliares e técnicos de enfermagem foram o grupo com maior número de vítimas (DI MARTINO, 2002; PALÁCIOS *et al.*, 2003). No SAMU, as equipes de Suporte Básico são compostas exclusivamente por um técnico/auxiliares de enfermagem e um condutor, desta forma, os condutores, durante o atendimento, assumem o papel de socorristas e prestam auxílio ao técnico/auxiliar nos cuidados à vítima, assumindo, portanto uma tarefa que a princípio seria exclusiva dos profissionais de saúde com formação específica: a proximidade com a vítima e familiares, o que os torna tão expostos a agressões quanto colegas de outras classes profissionais. Além disso, em geral, condutores tiveram escolaridade menor, o que pode suscitar discriminação por parte de trabalhadores de outras categorias profissionais, ou mesmo relacionar questões hierárquicas do trabalho sobre a maior exposição à violência.

Profissionais que sofreram algum tipo de violência no último ano, em sua maioria não se sentem reconhecidos pelo trabalho que realizam ($p=0,053$) e se sentem insatisfeitos com o local onde trabalham ($p=0,034$), o que também verificou estudo em serviço de pronto socorro (DAL PAI, 2011). Desta forma, é possível inferir que a violência pode levar a insatisfação profissional e ao sentimento de falta de reconhecimento no trabalho.

A violência física foi referida por 17,6% dos trabalhadores entrevistados, tendo ocorrido em média 1,82 ($\pm 0,383$) nos últimos 12 meses. Em sua maioria, tratou-se de violência física sem arma (93,3%), que não resultou em ferimentos (93,3%) e não necessitou de assistência médica (93,3%). Esta amostra apresentou percentual superior na ocorrência deste tipo de violência se comparada a populações previamente estudadas, à exceção de serviços públicos da África do Sul que chegaram a registrar 25,5% de trabalhadores que sofreram agressões físicas (DI MARTINO, 2002).

Os perpetradores deste tipo de violência são principalmente pacientes (66,7%) o que corrobora com estudo realizado no Rio de Janeiro (PALACIOS *et al.*, 2003) e também em outras localidades, conforme descrito em investigação internacional (DI MARTINO, 2002) Todos os incidentes deste tipo ocorreram fora da instituição, ou seja, durante atendimentos a ocorrências fora do âmbito hospitalar, que é uma característica peculiar deste tipo de ocupação.

Os pacientes costumam ser considerados agressores “sem culpa”, pelos trabalhadores, pois a maior parte das agressões perpetradas decorrem de efeito de drogas ou alterações psiconeurológicas (DAL PAI, 2011).

A agressão verbal foi mais frequente do que a física: pelo menos um episódio de agressão verbal foi referido por 77,6% dos trabalhadores nos últimos doze meses, assim como demonstram investigações prévias (DI MARTINO, 2002; PALÁCIOS *et al.*, 2003; DAL PAI, 2011). Este percentual foi superior ao de todas as localidades investigadas em estudos multicêntricos (PALACIOS *et al.*, 2003). As situações de agressão verbal foram consideradas típicas, tendo ocorrido por volta de cinco vezes no último ano, mas 40,9% dos trabalhadores referiram que sofreram agressões verbais frequentes em uma proporção na qual não eram capazes de mensurar e 60,6% acreditam que o incidente vivenciado poderia ter sido evitado. Os principais perpetradores de agressões verbais foram familiares/cuidadores de pacientes, responsáveis por 50% dos casos, o que corrobora outros estudos (DI MARTINO, 2002; PALÁCIOS *et al.*, 2003).

A intimidação/assédio moral perpetrada, sobretudo por colegas e chefias/supervisores foi referida por 11,8% dos profissionais, classificada como situação típica para 70% dos trabalhadores e possível de ser evitada. Estes dados são semelhantes aos encontrados em outras investigações (DI MARTINO, 2002; PALÁCIOS *et al.*, 2003).

O assédio sexual foi referido por um percentual menor de profissionais (3,5%), e foi cometido por colegas de trabalho (66,7%). Esta não foi uma situação considerada típica no local de trabalho (66,7%) ou que poderia ter sido evitada (66,7%). Embora o número de pessoas assediadas sexualmente nesta amostra tenha sido proporcionalmente menor ao dos outros tipos de violência, o percentual encontrado é maior do que em estudo realizado em diversos países, ficando atrás somente da África do Sul, que teve 4,7% da amostra acometida (DI MARTINO, 2002). Quanto ao perpetrador, pesquisa sobre a temática indica que o principal foi o paciente, contrariando o dado desta amostra (PALÁCIOS *et al.*, 2003).

A discriminação racial (10,6%) dos trabalhadores era passível de ser evitada (88,9%), pois comumente foi cometida por colegas (44,4%), mas não se trata de uma situação típica no local de trabalho (55,6%). Proporção maior de trabalhadores discriminados foi encontrada apenas na África do Sul (22,2%) (DI MARTINO, 2002). E no Rio de Janeiro é mais comumente perpetrado pela própria equipe, semelhante ao dado encontrado por esta investigação (PALÁCIOS *et al.*, 2003). É importante salientar que o conceito de discriminação racial apresentado no questionário é bastante abrangente, podendo incluir qualquer conduta discriminatória com base em raça, cor, religião, associação com minoria, nascimento ou outra condição unilateral ou indesejável, desta forma, trabalhadores referiram ser discriminados por sua condição física, profissão, aparência, além de raça e cor.

Dos trabalhadores desta amostra foi constatado que um indivíduo sofria de Síndrome de *Burnout* – o qual sofreu violência nos últimos doze meses – isto representa um percentual menor se comparado a outros estudos (JODAS; HADDAD, 2009, TRINDADE; LAUTERT, 2010). Estudo com trabalhadores do SAMU de Poços de Caldas-MG identificou 31,7% de trabalhadores com sintomas de estresse (MENDES; FERREIRA; DE MARTINO, 2011).

Estudo sobre estresse em enfermeiros evidencia que esta é uma classe que vive constantemente sob estresse, principalmente em áreas como emergências e unidades de terapia intensiva, nas quais há chances elevadas de acontecerem intercorrências (BATISTA; BIANCHI, 2006), característica que é comum aos serviços de APH, pela impossibilidade de prever quais serão as situações atendidas e as condições do local de atendimento, bem como as reações de quem espera atendimento (paciente, familiar, solicitante, etc).

O coeficiente de confiabilidade interna (Alfa de Cronbach) para o MBI foi de $\alpha=0,72$; para a dimensão de exaustão emocional um $\alpha=0,91$, para realização profissional $\alpha=0,80$ e $\alpha=0,67$ e para despersonalização, demonstrando confiabilidade do instrumento para esta amostra, da mesma forma como este coeficiente se comportou em estudo sobre serviço de pronto socorro (DAL PAI, 2011), mas diferente de outro estudo (TRINDADE; LAUTERT, 2010), a dimensão de despersonalização apresentou menor Alfa de Cronbach em relação às demais.

Na escala de exaustão profissional, a média de pontos dos trabalhadores vítimas de violência foi estatisticamente superior à dos demais ($p=0,000$) e na dimensão de realização profissional, os trabalhadores que não sofreram violência obtiveram pontuação superior ($p=0,024$), da mesma forma identificada em profissionais de um pronto socorro (DAL PAI, 2011). A despersonalização não apresentou distribuição diferenciada estatisticamente nos dois grupos. Desta forma, é possível inferir que trabalhadores expostos à violência estão mais sujeitos à exaustão profissional, ao passo que aqueles que não foram vítimas de agressões são mais realizados profissionalmente.

Estudo sobre Síndrome de *Burnout* em enfermeiros de serviços de APH de Arapiraca e Maceió-AL evidenciou alta exaustão emocional (88,9%), alta despersonalização (100%) e baixa realização profissional (97,4%), o que representou uma frequência superior à encontrada nesta amostra (FRANÇA; ANICETO; DE MARTINO, 2012).

Os trabalhadores expostos a estressores como a violência podem também agir de forma violenta, o que o levaria da condição de vítima à de perpetrador. Esta mudança de condição reflete uma resposta

A prevalência de sintomas de distúrbios psíquicos menores foi de 9,6% dos trabalhadores, o que representa um percentual menor ao demonstrado pela literatura (TAVARES, 2010; DAL PAI, 2011). Destes, 11,9% dos trabalhadores sofreram violência, mas a maioria (88,1%) que sofreu violência não apresentou tal sintomatologia, esta diferença de distribuição não se apresentou estatisticamente significativa.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo demonstrou que os trabalhadores do SAMU de Porto Alegre são predominantemente por trabalhadores do sexo masculino, casados, com filhos, com idade média de 45 anos, média de 14 anos de escolaridade, que não fumam e costumam consumir bebidas alcoólicas de uma a duas vezes por semana. A experiência na área da saúde foi de aproximadamente 17 anos, nove anos de atuação no serviço, trabalham durante o dia, não tem cargo de chefia, interagem com pacientes, principalmente adultos e idosos. A maioria está satisfeita com o local onde trabalha e se sente reconhecida pelo trabalho que realiza.

Foi possível identificar nesta investigação a preocupante realidade de trabalhadores de um serviço de APH, na qual a prevalência de violência é maior do que em outros setores sociais previamente estudados. Além disso, percebe-se que aqueles que necessitam do serviço são os principais perpetradores: pacientes, familiares, cuidadores, solicitantes. Esta situação reflete a dificuldade que o sistema de saúde tem em suprir as necessidades dos usuários e, por outro lado, o desconhecimento destes em relação às reais funções do serviço. Ainda, no que tange o assédio moral, sexual e discriminações, os colegas de trabalho tem sido os principais agressores, o que demonstra que as relações sócio-profissionais por vezes também contribui para a violência.

Neste estudo, a maior escolaridade e tempo superior de experiência na área não demonstraram ser fatores protetores dos trabalhadores contra a violência, pelo contrário, foram estes os mais atingidos, contrariando outros estudos. Trabalhadores vítimas de violência dormem menos, se sentem insatisfeitos com o local onde trabalham e não se sentem profissionalmente reconhecidos.

Embora a Síndrome de *Burnout* tenha apresentado prevalência baixa, a violência esteve associada à alta exaustão profissional e baixa realização profissional. Estes dados evidenciam que o estresse é um fator presente no cotidiano laboral e que a violência pode influenciar negativamente a saúde mental dos trabalhadores.

A presença de DPM foi menor do que em outras populações, o que indica que, mesmo vivendo situações violentas e sob constante estresse, estes trabalhadores provavelmente consigam manejar as emoções advindas deste

processo, impedindo o desenvolvimento de sintomas de depressão, ansiedade e sintomas psicossomáticos.

Frente a estes dados, conclui-se que os trabalhadores do SAMU encontram-se intensamente expostos à violência em seu cotidiano laboral, sendo esta uma situação que pode causar danos à sua saúde. A implementação de medidas protetoras é imperativa, ou mesmo o incremento das medidas existentes.

A sensibilização social sobre as funções e o funcionamento do serviço poderiam também evitar conflitos entre a população e os trabalhadores, uma vez que diminuiria a demanda não pertinente e, por consequência, haveria maior possibilidade de atendimento às reais urgências.

Ainda, se o estresse laboral fosse minorado, provavelmente as relações entre membros da própria equipe poderiam ser menos conflituosas. A característica imprevisível dos atendimentos é imutável, porém a organização do trabalho como um todo precisaria ser repensada para que mudanças estruturais pudessem transformar este ambiente laboral em um local saudável para a convivência entre os trabalhadores.

Sugere-se, pois, a continuação deste estudo, com incremento da amostra e inclusão de abordagem qualitativa, ou mesmo utilização do método de “pesquisação” proposto pelo referencial da Psicodinâmica do Trabalho. A realização de uma análise de regressão linear poderia auxiliar na identificação das chances de influência das variáveis estudadas sobre a Síndrome de Burnout e os Transtornos Psíquicos Menores, o que poderia orientar um plano de intervenções. A realização de novos estudos sobre a temática também é sugerida como forma de prover dados para comparações posteriores.

8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Esta investigação contou com uma amostra pequena, embora a população também não fosse tão numerosa. A coleta de dados em campo foi especialmente complicada. Mesmo que os trabalhadores se mostrassem dispostos e receptivos, o preenchimento dos questionários foi inúmeras vezes interrompido em razão do surgimento de ocorrências, além de que algumas unidades possuem uma dinâmica de trabalho tão intensa que a permanência na base é momentânea (quando ocorre). Entretanto, esta é uma característica desta população, que foi amplamente respeitada.

Como é característica do delineamento transversal, não foi possível estabelecer uma relação de influência entre as variáveis identificadas. Seria possível, com os dados existentes, calcular uma regressão linear que possibilitaria esta identificação. Além disso, um estudo de coorte histórica poderia ser indicado para avaliar esta população, definindo preditores e consequências.

REFERÊNCIAS

BATISTA, Karla de Melo; BIANCHI, Estela Regina Ferraz. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, Ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Jun. 2012.

BEHAR, M.E. *et al.* **Violence** risks in nursing—results from the European ‘NEXT’ Study. **Occupational Medicine**, Paris, v. 58, n. 2, p.107-114, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342003000300008&lang=pt>. Acesso em 19 de set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996**. Conselho Nacional de Saúde. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>>. Acesso em: 23 de mai., 2012.

_____. **Políticas de Atenção às Urgências**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T. (2001) **MBI - Maslach Burnout Inventory e suas adaptações para o Brasil**. In.: Anais da XXXII Reunião Anual de Psicologia. Rio de Janeiro, 84-85.

CAMPOS, A.S.; PIERANTONI, C.R. Violência no trabalho em saúde: um tema para a cooperação internacional em recursos humanos para a saúde. **Rev. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.86-92, mar., 2010.

CAMPOS, R.M. **Satisfação da Equipe de Enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU) no ambiente de trabalho**, 2005. 193f.. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2005.

CAVAGIONI, L.; PIERIN, A.M.G. Risco cardiovascular em profissionais de saúde de serviços de atendimento pré-hospitalar. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, Abr. 2012.

CEZAR, E.S.; MARZIALE, M.H.P. Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da Cidade de Londrina, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, Jan. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Mai. 2012.

CICONET, R.M. **Atuação e articulação das ações das equipes de suporte básico de um serviço de atendimento móvel de urgência com a central de regulação e as portas de entrada de urgência**. 2009. 145p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

CICONET, R.M.; MARQUES, G.Q.; LIMA, M.A.D.S.. Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre-RS. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 26, Set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Mai. 2012

COSTA, J.R.A.; LIMA, J.V.; ALMEIDA, P.C.. Stress no trabalho do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 37, n. 3, Set. 2003. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342003000300008>>. Acesso em 17 de out. 2011.

DAL PAI, D. **Violência no trabalho em pronto socorro: Implicações para a saúde mental dos trabalhadores**. 2011. 215p. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.

DI MARTINO, V. **Workplace violence in the health sector – country case studies (Brazil, Bulgarian, Lebanon, Portugal, South África, Thailand, andan additional Australian study)**. 2002. Disponível em: <<http://www.ilo.org/public/english/bureau/inf/pr/2002/49.htm>>. Acesso em: 17 set. 2011.

FRANCA, S.P.S. et al . Preditores da Síndrome de Burnout em enfermeiros de serviços de urgência pré-hospitalar. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 1, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Jun. 2012.

GILLESPIE, G.L.; GATES, D.; MILLER, M.; HOWARD, P.K. Workplace Violence in Healthcare Settings: Risk Factors and Protective Strategies. **Rehabilitation Nursing**, v.35, n.5, Set-Out, 2010. Disponível em: <<http://www.rehabnurse.org/pdf/rnj325.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2011.

GUIMARÃES, L.A.M.; RIMOLI, A.O. "Mobbing" (assédio psicológico) no trabalho: uma síndrome psicossocial multidimensional. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 22, n. 2, Ago. 2006.

HARDING, T.W. et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychological Medicine**, Virginia, v. 10,p.231-41, 1980.

KOWALCZUK, Krystyna et al. Exposure of medical rescuers to aggression at the workplace. **Ann Acad Med Stetin**, v. 55, n. 3, p. 76-80, 2009.

JODAS, D.A.; HADDAD, M.C.L. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 2, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 Jun. 2012.

LAUTERT, L. **O desgaste profissional do enfermeiro**. 1995. 275p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Psicologia, Universidade Pontifícia de Salamanca, Salamanca, 1995.

LOPES, A.C.S. et al . Adesão às precauções padrão pela equipe do atendimento pré-hospitalar móvel de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, Jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000600019&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 14 Mai. 2012.

MALASCH, C.; JACKSON, S. The measurement of experienced burnout. **J Occup Behav**, v. 2, n. 2, p.99-113, 1981. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/job.4030020205/pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

MARI, J.J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. **Br J Psychiatry**, São Paulo, v. 148, n. , p.23-26, 1986.

MENDES, S.S.; FERREIRA, L.R.C.; DE MARTINO, M.M.F. Identificação dos níveis de stress em equipe de atendimento pré-hospitalar móvel. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 28, n. 2, June 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2011000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Jun. 2012.

MUROFUSE, N.T.; ABRANCHES, S.S.; NAPOLEÃO, A.A. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, Abr. 2005.

NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL HEALTH/CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Violence occupational hazards in hospitals**. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/niosh/2002-101.html>>. Acesso em 19 set. 2011.

NEWMAN, T.B. et al. Delineando Estudos: Transversais e de Caso-Controle. In: HULLEY, Stephen B et al. **Delineando a Pesquisa Clínica: Uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 127-144.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. **Diretrizes marco para afrontar la violencia laboral em el sector de la salud**. 2002. Disponível em: <http://www.femi.com.uy/archivos_v/WVguidelinesSP.pdf> Acesso em: 17 set. 2011.

PALACIOS, M. et al. **Workplace Violence in the Health Sector. Country Case Study – Brazil**. Geneva: Organização Internacional do Trabalho, 2003.

_____ **Violência no trabalho no setor saúde: um estudo epidemiológico**. In: Soboll LA, organizador. **Violência psicológica no trabalho e assédio moral: pesquisas brasileiras**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 167-270.

PAFARO, R.C.; DI MARTINO, M.M.F. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, June 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Nov. 2011.

PAIVA, M.H.R.S.; OLIVEIRA, A.C. Conhecimento e atitudes de trabalhadores de um serviço público de emergência sobre adoção de precauções padrão. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 4, Aug. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Jun. 2012.

PIRES, D.E.P. et al. Inovação tecnológica e cargas de trabalho dos profissionais de saúde: revisão da literatura latino-americana. **Rev. Eletr. Enf.**, 2010, vol.12. n. 2. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/pdf/v12n2a23.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal da Saúde. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=713>. Acesso em: 22 set. 2011.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, abr. 2004.

SANTOS, K.O.B. et al. Estrutura fatorial e consistência interna do SRQ-20 em população urbana. **Caderno de Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 214-222, jan. 2009.

SOARES, L.Q. Assédio moral no trabalho e interações socioprofissionais: "ou você interage do jeito deles ou vai ser humilhado até não agüentar mais". 2006. 180 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

SOERENSEN, A.A et al. Atendimento pré-hospitalar móvel: fatores de risco ocupacionais. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 16, p.187-192, 2008. Abr-jun.

TAVARES, J. P. **Distúrbios Psíquicos Menores em Enfermeiros docentes**. 2010. 110f. Dissertação. (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2010.

TRAJANO, A.R.C.; CUNHA, D.M. Processo de trabalho no samu e humanização do sus do ponto de vista da atividade humana. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000400006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 nov. 2011.

TRINDADE, L.L.; LAUTERT, L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, Jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200005 &lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Mai. 2012.

VEGIAN, C.F.L.; MONTEIRO, M.I. Living and working conditions of the professionals of the a Mobile Emergency Service. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 4, ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000400022&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 nov. 2011.

VERONESE, A.M. **Análise da Demanda não pertinente ao SAMU no município de Porto Alegre**. 2011. 177p. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.

VIEIRA, A.N.; SILVEIRA, L.C.; FRANCO, T.B. A formação clínica e a produção do cuidado em saúde e na enfermagem. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, jun. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000100002z&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 nov. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Report on Violence and Health**. 2002. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2011.

_____EXPERT COMMITTEE ON MENTAL HEALTH. **Organization of mental health services in developing countries**: sixteenth report of the WHO Expert Committee on Mental Health. Geneva: World Health Organization; 1975.

ZAPPAROLI, A.S.; MARZIALE, M.H.P. Risco ocupacional em unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida em Emergências. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n.1, Fev. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Jun. 2012.

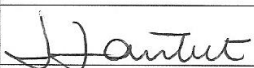
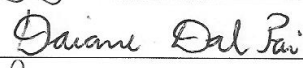
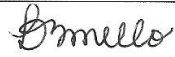
APÊNDICE A – Termo de responsabilidade pelo uso dos dados

Título do projeto:

**VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM UM SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

Os pesquisadores responsáveis pelo presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos de cujos dados serão coletados no banco de dados do projeto "Violência no trabalho em saúde: Implicações para a saúde do trabalhador", e atender aos preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, no que tange a pesquisa com seres humanos. Fica acordado que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto de pesquisa. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 10 de outubro de 2011.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Liana Lautert	
Daiane Dal Pai	
Déborah Bulegon Mello	

ANEXO A – Aceite COMPESQ/EENF

Situação de projeto de pesquisa em comissão de avaliação
<p>Projeto Nº: 22242</p> <p>Título: VIOLENCIA NO TRABALHO EM UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA</p> <p>Projeto aprovado em 25/01/2012 pela COMISSAO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM</p>
<p>Projeto Nº: 22242</p> <p>Título: VIOLENCIA NO TRABALHO EM UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA</p> <p>COMISSAO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM: Parecer</p> <p>Parecer 1- Estudo de recorte do projeto de pesquisa "Violência no trabalho em saúde: implicações para a saúde do trabalhador". Os dados serão coletados apartir de um banco pré-existente. Título - apresenta clareza e concordância com os objetivos; Introdução - fundamentação teórica pertinente; Objetivos - em concordância com título e delineamento do projeto Delineamento - adequação em relação ao que se propõe o projeto; Tamanho da amostra - com justificativa; Avaliação - adequada; Instrumentos de coleta de dados - adequados; Cronograma - compatível com as ações propostas para o projeto; Orçamento - adequado.</p> <p>Parecer2 - 1) Introdução apresenta tema, relevância, justificativa e questão de pesquisa; sigla APH deve ser descrita na 1ª vez em que é apresentada ao leitor (3ªparágrafo na pág 4); 2) Objetivos: conhecer a prevalência de exposição à situações de violência, Síndrome de Burnout e Distúrbios Psíquicos Menores em trabalhadores do SAMU; 3) Revisão da literatura: adequada;4) materiais e métodos: delineamento se constitui em consulta em base de dados do projeto original; população e amostra: pág 14 o tempo do verbo fica no passado "que responderam"; demais itens adequados; 5) cronograma e 6) orçamento adequados; 7) Referências: excelente revisão de literatura;</p>

**ANEXO B – Parecer Consubstanciado Prefeitura de Porto Alegre Projeto
“Violência no trabalho em saúde: implicações para a saúde dos trabalhadores”**



**Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa
PARECER CONSUBSTANCIADO**

Pesquisador (a) Responsável: Liana Lauter
Registro do CEP: 629 Processo N°. 001.014667.11.8
Instituição onde será desenvolvido: Secretaria Municipal de Saúde - HPS
Utilização: TCLE
Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N 001.014667.11.8, referente ao projeto de pesquisa: “**Violência no trabalho em saúde: implicações para a saúde dos trabalhadores**”, tendo como pesquisador responsável Liana Lauter cujo objetivo é “Avaliar a prevalência de sintomas depressivos em adultos que procuram atendimento psicoterápico. Específicos: • Avaliar a prevalência de sintomas depressivos em adultos que procuram atendimento psicoterápico com relação ao sexo; - Avaliar a prevalência de sintomas depressivos em adultos que procuram atendimento psicoterápico com relação à idade; - Avaliar a prevalência de sintomas depressivos em adultos que procuram atendimento psicoterápico com relação ao estado civil.”

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como **APROVADO**.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que :

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLE assinados pelos sujeitos de pesquisas e a apresentação do trabalho.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 11/05/2011

Elen Maria Borba
Coordenadora do CEP

Projeto “Violência no trabalho em saúde: implicações para a saúde dos trabalhadores”

PROTOCOLO DE PESQUISA

*Violência no trabalho: implicações para a saúde do trabalhador.
Pesquisadora responsável: Enf. Dda. Dalane Dal Pal*

N ^o :	Data: / /2011
Entrevistador:	

A) DADOS GERAIS DO PROFISSIONAL	
A.1 Sexo: (1) masculino (2) feminino	ASEXO
A.2 Data de nascimento: ____ / ____ / ____	ANASC
A.3 Cor da pele: (1) negra (2) parda (3) branca (4) outra	APELE
A.4 Escolaridade(em anos de estudo completos e aprovados): _____	AESCOL
A.5 Situação conjugal: (1) Solteiro, viúvo ou sem companheiro (2) Casado ou com companheiro	ASITCONJ
A.6 Número de filhos: _____	AFILHO
A.7 Tabagista: (1) sim (2) não	ATABAG
A.8 Nº médio de horas de sono nas 24 horas: _____	AHRSONO
A.9 Quantos dias da semana você faz uso de alguma bebida alcoólica? (1) nenhum (2) 1 a 2 dias (3) mais de 3 dias	AALCOOL

B) INFORMAÇÕES SOBRE O TRABALHADOR	
B.1 Quantos anos de experiência na área da saúde(em anos)? _____	BANOSEXP
B.2 Data de admissão nesta Instituição: ____ / ____ / ____	BADM
B.3 Setor de trabalho: (1) Pol/Sala G/Sutura/Bucodentário/SAMU (2) Unidade aberta (Interação) (3) Unidade fechada (UTI, BC) (4) Outro _____	BSECTOR
B.4 Função na Instituição: (1) Enfermeiro(a) (2) Médico(a) (3) Técnico(a)/auxiliar de enfermagem (4) Outro profissional _____	BFUNCAO
B.5 Você possui algum cargo de chefia? (1) sim (2) não	BCHERIA
B.6 Carga horária de trabalho semanal no HPS: ____ horas	BCHSEM
B.7 Trabalha em outra instituição? (1) sim (2) não	BTRABOUTRA
B.8 Qual seu turno de trabalho? (1) Manhã (2) Tarde (3) Noite (4) Intermediário (5) Outro _____	BTURNO
B.9 Você interage com pacientes durante o seu trabalho? (1) sim (2) não	BINTPCTE
B.10 Você tem normalmente contato físico com seus pacientes(lavando, virando, arguendo, contendo...)? (1) sim (2) não	BCONTFIS
B.11 Os pacientes com quem você trabalha mais frequentemente são: (1) Crianças/adolescentes (2) Adultos/idosos (3) Ambos	BPCTEFREQ
B.12 Quantos profissionais costumam estar presentes com você durante seu trabalho? _____	BQNTPROF
B.13 Você está satisfeito com o local onde trabalha? (1) sim (2) não	BSATTRAB
B.14 Você se sente reconhecido pelo trabalho que realiza? (1) sim, por quem? _____ (2) não, por quem? _____	BRECTRAB
B.15 Como você avalia os seus relacionamentos interpessoais no seu local de trabalho? (1) Péssimos (2) Ruins (3) Regulares (4) Bons (5) Ótimos	BRELTRAB
B.16 Você já sofreu acidente(s) no trabalho ou quando estava se deslocando para/do trabalho? (1) sim, ____ vezes, como _____ (2) não	BACDESLOC
B.17 Quantos dias você precisou se ausentar do trabalho no último ano? _____ dias	BDIASALU
B.18 Quanto você está preocupado(a) com a violência em seu local de trabalho? não está nem um pouco preocupado (1) --- (2) --- (3) --- (4) --- (5) muito preocupado	BPREOCVIOL
B.19 Existem procedimentos para o relato da violência em seu local de trabalho? (1) sim (2) não	BPROCRELVIO
B.20 Existe algum estímulo para o relato da violência no seu local de trabalho? (1) sim, de quem? _____ (2) não	BESTRELVIO

ANEXO D – PROTOCOLO DE PESQUISA: *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector*

Projeto “Violência no trabalho em saúde: implicações para a saúde dos trabalhadores”

AVALIAÇÃO DA VIOLÊNCIA FÍSICA						
VF - “Violência física refere-se ao uso de força física contra outra pessoa ou grupo, que resulta em dano físico, sexual ou psicológico. Pode incluir soco, chute, tapa, esfaqueamento, tiro, empurrão, mordida e/ou beliscão, dentre outros”						
vf. 1 Nos últimos 12 meses, você foi fisicamente agredido em seu local de trabalho? (1) sim (2) não (então passe para a questão VF 2)						
VFAGRED						
vf. 1.1 Com relação à última vez que você foi fisicamente agredido, tratou-se de: (1) violência física com arma (2) violência física sem arma						
VFARMA						
vf. 1.2 Você considera esta uma situação típica em seu local de trabalho? (1) sim (2) não						
VFSITIP						
vf. 1.3 Quem agrediu você? (1) paciente (2) familiar/cuidador de paciente (3) Colega de trabalho (4) Chefe/supervisor (5) Outro _____						
VFQUEM						
vf. 1.4 Onde ocorreu o incidente? (1) dentro da instituição (2) fora da instituição (no trajeto do/para o trabalho)						
VFONDE						
vf. 1.5 Como você reagiu ao ocorrido? Assinale todas as opções pertinentes: (1) Não teve reação (2) pediu a pessoa para parar (3) tentou fingir que nada aconteceu (4) tentou defender-se fisicamente (5) contou para amigos/familiares (6) buscou aconselhamento (7) contou para um colega (8) relatou para um chefe (9) pediu transferência (10) buscou ajuda do sindicato/conselho/associação (11) registrou o evento (12) registrou pedido de indenização/abriu processo						
VFREACAO						
vf. 1.6 Você acha que o incidente poderia ter sido evitado? (1) sim (2) não						
VFEVITADO						
vf. 1.7 O ocorrido resultou em ferimento? (1) sim (2) não						
VFFERIMEN						
vf. 1.8 Você precisou de assistência médica? (1) sim (2) não						
VFASSMED						
vf. 1.9 Indique os problemas que você vivenciou após a experiência da violência física (uma opção por questão):						
	Decide que você foi agredido, o quanto incomodado você tem sido por:	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
vf.1.9.1	Memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
vf.1.9.2	Evitar pensar ou falar sobre a agressão ou evitar sentimentos relacionados à mesma?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
vf.1.9.3	Permanecer “super-alerta”, vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso(a)?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
vf.1.9.4	Sentimento de que suas atividades passaram a ser mais penosas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
VFMEM						
VFEVITAR						
VFALERTA						
VFSENT						
vf. 1.10 Você teve que se retirar do local de trabalho após a agressão? (1) sim, por _____ hora(s) (2) não						
VFRETTRAB						

<p>vr. 1.11 Foi tomada alguma providência diante do evento? (1) sim, por quem? _____ (2) não</p>	VFPROV	
<p>vr. 1.12 Quais foram as consequências para o agressor? (1) nenhuma (2) advertência verbal (3) interrompeu o tratamento/transferência de setor (4) registro na polícia (5) processo ao agressor (6) não sabe (7) outro _____</p>	VFCONSQ	
<p>vr. 1.13 Seu empregador ou supervisor ofereceu ajuda? (1) não ofereceu (2) ofereceu aconselhamento (3) ofereceu oportunidade de falar ou relatar o ocorrido (4) outro suporte _____</p>	VFAJUD	
<p>vr. 1.14 Avalie o seu grau de satisfação em relação à forma como o incidente foi tratado</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Totalmente insatisfeito (1) --- (2) --- (3) --- (4) --- (5) muito satisfeito</p>	VFSATTRAT	
<p>vr. 1.15 Se você não relatou ou falou sobre o incidente com outras pessoas, por que não o fez? Assinale todas as opções pertinentes: (1) Não foi importante (2) Sentiu-se envergonhado (3) Sentiu-se culpado (4) Não sabia a quem relatar (5) Ficou com medo de consequências negativas (6) Considerou que de qualquer forma não seriam tomadas providências (7) Outro _____</p>	VFPQNAOREL	
<p>vr. 2 Nos últimos 12 meses, você presenciou situações de violência física no seu local de trabalho? (1) Sim, _____ vezes (2) não</p>	VFPRESEC	

AVALIAÇÃO DA VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA

"Violência psicológica é definida como o uso intencional de poder, incluindo ameaça de força contra outra pessoa ou grupo, que possa resultar em dano ao desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral ou social. Violência psicológica inclui agressão verbal, intimidação/assédio moral (humilhação/desmoralização), discriminação e ameaças."

AV - AGRESSÃO VERBAL		
AGRESSÃO VERBAL		
refere-se ao comportamento que humilha, degrada ou, de outra forma, indica uma falta de respeito com a dignidade e o valor do indivíduo.		
<p>AV.1 Nos últimos 12 meses, você foi agredido verbalmente em seu local de trabalho? (1) sim (2) não (então passe para a questão IAM)</p>	AVAGREDIDO	
<p>AV.2 Quantas vezes você foi agredido verbalmente nos últimos 12 meses? _____ vezes</p>	AVQNTS	
<p>AV.3 Considerando a última vez que você sofreu uma agressão verbal, quem agrediu você? (1) paciente (2) familiar/cuidador de paciente (3) Colega de trabalho (4) chefe/supervisor (5) outro _____</p>	AVQUEM	
<p>AV.4 Você considera esta uma situação típica em seu local de trabalho? (1) sim (2) não</p>	AVTIPICO	

AV.5 Onde ocorreu o incidente? (1) dentro da instituição (2) fora da instituição (no trajeto do/para o trabalho)							AVONDE																										
AV.6 Como você reagiu ao ocorrido? Assinale todas as opções pertinentes: (1) não teve reação (2) pediu a pessoa para parar (3) tentou fingir que nada aconteceu (4) tentou defender-se fisicamente (5) contou para amigos/familiares (6) buscou aconselhamento (7) contou para um colega (8) relatou para um chefe (9) pediu transferência (10) buscou ajuda do sindicato/conselho/associação (11) registrou o evento (12) registrou pedido de indenização/abriu processo							AVREACAO																										
AV.7 Você acha que o incidente poderia ter sido evitado? (1) sim (2) não							AVENTA																										
AV.8 Indique os problemas que você vivenciou após a experiência da violência verbal (uma opção por questão):																																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Decide que você foi agredido, o quão incomodado você tem sido por:</th> <th>Nunca</th> <th>Um pouco</th> <th>Moderadamente</th> <th>Bastante</th> <th>Extremamente</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AV.8.1 Memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras?</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>(3)</td> <td>(4)</td> <td>(5)</td> </tr> <tr> <td>AV.8.2 Evitar pensar ou falar sobre a agressão ou evitar sentimentos relacionados à mesma?</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>(3)</td> <td>(4)</td> <td>(5)</td> </tr> <tr> <td>AV.8.3 Permanecer "super-alerta", vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso(a)?</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>(3)</td> <td>(4)</td> <td>(5)</td> </tr> <tr> <td>AV.8.4 Sentimento de que suas atividades passaram a ser mais penosas?</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>(3)</td> <td>(4)</td> <td>(5)</td> </tr> </tbody> </table>	Decide que você foi agredido, o quão incomodado você tem sido por:	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente	AV.8.1 Memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	AV.8.2 Evitar pensar ou falar sobre a agressão ou evitar sentimentos relacionados à mesma?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	AV.8.3 Permanecer "super-alerta", vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso(a)?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	AV.8.4 Sentimento de que suas atividades passaram a ser mais penosas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
Decide que você foi agredido, o quão incomodado você tem sido por:	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente																												
AV.8.1 Memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)																												
AV.8.2 Evitar pensar ou falar sobre a agressão ou evitar sentimentos relacionados à mesma?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)																												
AV.8.3 Permanecer "super-alerta", vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso(a)?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)																												
AV.8.4 Sentimento de que suas atividades passaram a ser mais penosas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)																												
AV.9 Foi tomada alguma providência diante do evento? (1) sim, por quem? _____ (2) não							AVPROV																										
AV.10 Quais foram as consequências para o agressor? (1) nenhuma (2) advertência verbal (3) interrompeu o tratamento/transferência de setor (4) registro na polícia (5) processo ao agressor (6) não sabe (7) outro _____							AVCONSEQ																										
AV.11 Seu empregador ou supervisor ofereceu ajuda? (1) não ofereceu (2) ofereceu aconselhamento (3) ofereceu oportunidade de falar ou relatar o ocorrido (4) outro suporte _____							AVAJUDA																										
AV.12 Avalie o seu grau de satisfação em relação à forma como o incidente foi tratado <table border="1"> <tr> <td>Totalmente insatisfeito (1) — (2) — (3) — (4) — (5) muito satisfeito</td> </tr> </table>							Totalmente insatisfeito (1) — (2) — (3) — (4) — (5) muito satisfeito	AVSATIF																									
Totalmente insatisfeito (1) — (2) — (3) — (4) — (5) muito satisfeito																																	
AV.13 Se você não relatou ou falou sobre o incidente com outras pessoas, por que não o fez? Assinale todas as opções pertinentes: (1) Não foi importante (2) Sentiu-se envergonhado (3) Sentiu-se culpado (4) Não sabia a quem relatar (5) Ficou com medo de consequências negativas (6) Considerou que de qualquer forma não seriam tomadas providências (7) Outro _____							AVPQNAOREL																										

IAM - INTIMIDAÇÃO/ASSÉDIO MORAL							
<p align="center">INTIMIDAÇÃO / ASSÉDIO MORAL</p> <p><i>refere-se a comportamento ofensivo, humilhante, que desqualifica ou desmoraliza repetido e em excesso, através de ataques vingativos, cruéis e maliciosos que objetiva rebaixar um indivíduo ou grupo de trabalhadores(as).</i></p>							
IAM.1 Nos últimos 12 meses, você foi intimidado, humilhado, desqualificado ou desmoralizado de forma persistente em seu local de trabalho? (1) sim (2) não (então passe para a questão A5)					IAMINTIMID		
IAM.2 Com que frequência isto tem acontecido nos últimos 12 meses? (1) todo o tempo (2) às vezes (3) uma vez					IAMFREQ		
IAM.3 Considerando a última vez que você foi intimidado/agredido moralmente, quem agrediu? (1) paciente (2) familiar/cuidador de paciente (3) Colega de trabalho (4) chefe/supervisor (5) outro _____					IAMQUEM		
IAM.4 Você considera esta uma situação típica em seu local de trabalho? (1) sim (2) não					IAMTIPICO		
IAM.5 Onde ocorreu o incidente?(1) dentro da instituição (2) fora da instituição (no trajeto do/para o trabalho)					IAMONDE		
IAM.6 Como você reagiu ao ocorrido? Assinale todas as opções pertinentes: (1) não teve reação (2) pediu a pessoa para parar (3) tentou fingir que nada aconteceu (4) tentou defender-se fisicamente (5) contou para amigos/familiares (6) buscou aconselhamento (7) contou para um colega (8) relatou para um chefe (9) pediu transferência (10) buscou ajuda do sindicato/conselho/associação (11) registrou o evento (12) registrou pedido de indenização/abriu processo					IAMREACAO		
IAM.7 Indique os problemas que você vivenciou em detrimento da intimidação/assédio moral(uma opção por questão):							
		Desde que você foi agredido, o quão Incomodado você tem sido por:	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
IAM.7.1	Memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	IAMMEM
IAM.7.2	Evitar pensar ou falar sobre a agressão ou evitar sentimentos relacionados à mesma?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	IAMEVITAR
IAM.7.3	Permanecer "super-alerta", vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso(a)?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	IAMALERTA
IAM.7.4	Sentimento de que suas atividades passaram a ser mais penosas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	IAMSINT
IAM.8 Você acha que o incidente poderia ter sido evitado? (1) sim (2) não					IAMPODEVIT		
IAM.9 Foi tomada alguma providência diante do evento? (1) sim, por quem? _____ (2) não					IAMPROVID		

<p>IAM.10 Quais foram as consequências para o agressor?</p> <p>(1) nenhuma (2) advertência verbal (3) interrompeu o tratamento/transferência de setor (4) registro na polícia (5) processo ao agressor (6) não sabe (7) outro _____</p>	IAMCONSEQ	
<p>IAM.11 Seu empregador ou supervisor ofereceu ajuda com:</p> <p>(1) não ofereceu (2) ofereceu aconselhamento (3) ofereceu oportunidade de falar ou relatar o ocorrido (4) outro suporte _____</p>	IAMAJUDA	
<p>IAM.12 Avalie o seu grau de satisfação em relação à forma como o incidente foi tratado</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Totalmente insatisfeito (1) — (2) — (3) — (4) — (5) muito satisfeito</p>	IAMSATISF	
<p>IAM.13 Se você não relatou ou falou sobre o incidente com outras pessoas, por que não o fez?</p> <p>Assinale todas as opções pertinentes: (1) Não foi importante (2) Sentiu-se envergonhado (3) Sentiu-se culpado (4) Não sabia a quem relatar (5) Ficou com medo de consequências negativas (6) Considerou que de qualquer forma não seriam tomadas providências (7) Outro _____</p>	IAMPONADEL	

AS – ASSÉDIO SEXUAL		
<p>ASSÉDIO SEXUAL <i>refere-se a qualquer comportamento indesejável, unilateral e não esperado de natureza sexual que é ofensivo para a pessoa envolvida e repercute em ameaça, humilhação ou incômodo/constrangimento a esta pessoa.</i></p>		
<p>AS.1 Nos últimos 12 meses, você foi assediado sexualmente seu local de trabalho?</p> <p>(1) sim (2) não (então passe para a questão DR)</p>	ASASSEDIO	
<p>AS.2 Com que frequência isto tem acontecido nos últimos 12 meses?</p> <p>(1) todo o tempo (2) às vezes (3) uma vez</p>	ASFREQ	
<p>AS.3 Considerando a última vez que você foi assediado sexualmente, quem agrediu?</p> <p>(1) paciente (2) familiar/cuidador de paciente (3) Colega de trabalho (4) chefe/supervisor (5) outro _____</p>	ASQUEM	
<p>AS.4 Você considera esta uma situação típica em seu local de trabalho?</p> <p>(1) sim (2) não</p>	ASTIPICO	
<p>AS.5 Onde ocorreu o incidente?(1) dentro da instituição (2) fora da instituição (no trajeto do/para o trabalho)</p>	ASONDE	
<p>AS.6 Como você reagiu ao ocorrido? Assinale todas as opções pertinentes:</p> <p>(1) não teve reação (2) pediu a pessoa para parar (3) tentou fingir que nada aconteceu (4) tentou defender-se fisicamente (5) contou para amigos/familiares (6) buscou aconselhamento (7) contou para um colega (8) relatou para um chefe (9) pediu transferência (10) buscou ajuda do sindicato/conselho/associação (11) registrou o evento (12) registrou pedido de indenização/abriu processo</p>	ASREACAO	

AS.7 Indique os problemas que você vivenciou em detrimento do assédio sexual (uma opção por questão):								
	Desde que você foi agredido, o quanto incomodado você tem sido por:	Nunca	Um pouco	Modestamente	Bastante	Extremamente		
AS.7.1	Memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	ASMEM	
AS.7.2	Evitar pensar ou falar sobre a agressão ou evitar sentimentos relacionados à mesma?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	ASDEVIT	
AS.7.3	Permanecer "super-alerta", vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso(a)?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	ASALERTA	
AS.7.4	Sentimento de que suas atividades passaram a ser mais penosas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	ASSENT	
AS.8 Você acha que o incidente poderia ter sido evitado? (1) sim (2) não							ASPODEVIT	
AS.9 Foi tomada alguma providência diante do evento? (1) sim, por quem? _____ (2) não							ASPROV	
AS.10 Quais foram as consequências para o agressor? (1) nenhuma (2) advertência verbal (3) interrompeu o tratamento/transfêrencia de setor (4) registro na polícia (5) processo ao agressor (6) não sabe (7) outro _____							ASCORSEO	
AS.11 Seu empregador ou supervisor ofereceu ajuda? (1) não ofereceu (2) ofereceu aconselhamento (3) ofereceu oportunidade de falar ou relatar o ocorrido (4) outro suporte _____							ASAJUDA	
AS.12 Avalie o seu grau de satisfação em relação à forma como o incidente foi tratado <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Totalmente insatisfeito (1) — (2) — (3) — (4) — (5) muito satisfeito </div>							ASSATISF	
AS.13 Se você não relatou ou falou sobre o incidente com outras pessoas, por que não o fez? Assinale todas as opções pertinentes: (1) Não foi importante (2) Sentiu-se envergonhado (3) Sentiu-se culpado (4) Não sabia a quem relatar (5) Ficou com medo de consequências negativas (6) Considerou que de qualquer forma não seriam tomadas providências (7) Outro _____							ASPONAOREL	

DR - DISCRIMINAÇÃO RACIAL

DISCRIMINAÇÃO RACIAL <i>refere-se a qualquer conduta ameaçadora que é baseada em raça, cor, idioma, nacionalidade, religião, associação com uma minoria, nascimento ou outro status que seja unilateral ou indesejável e que afeta a dignidade de mulheres e homens no trabalho.</i>			
DR.1	Nos últimos 12 meses, você sofreu discriminação racial em seu local de trabalho? (1) sim (2) não (então passe para a questão H)	DRDISRACIAL	
DR.2	Com que frequência isto tem acontecido nos últimos 12 meses? (1) todo o tempo (2) às vezes (3) uma vez	DRFREQ	
DR.3	Considerando a última vez que você foi discriminado racialmente, quem discriminou você? (1) paciente (2) familiar/cuidador de paciente (3) Colega de trabalho (4) chefe/supervisor (5) outro _____	DRQUEM	

<p>DR.4 Você considera esta uma situação típica em seu local de trabalho? (1) sim (2) não</p>							DRTPICO																																				
<p>DR.5 Onde ocorreu o incidente?(1) dentro da instituição (2) fora da instituição (no trajeto do/para o trabalho)</p>							DRONDE																																				
<p>DR.6 Como você reagiu a essa discriminação? Assinale todas as opções pertinentes:</p> <p>(1) não teve reação (2) pediu a pessoa para parar (3) tentou fingir que nada aconteceu (4) tentou defender-se fisicamente (5) contou para amigos/familiares (6) buscou aconselhamento (7) contou para um colega (8) relatou para um chefe (9) pediu transferência (10) buscou ajuda do sindicato/conselho/associação (11) registrou o evento (12) registrou pedido de indenização/abriu processo</p>							DRREACAO																																				
<p>DR.7 Indique os problemas que você vivenciou em detrimento da discriminação racial (uma opção por quartil):</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Desde que você foi agredido, o quão incomodado você tem sido por:</th> <th>Nunca</th> <th>Um pouco</th> <th>Moderadamente</th> <th>Bastante</th> <th>Extremamente</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DR.7.1</td> <td>Memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras?</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>(3)</td> <td>(4)</td> <td>(5)</td> </tr> <tr> <td>DR.7.2</td> <td>Evitar pensar ou falar sobre a agressão ou evitar sentimentos relacionados à mesma?</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>(3)</td> <td>(4)</td> <td>(5)</td> </tr> <tr> <td>DR.7.3</td> <td>Permanecer "super-alerta", vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso(a)?</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>(3)</td> <td>(4)</td> <td>(5)</td> </tr> <tr> <td>DR.7.4</td> <td>Sentimento de que suas atividades passaram a ser mais penosas?</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>(3)</td> <td>(4)</td> <td>(5)</td> </tr> </tbody> </table>								Desde que você foi agredido, o quão incomodado você tem sido por:	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente	DR.7.1	Memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	DR.7.2	Evitar pensar ou falar sobre a agressão ou evitar sentimentos relacionados à mesma?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	DR.7.3	Permanecer "super-alerta", vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso(a)?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	DR.7.4	Sentimento de que suas atividades passaram a ser mais penosas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
	Desde que você foi agredido, o quão incomodado você tem sido por:	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente																																					
DR.7.1	Memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)																																					
DR.7.2	Evitar pensar ou falar sobre a agressão ou evitar sentimentos relacionados à mesma?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)																																					
DR.7.3	Permanecer "super-alerta", vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso(a)?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)																																					
DR.7.4	Sentimento de que suas atividades passaram a ser mais penosas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)																																					
<p>DR.8 Você acha que o incidente poderia ter sido evitado? (1) sim (2) não</p>							DRPODEVT																																				
<p>DR.9 Foi tomada alguma providência diante do evento? (1) sim, por quem? _____ (2) não</p>							DRPROV																																				
<p>DR.10 Quais foram as consequências para o agressor? (1) nenhuma (2) advertência verbal (3) interrompeu o tratamento/transferência de setor (4) registro na polícia (5) processo ao agressor (6) não sabe (7) outro _____</p>							DRCONSEQ																																				
<p>DR.11 Seu empregador ou supervisor ofereceu ajuda? (1) não ofereceu (2) ofereceu aconselhamento (3) ofereceu oportunidade de falar ou relatar o ocorrido (4) outro suporte _____</p>							DRAJUDA																																				
<p>DR.12 Avalie o seu grau de satisfação em relação à forma como o incidente foi tratado</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Totalmente insatisfeito (1) — (2) — (3) — (4) — (5) muito satisfeito</p>							DRSATISF																																				
<p>DR.13 Se você não relatou ou falou sobre o incidente com outras pessoas, por que não o fez? Assinale todas as opções pertinentes: (1) Não foi importante (2) Sentiu-se envergonhado (3) Sentiu-se culpado (4) Não sabia a quem relatar (5) Ficou com medo de consequências negativas (6) Considerou que de qualquer forma não seriam tomadas providências (7) Outro _____</p>							DRPOQAOREL																																				

HOSPITAL					
H.1 O seu local de trabalho desenvolve condutas específicas para proteção à:					
		sim	não	não sabe	
H.1.1	Saúde e segurança	(1)	(2)	(3)	
H.1.2	Violência física	(1)	(2)	(3)	
H.1.3	Agressão verbal	(1)	(2)	(3)	
H.1.4	Intimidação/agressão moral	(1)	(2)	(3)	
H.1.5	Assédio sexual	(1)	(2)	(3)	
H.1.6	Discriminação	(1)	(2)	(3)	
H.1.7	Ameaça	(1)	(2)	(3)	
H.2 Quais medidas para lidar com a violência no trabalho existem no local em que você trabalha?					
(Marque todas as opções pertinentes):					
		Sim	Não		
H.2.1	Medidas de segurança (guardas, alarmes, outros)	(1)	(2)		
H.2.2	Melhoras no ambiente (iluminação, ruídos, condicionamento de ar, limpeza, privacidade, acesso fácil ao refeitório e sanitários, outros)	(1)	(2)		
H.2.3	Controle do acesso à instituição (checagem da portaria)	(1)	(2)		
H.2.4	Registro de paciente com comportamento agressivo anterior	(1)	(2)		
H.2.5	Protocolos para pacientes agressivos (procedimentos de controle, contenção, transporte, medicação, programação de atividade, acesso à informação, outros)	(1)	(2)		
H.2.6	Número suficiente de funcionários	(1)	(2)		
H.2.7	Uso rigoroso de uniforme e identificação de todos que circulam no ambiente	(1)	(2)		
H.2.8	Troca de plantão ou escala em caso necessário	(1)	(2)		
H.2.9	Restrição do trabalho solitário	(1)	(2)		
H.2.10	Treinamento/capacitação (enfrentamento da violência, habilidade de comunicação, resolução de conflitos, defesa pessoal, outros)	(1)	(2)		
H.2.11	Investimentos em desenvolvimento de recursos humanos (promoção, premiação, outros)	(1)	(2)		
H.2.12	Nenhuma	(1)	(2)		
H.3 Quanto você acha que estas medidas poderiam melhorar seu local de trabalho?					
		Nada	Pouco	Moderadamente	Muito
H.3.1	Medidas de segurança	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.2	Melhoras no ambiente	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.3	Controle do acesso à instituição	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.4	Registro de paciente com comportamento agressivo anterior	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.5	Protocolos para pacientes agressivos	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.6	Número suficiente de funcionários	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.7	Uso rigoroso de uniforme e identificação	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.8	Troca de plantão ou escala em caso necessário	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.9	Restrição do trabalho solitário	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.10	Treinamento/capacitação	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.11	Investimentos em desenvolvimento de recursos humanos	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.12	Outra	(1)	(2)	(3)	(4)

ANEXO E – *Malasch Inventory Burnout*

Projeto “Violência no trabalho em saúde: implicações para a saúde dos trabalhadores”

INVENTÁRIOS MBI e SRQ-20								
INSTRUÇÕES: Por favor, responda com o que mais se aproxima de sua condição atual:		Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
B.1	Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.2	Eu me sinto como se estivesse no meu limite.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.3	Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.4	Eu me sinto frustrado com meu trabalho.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.5	Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.6	Eu me sinto esgotado com meu trabalho.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.7	Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.8	Eu me sinto cansado quando me levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.9	Trabalhar com pessoas o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.10	Eu me sinto muito cheio de energia.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.11	Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com a minha clientela.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.12	No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com muita calma.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.13	Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com a minha clientela.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.14	Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.15	Eu trato de forma adequada os problemas da minha clientela.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.16	Eu posso entender facilmente o que sente a minha clientela acerca das coisas.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.17	Eu tenho realizado muitas coisas importantes neste trabalho.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.18	Eu sinto que os clientes me culpam por alguns dos seus problemas.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.19	Eu sinto que eu trato alguns dos meus clientes como se eles fossem objetos.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.20	Eu acho que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei esse trabalho.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.21	Eu acho que este trabalho está me endurecendo emocionalmente.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.22	Eu não me importo realmente com o que acontece com alguns dos meus clientes.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

ANEXO F – *Self-Reporting Questionnaire* SRQ-20

Projeto “Violência no trabalho em saúde: implicações para a saúde dos trabalhadores”

		Sím	Não
SRQ.1	Você tem dores de cabeça com frequência?	(1)	(2)
SRQ.2	Tem falta de apetite?	(1)	(2)
SRQ.3	Dorme mal?	(1)	(2)
SRQ.4	Fica com medo com facilidade?	(1)	(2)
SRQ.5	Suas mãos tremem?	(1)	(2)
SRQ.6	Se sente nervoso, tenso ou preocupado?	(1)	(2)
SRQ.7	Tem problema digestivo?	(1)	(2)
SRQ.8	Não consegue pensar com clareza?	(1)	(2)
SRQ.9	Sente-se infeliz?	(1)	(2)
SRQ.10	Chora mais que o comum?	(1)	(2)
SRQ.11	Acha difícil gostar de suas atividades diárias?	(1)	(2)
SRQ.12	Acha difícil tomar decisões?	(1)	(2)
SRQ.13	Seu trabalho diário é um sofrimento (tormento)?	(1)	(2)
SRQ.14	Não é capaz de ter um papel útil na vida?	(1)	(2)
SRQ.15	Perdeu interesse pelas coisas?	(1)	(2)
SRQ.16	Acha que é uma pessoa que não vale nada?	(1)	(2)
SRQ.17	O pensamento de acabar com a vida já passou por sua cabeça?	(1)	(2)
SRQ.18	Se sente cansado o tempo todo?	(1)	(2)
SRQ.19	Tem sensações desagradáveis no estômago?	(1)	(2)
SRQ.20	Fica cansado com facilidade?	(1)	(2)