A violência no trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial de um município do interior do estado de São Paulo

Workplace violence in the Psychosocial Care Centers of a city in the state of São Paulo

Aline Bedin-Zanatta, Sérgio Roberto de Lucca, Beatriz Machado-de-Campos Corrêa

RESUMO | Introdução: A violência no local de trabalho contra profissionais de saúde é prevalente e considerada um problema de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde. A maioria dos estudos evidencia o adoecimento psíquico dos profissionais de saúde e não as causas desencadeantes. Objetivos: Identificar a ocorrência da violência laboral e seu impacto nos profissionais atuantes dos Centros de Atenção Psicossocial em uma cidade de grande porte do interior do estado de São Paulo. Métodos: Estudo transversal quantitativo realizado em amostra não probabilística com 193 profissionais de saúde de 11 Centros de Atenção Psicossocial. Os participantes responderam formulário com dois questionários de autopreenchimento: um biosocial e o Survey Questionnaire Workplace Violence. Resultados: A pesquisa revelou que 42,4% dos profissionais foram vítimas de algum tipo de violência física; 64,8% sofreram agressão psicológica; e 29,5%, intimidação/assédio moral. Não ter reação, pedir para a pessoa parar, contar para um colega ou chefe foram as principais atitudes daqueles que sofreram violência. Houve advertência verbal ao agressor em apenas 21% dos casos de violência física. Para os profissionais, o assédio moral teve o maior impacto negativo, seguido da violência psicológica e violência física. Conclusões: A violência laboral faz parte do cotidiano do trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial. Embora seja, muitas vezes, naturalizada e considerada uma estratégia coletiva de defesa ao sofrimento, a satisfação no trabalho manifestada pelos participantes reforça o compromisso dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial com os usuários e com a equipe e a busca de reconhecimento.

Palavras-chave | profissionais de saúde; Centros de Atenção Psicossocial; violência no trabalho.

ABSTRACT | Introduction: Workplace violence against health care professionals is a highly prevalent problem and is considered a public health concern by the World Health Organization. Yet most studies on the topic focus on its negative impact on the mental health of workers rather than the causes of these incidents. Objectives: To describe the frequency of workplace violence and its impact on professionals working in Psychosocial Care Centers ([Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)]) in a large city in the state of São Paulo. Methods: A quantitative cross-sectional study was conducted on a non-probabilistic sample of 193 health care workers across 11 Psychosocial Care Centers. Participants completed two self-administered instruments: a biosocial questionnaire and the Survey Questionnaire on Workplace Violence. Results: The results showed that 42.4% of respondents had suffered physical violence; 64.8% had experienced psychological violence; and 29.5% had been victims of bullying/mobbing. In most cases, the victims responded to these incidents by taking no action, asking the perpetrator to stop, or speaking of the incident to a colleague or superior. A verbal warning was issued to perpetrators in only 21% of cases of physical violence. Mobbing had the greatest negative impact on respondents, followed by psychological and physical violence. Conclusions: Workplace violence is a part of everyday work in Psychosocial Care Centers. Though this violence is often naturalized and considered a collective defense against suffering, it did not prevent participants from reporting high levels of job satisfaction, reflecting the degree to which professionals at Psychosocial Care Centers are committed to their colleagues and to service users, as well as their search for professional recognition.

Keywords | health care professionals; Psychosocial Care Centers; workplace violence.
INTRODUÇÃO

A violência no local de trabalho é identificada nas organizações no âmbito individual e coletivo e demonstra complexas inter-relações, sendo prevalente nos serviços de saúde em todo o mundo e considerada um problema de saúde pública a nível internacional1. A maioria dos casos relatados de violência nos locais de trabalho está associada ao poder exercido pelos gestores na forma de assédio moral. Além disso, os trabalhadores dos setores de serviços, que lidam diretamente com pessoas, também podem ser vítimas de violência física dos próprios usuários desses serviços. Entretanto, o caráter de invisibilidade de algumas características dos processos de trabalho no contexto da saúde expõe os profissionais a diferentes formas de violência ocultadas na relação de serviço2.

O acúmulo de estressores decorrentes das condições de trabalho e das demandas inerentes do trabalho em saúde, os problemas sociais e as questões político-econômicas associadas aos sistemas de saúde são elencados entre os geradores de violência nesses ambientes3. O setor da saúde apresenta elevado potencial para a ocorrência de agressões aos profissionais da saúde, pois, além da exposição a inúmeros riscos intrínsecos ao processo de trabalho, há o contato constante com usuários dos serviços, com os quais a interação é intensa e de cunho interpessoal. A dimensão do impacto da violência, principalmente o de natureza psíquica, na saúde dos trabalhadores é de difícil avaliação, uma vez que as vítimas frequentemente optam pelo silêncio como resposta à agressão devido a vergonha, humilhação ou medo de represálias. Como consequência, pode ocorrer perda da autoestima e confiança sobre as competências profissionais, além de sentimentos de impotência e de insatisfação, tendências depressivas, transtornos sexuais, absentismo e desinteresse pelo trabalho2.

Nesse cenário, é necessário compreender a violência para além de sua dimensão física e concreta, entendendo-a como uma dimensão relacionada à subjetividade e à imprevisibilidade4. Estratégias individuais ou coletivas podem ser mobilizadas para evitar que o sofrimento se transforme em adoecimento5. Dentro das políticas públicas de saúde mental, a violência aparece associada à produção do sofrimento psíquico, às barreiras de acesso ao tratamento, a contextos institucionais de mortificação dos sujeitos e, inclusive, ao complexo fenômeno das drogas6.

Os estudos de saúde mental focam no cuidado dos usuários dos serviços de saúde mental; no entanto, o sofrimento psíquico dos profissionais de saúde que prestam assistência e cuidado a esses usuários é pouco explorado. Este estudo teve como objetivo verificar, a partir da percepção dos profissionais de saúde, o impacto da ocorrência da violência laboral no contexto de trabalho em saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em uma cidade de grande porte do interior do estado de São Paulo.

MÉTODOS

DESENO E LOCAL DO ESTUDO

Estudo exploratório, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, realizado nos 11 CAPS da rede de saúde mental de um município do interior do estado de São Paulo7. Salienta-se que todas as modalidades de CAPS do município fizeram parte da pesquisa. Sendo assim, dos 11 CAPS pesquisados, seis eram da modalidade adulto; três, da modalidade álcool e drogas; e dois, infanto-juvenis.

POPULAÇÃO OU AMOSTRA: CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A amostra foi definida utilizando a modalidade de amostragem não probabilística por conveniência. Os sujeitos foram selecionados de acordo com a presença durante o período da coleta dos dados. A população do estudo incluiu todos os trabalhadores dos CAPS de diferentes categorias profissionais: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, psicólogos, coordenadores, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, monitores, farmacêuticos, técnicos de farmácia, educadores físicos e fonoaudiólogos7.
aos participantes, os questionários de pesquisa foram em um envelope lacrado e codificado, com orientações sobre como responder e não nos instrumentos no local de trabalho.

Do total de 395 trabalhadores dos CAPS, foram excluídos da pesquisa 70 profissionais com menos de 6 meses de experiência no CAPS, cinco que entregaram os questionários incompletos e 15 em afastamento ou licença-maternidade, o que resultou em uma amostra elegível de 305 trabalhadores. As perdas (36,7%; n = 112) resultaram de recusas em participar da pesquisa ou não entrega dos questionários após pelo menos cinco tentativas. A amostra final do estudo foi de 193 participantes. O trabalho de campo foi realizado nos meses de novembro de 2014 a outubro de 2015. As coletas foram realizadas nos períodos da manhã, tarde e noite, até que todos os profissionais fossem abordados. Tanto a entrega quanto a devolução dos envelopes preenchidos ocorreram pessoalmente e individualmente à pesquisadora responsável.

PROTOCOLO DO ESTUDO E INSTRUMENTOS

Foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados: um questionário biosocial, com base em outros estudos sobre o tema, e o Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector, proposto pela Organização Mundial da Saúde, pela Organização Internacional do Trabalho e de Serviços Públicos e pelo Conselho Internacional de Enfermagem e traduzido e adaptado para a língua portuguesa. O questionário biosocial visa conhecer diversos aspectos da população de estudo. Trata-se de um instrumento autoaplicável, que buscou avaliar as seguintes características: gênero, idade, estado civil, número de filhos, ocupação no CAPS, tempo de formação, nível educacional, tempo de trabalho na instituição, ocorrência de acidente de trabalho, afastamento por problemas de saúde nos últimos 2 anos, satisfação com o trabalho e relações pessoais.

O Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector, também autoaplicável, possui 18 questões sobre a ocorrência da violência física e 13 questões sobre a ocorrência de violência psicológica (agressão verbal, intimidação/assédio moral, assédio sexual e discriminação racial) e verifica a frequência em que as violências foram experienciadas por cada profissional. O presente estudo enfatizou as situações de agressão física, agressão verbal e intimidação/assédio moral. A violência física se refere "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". Já a 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.

A avaliação da violência psicológica é subdividida em agressão verbal e intimidação/assédio moral. A primeira refere-se ao comportamento que humilha, degrada e falta com respeito à dignidade e ao valor do indivíduo. A segunda refere-se ao comportamento ofensivo e humilhante que desqualifica ou desmoraliza repetidamente e em excesso através de ataques vingativos, cruéis e malignos, que objetivam rebaixar um indivíduo ou grupo de trabalhadores(as).

ANÁLISE DOS RESULTADOS E ESTATÍSTICA

Os resultados foram analisados por meio dos recursos do software SPSS, versão 2.0. As variáveis categóricas foram descritas por meio de razões e proporções. O nível de significância (a) adotado foi de 5%, sendo considerados significativos valores de p < 0,05 e intervalo de confiança de 95% (IC95%). As diferenças nas proporções foram testadas pelo teste de Pearson (qui-quadrado) ou teste de Fischer, quando necessário, enquanto as diferenças nas médias foram testadas pelo teste de Kruskal-Wallis. A análise multivariada foi calculada por meio da regressão logística binária. Modelos de regressão logística foram rodados com todas as variáveis, que foram retiradas dos modelos à medida que o p-valor se apresentasse maior que 20% (modelo stepwise). A medida de associação utilizada foi a odds ratio (OR) e seus respectivos IC95%. O presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/Unicamp) sob o parecer número 848.136/2015.
RESULTADOS

A maioria dos sujeitos da amostra é do sexo feminino (74%), solteiro (50,5%), sem filhos (58,3%), com idade média de 35,2 anos, tempo médio de trabalho no CAPS de 4,9 anos e com carga horária semanal média de 42,9 horas. Participantes das áreas de enfermagem (46,9%) e psicologia (21%) compuseram a maior parte desta pesquisa.

Cerca de 80% dos profissionais se sentem satisfeitos com seu trabalho, classificando-o como bom (56,4%) e ótimo (22,2%). Entre os participantes, 58 (30,2%) informaram que sofreram acidente de trabalho no ano anterior à pesquisa, seguido por acidente com material perfurocortante (12 pessoas). Acerca das relações interpessoais, 12,4% dos profissionais as classificaram como ótimas; 60,1%, como boas; 21,7%, regulares; e 5,7% dos participantes as consideraram ruins ou péssimas. O sofrimento psíquico desses profissionais manifestou-se indiretamente através do absenteísmo, uma vez que 20,7% se afastaram do trabalho por doença no ano anterior, e 57,5% apresentaram comportamento presenteísta, tendo comparecido ao trabalho apesar de doentes.

A maioria dos profissionais relatou já ter sofrido algum tipo de violência, sendo a violência psicológica a mais prevalente (n = 125), seguida por violência física (n = 82) e intimidação/assédio moral (n = 57). Salienta-se que foi possível assinalar mais de um tipo de violência no questionário. Em relação aos perpetradores, chama-se atenção ao fato de que o maior perpetrador da violência foi o paciente — 96,4% nos casos de violência física, 84,1% nos casos de violência psicológica e 50,8% nos casos de intimidação/assédio moral. Outro dado que chama atenção é que 28% e 35% dos entrevistados relataram ter sofrido intimidação/assédio moral por parte dos colegas de trabalho e por parte dos supervisores, respectivamente.

A atitude ou reação relatada, no caso de violência física, predominou pedir para a pessoa parar (61%) e tentar defender-se fisicamente (43,9%). Já em relação à violência psicológica, a maioria pediu para a pessoa parar (62,4%) ou contou para um colega ou chefe (50,4%). Sobre o assédio moral, a maioria dos trabalhadores assediados contou para um colega (57,9%), pediu para a pessoa parar (43,9%) ou relatou para um chefe (43,9%). Cerca de 1/3 dos profissionais referiu ser intimidado ou assediado pelos colegas ou pelo supervisor. As principais consequências para o agressor foram a advertência verbal ou não sofrer nenhuma consequência.

Os dados da Tabela 1 demonstram a diferença na intensidade e variação dos problemas resultantes da violência física versus violência psicológica, violência física versus intimidação e violência psicológica versus intimidação e suas relações com os incômodos psicológicos vivenciados pelos trabalhadores.

Tabela 1. Comparação entre os incômodos vivenciados, relacionando as diferentes formas de violência, Campinas, estado de São Paulo, 2020

| Incômodos vivenciados                              | Violência física versus violência psicológica | Violência física versus intimidação/assédio moral | Violência psicológica versus intimidação/assédio moral | p-valor* |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------|
| Teve memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras | 0,008† | < 0,001† | 115 |       |
| Precisou evitar pensar ou falar sobre a agressão ou evitar sentimentos relacionados a mesma | 0,09 | < 0,001† | 118 |       |
| Permaneceu hiperalerta, vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso | 0,64 | 0,021† | 0,004† |       |
| Teve sentimento de que as atividades passaram a ser mais penosas | 0,002† | < 0,001† | 0,05† |       |

Os incômodos foram mensurados mediante escala de cinco pontos: (1) nunca; (2) um pouco; (3) moderadamente; (4) bastante; (5) extremamente.

* Teste t de Student.
† Valores considerados estatisticamente significativos.
A Tabela 2 apresenta as associações entre as variáveis biossociais e os diferentes tipos de violências. Foram realizados testes estatísticos entre cada uma das variáveis presentes no questionário biossocial e a variável resposta violência (física, psicológica e intimidação/assédio moral). A tabela apresenta somente as variáveis que foram consideradas significativas, ou seja, com valores de p < 0,05.

**DISCUSSÃO**

A violência física ou psicológica nos locais de trabalho transformou-se em um problema mundial, com consequências negativas para os trabalhadores e as organizações. Essas situações causam perturbações imediatas e em longo prazo nas relações entre as pessoas e o ambiente de trabalho. Os profissionais trabalhadores dos CAPS devem desdobrar-se em múltiplas atribuições, entrando em contato com uma extensa rede de expectativas e subjetividades da comunidade à qual prestam cuidados. No presente estudo, o perfil biossocial dos profissionais foi semelhante ao de outro estudo, que abordou o estresse, o enfrentamento e a qualidade de vida em profissionais da saúde que trabalhavam em serviços substitutivos de saúde mental em uma cidade do interior do estado de São Paulo, no qual também houve predominância dos profissionais da equipe de enfermagem, de mulheres de meia idade e com companheiro.

A maioria dos trabalhadores (64,8%) sofreu agressão verbal, seguida por violência física (42,49%) e situações de intimidação/assédio moral (29,53%). Um estudo sobre violência, realizado em um pronto atendimento em Porto Alegre, verificou que 48,7% dos trabalhadores sofreram agressões verbais; 24,9% sofreram intimidação/assédio moral; e 15,2%, violência física. A principal diferença encontrada quando comparados os dois estudos foi entre as proporções relacionadas à ocorrência da violência física, sendo que as situações de sofrimento grave e surtos vivenciadas pelo paciente portador de doença mental são elencadas entre as justificativas dessas ocorrências. É possível, ainda, inferir que a ocorrência de violência física no CAPS possa estar subvalorizada pela característica

| Variáveis associadas                        | Violência física | Agressão psicológica | Intimidação/assédio moral |
|---------------------------------------------|------------------|----------------------|----------------------------|
| Considerar a satisfação com o trabalho como ruim/péssima |                  |                      |                            |
| Sentir-se desvalorizado                      |                  |                      |                            |
| Ter alguma doença atualmente                 | 0,0104*          |                      |                            |
| Considerar o salário insuficiente            | 0,0174*          |                      |                            |
| Ter sofrido acidente de trabalho             | < 0,0001*        | < 0,0001*            |                            |
| Ter trabalhado enquanto doente              | 0,0451*          |                      |                            |
| Fumar maior quantidade de cigarros por dia  |                  |                      |                            |
| Profissionais enfermeiros                    | 0,0400†          |                      |                            |

* Teste qui-quadrado.
† Teste U de Mann-Whitney.
‡ Teste de Fischer.
esperada do paciente em crise, podendo estar incorporada e naturalizada no cotidiano de trabalho.

Diferentemente do que ocorreu com a violência física, os principais perpetradores de violência psicológica e intimidação/assédio moral foram os supervisores e colegas de trabalho. A atitude passiva em não reagir e tolerar foi o comportamento predominante, também encontrado em outros estudos. Salienta-se que esse tipo de violência foi a que desencadeou menor proporção de providências (28%) e maior índice de não consequência para o agressor (71%). Isso pode agravar os sentimentos de injustiça, de insatisfação e de desvalorização relacionados ao trabalho.

Os dados da Tabela 1 apontam o impacto negativo da violência psicológica e o risco de adoecimento psíquico dos profissionais. As consequências da violência psicológica são mais duradouras e não se apagam da memória, repercutindo negativamente na economia psicossomática dos trabalhadores e, portanto, contribuindo para o sofrimento psíquico, os sintomas psicossomáticos e os transtornos mentais. Esses dados corroboram com outro estudo que constatou que a violência psicológica pode ser mais danosa à saúde mental dos profissionais do que a violência física. Observou-se associação significativa entre os que sofreram violência psicológica com os sintomas de incômodo aos pensamentos repetidos da agressão sofrida, e, de acordo com outros estudos, as imagens recorrentes e duradouras da agressão psicológica contribuem para o sofrimento psíquico e a ocorrência de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e outros transtornos mentais.

**VIOLENCIA FÍSICA**

Em relação às associações verificadas na Tabela 2, a violência física esteve associada com a percepção de salário insuficiente para suas necessidades, ter sofrido algum acidente de trabalho, ter alguma doença no momento da coleta de dados, ter trabalhado enquanto doente no último ano e ser enfermeiro.

A percepção do salário como insuficiente é uma variável objetiva e de condição de trabalho que pode evidenciar questões subjétivas como sentimentos de falta de reconhecimento e de baixa valorização pelo trabalho, experienciadas pelos trabalhadores dos CAPS. Essa percepção também foi abordada em um estudo realizado com enfermeiros de um hospital universitário, o qual verificou os motivos para a insatisfação dos profissionais com seus salários. Os autores concluíram que os participantes não achavam que o salário atendia às necessidades pessoais e profissionais por estar incompatível às atribuições, às responsabilidades e à carga horária de seus trabalhos. Diante disso, pode-se atribuir à associação entre as variáveis “ter sofrido violência física” e “baixa satisfação com o salário” um aspecto mais simbólico do que monetário, em que o profissional que já sofreu violência física pode acreditar que não trabalha para isso e sente que não é reconhecido pela complexidade das suas atribuições. Essa percepção deve ser levada em consideração principalmente quando abordamos os CAPS, nos quais os trabalhadores entram em contato com a intersubjetividade do paciente portador de doença mental durante longos períodos de tempo, acompanhando um mesmo sujeito ao longo de sua vida. Em razão disso, trabalhadores com elevado comprometimento no trabalho esperam ser reconhecidos. A satisfação ou insatisfação no trabalho é uma variável de condição de trabalho relacionada à retribuição objetiva (salário) e simbólica (na forma de reconhecimento). Assim, compreende-se o reconhecimento pelos colegas de trabalho e pela chefia como um fator protetor do adoecimento mental do trabalhador.

Houve associação entre ter sofrido acidente de trabalho e violência física e psicológica. Os profissionais de saúde devem ser esclarecidos e treinados sobre os diferentes tipos e fontes de violência no trabalho, e todo tipo de violência no ambiente de trabalho deve ser relatado e notificado. Os profissionais de saúde devem incentivar o colega de trabalho agredido a notificar o incidente relacionado com o episódio de violência assim que possível. Todos os relatórios devem proteger a confidencialidade do profissional de saúde e permitir a análise de causa raiz, a fim de ajudar na prevenção de novos incidentes. Dessa forma, as investigações de incidentes de violência devem ser conduzidas de forma que permita a determinação da causa do incidente, tomando o cuidado necessário para não culpabilizar ou julgar a vítima. Pesquisadores apontam que as condições dadas ao processo de produção devem ser questionadas, e os acidentes de trabalho devem ser entendidos como problemas de saúde que derivam de relações sociais estabelecidas nesse meio e não somente como atitudes e comportamentos do trabalhador enquanto
INDIVÍDUO. O registro é de fundamental importância, pois há um período de latência entre o evento traumático e a manifestação de sintomas, em especial nos casos de transtornos mentais e TEPT, os quais se manifestam após 3 ou mais meses da data do evento. Estudos evidenciaram que 40 a 70% das vítimas de um evento traumático apresentam sintomas de TEPT\(^1\)\(^,\)\(^17\).

Ter alguma doença e ter trabalhado enquanto doente no último ano se relacionam com a percepção sobre o estado de saúde, inferindo-se que a vítima de violências pode ficar mais vulnerável a doenças\(^17\). Sobre a associação entre violência física e o profissional enfermeiro, diversos estudos têm destacado os enfermeiros como os profissionais mais vulneráveis à violência no trabalho em saúde\(^1\)\(^,\)\(^13\)\(^,\)\(^18\). Isso pode ocorrer pelo fato de os profissionais de enfermagem prestarem assistência de cuidado direta nas 24 horas do funcionamento dos serviços de saúde, estarem expostos a situações de maior vulnerabilidade e estarem suscetíveis aos atos violentos dos pacientes em crise, além de passarem mais tempo junto com o paciente, desde os cuidados mais básicos até os mais complexos.

No cálculo da regressão logística bivariada para obtenção do modelo final entre ter ou não sofrido violência física, as análises ajustadas entre a violência física e as variáveis biossociais evidenciaram que os trabalhadores dos CAPS que haviam sofrido violência física apresentaram 14,32 vezes mais chances (OR = 14,32) de ter uma percepção considerada como regular ou ruim relacionada ao trabalho.

AGRESSÃO PSICOLÓGICA

Ter sofrido algum tipo de agressão psicológica esteve associado a ter sofrido acidente de trabalho no último ano e fumar maior quantidade de cigarros por dia. Estudos apontando as repercussões da violência psicológica na saúde física e mental dos trabalhadores destacaram a possibilidade da ocorrência de condutas antisociais, com tendência ao consumo de tabaco ou abuso de álcool\(^11\)\(^,\)\(^19\). O hábito de fumar dentro do CAPS coloca-se de forma complexa. Um estudo qualitativo realizado em um CAPS no Rio de Janeiro observou que os profissionais utilizavam o cigarro como uma defesa individual contra o sofrimento. Atitudes como sair para fumar ou para comer durante a reunião de equipe/supervisão foram as estratégias ou recursos de defesa individual mais comuns adotadas para o afastamento dos profissionais das situações de estresse no trabalho\(^20\).

A associação entre ter sofrido acidente de trabalho no último ano aparece como uma consequência de sofrer violência psicológica. Esse tipo de agressão pode contribuir para a falta de concentração e a ocorrência de acidentes de trabalho. O modelo final preditivo entre ter ou não sofrido violência psicológica evidenciou que os trabalhadores dos CAPS vítimas de violência psicológica apresentaram 3,2 vezes mais chance (OR = 3,2) de terem sofrido acidente de trabalho.

ASSÉDIO MORAL/INTIMIDAÇÃO

Houve associação entre as variáveis ter sofrido assédio moral/intimidação, considerar a satisfação com o trabalho ruim ou péssima e não se sentir valorizado. Essa situação reforça a importância de a dimensão dos danos da violência transcender os malefícios da agressão em si, cujas repercussões do fenômeno estão implicadas no grau de valorização pelo trabalhador\(^13\). Os participantes que sofreram intimidação/assédio moral manifestaram insatisfação no trabalho e se sentiram menos valorizados. O assédio moral horizontal, perpetrado pelos colegas, ou vertical, perpetrado pela chefia, exerce influência devastadora sobre o assediado porque, na maioria das vezes, assume a forma de violência estrutural. Essa situação, à medida que a própria instituição não tome providências, se configura como um problema ético e induz o assediado a silenciar-se e sentir-se culpado. Nessa dinâmica perversa, a vítima pode se isolar, sofrer e adoecer ou se demitir\(^21\).

O modelo final preditivo do assédio moral e as variáveis biossociais evidenciaram que os trabalhadores dos CAPS vítimas de assédio moral apresentaram 3,39 vezes mais chance (OR = 3,39) de ter a percepção relacionada ao trabalho como regular ou ruim.

O trabalho no mundo contemporâneo, enquanto gerador de diferentes formas e manifestações de violência, resulta em um processo de subjetivação e precarização. Os diversos atos de intolerância sofridos no âmbito laboral se interiorizam na representação subjetiva e na memória de cada trabalhador humilhado, nos colocando em contato com as histórias vividas no local de trabalho, cujos traços, gestos, sutilezas e lembranças o trabalhador conserva vivos\(^22\). Dessa forma, apesar da reduzida quantidade de estudos realizados em CAPS para fazer comparações
entre as associações pertinentes, buscou-se referências em estudos e pesquisa de outras categorias profissionais. A abrangência desse trabalho, que incluiu todos os 11 CAPS de um município de grande porte, contribuiu de forma importante na aproximação com o objeto estudado, o fenômeno da violência, entendendo sua complexidade e a necessidade de compreendê-lo em suas diferentes concepções.

A dinâmica do serviço e a sobrecarga dos profissionais dos CAPS dificultou o preenchimento dos questionários no local e horário de trabalho, o que comprometeu a amostra. Pontuam-se, como limitações do estudo, a heterogeneidade da amostra, tendo em vista a variabilidade na densidade do trabalho entre os profissionais, particularmente os psicólogos, e o corte transversal, que impediu associações de causa e efeito. Os resultados não podem ser extrapolados para os demais CAPS de outros municípios.

Concluindo, os profissionais dos CAPS do município estudado foram, em sua maioria, do gênero feminino, jovens, sem companheiro, sem filhos e com satisfação no trabalho e nas relações interpessoais. Apesar disso, dos entrevistados, quase metade já sofreu algum tipo de violência física, a maioria já sofreu agressão verbal e cerca de 1/3 foram vítimas de assédio moral, sendo o paciente o principal perpetrador destas violências. As associações encontradas entre as variáveis foram: violência física com ter alguma doença atual, considerar o salário insuficiente, ter sofrido acidente de trabalho, ter trabalhado enquanto doente no último ano e ser enfermeiro; agressão psicológica com ter sofrido acidente de trabalho e fumar maior quantidade de cigarros por dia; e intimidação/assédio moral com considerar a satisfação com o trabalho como ruim ou pésima e não se sentir valorizado.

No CAPS, o cuidado é a essência do trabalho realizado pelos profissionais, e sua complexidade aproxima-se de questões vinculadas a diversos tipos de violência, como a sexual e a intrafamiliar, e à negligência do poder público e da sociedade em acolher seus usuários. Assim, esse conflito com a realidade de cada paciente pode gerar sentimento de impotência e culminar na diminuição da própria realização do profissional com seu trabalho. A questão da violência física vivenciada pelos trabalhadores dos CAPS é, muitas vezes, naturalizada entre eles. Esse comportamento pode ser interpretado como estratégia coletiva de defesa contra o sofrimento experienciado e presente no cotidiano de trabalho. No caso de intimidação/assédio moral, os trabalhadores demonstraram sinais de cicatriz emocional, com consequências negativas no seu trabalho e na sua subjetividade. O cuidado no CAPS transita em um espaço dinâmico de relações individuais, sociais, históricas, territoriais e simbólicas. Por isso, ser cuidador nesse ambiente é um desafio. Apesar das diversas formas de violência que os trabalhadores sofrem, eles não se sentem reconhecidos, o que contribui para o sofrimento psíquico desses profissionais, que também precisam de cuidado.

AGRADECIMENTOS

Extraído da tese de doutorado intitulada “Trabalho e adoecimento dos profissionais da saúde mental que atuam nos CAPS de Campinas-SP”.

REFERÊNCIAS

1. Direção-Geral de Saúde (DGS). Violência contra profissionais de saúde. Lisboa: DGS; 2015 [citado em 20 fev. 2020]. Disponível em: https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/notificacao-on-line-de-violencia-contra-profissionais-de-saude-relatorio-2014-pdf.aspx
2. Vieira S, Seligmann-Silva E, Athayde M. Dimensões ocultadas no hospital: o trabalho sentimental e as violências presentes na relação de serviço. In: Araújo A, Alberto MF, Neves MY, Athayde M, orgs. Cenaários do trabalho: subjetividade, movimento e enigma. Rio de Janeiro: DPA; 2004. p. 131-50.
3. Di Martino V. Workplace violence in the health sector: country case studies (Brazil, Bulgarian, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, and an additional Australian study). Geneva: International Labor Organization (ILO); 2002 [cited 2020 Feb 20]. Available from: https://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WSynthesisreport.pdf
4. Costa ALRC. As múltiplas formas de violência no trabalho de enfermagem: o cotidiano de trabalho no setor de urgência e emergência clínica em um hospital público [Tese de Doutorado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2005.
5. Dejours C. Trabalho e saúde mental: da pesquisa à ação. In: Dejours C, Abdouchelli E, Jayet C, orgs. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas; 1994. p. 45-65.
6. Delgado PGG. Violência e saúde mental: os termos do debate. Soc Quest. 2012;15(28):187-98.
7. Zanatta AB. Trabalho e adoecimento dos profissionais da saúde mental que atuam nos CAPS de Campinas-SP [Tese de Doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2017.
8. Zanatta AB, Lucca SRD. Prevalence of Burnout syndrome in health professionals of an onco-hematological pediatric hospital. Rev Esc Enferm USP. 2015;49(2):0253-8.
9. Palácios M, dos Santos ML, do Val MB, Medina MI, de Abreu M, Soares-Cardoso L, et al. Relatório preliminar de pesquisa: violência no trabalho no setor saúde. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002 [citado em 20 fev. 2020]. Disponível em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVBrazil.pdf
10. Santos AFO, Cardoso CL. Profissionais de saúde mental: estresse, enfrentamento e qualidade de vida. Psic Teor Pesq. 2010;26(3):543-8.
11. Guimarães LAM, Rimoli AO. Workplace mobbing: a multidimensional psychosocial syndrome. Psic Teor Pesq. 2006;22(2):183-91.
12. Paschoalin HC, Griep RH, Lisboa MTL, Mello DCB. Transcultural adaptation and validation of the Stanford Presenteeism Scale for the evaluation of presenteeism for Brazilian Portuguese. Rev Latino-Am Enferm. 2013;21(1):388-95.
13. Pai DD. Violência no trabalho em pronto socorro: implicações para a saúde mental dos trabalhadores [Tese de Doutorado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
14. Coid JW, Ullrich S, Kallis C, Keers R, Barker D, Cowden F, et al. The relationship between delusions and violence: findings from the East London first episode psychosis study. JAMA Psychiatry. 2013;70(5):465-71.
15. Batista AAV, Vieira MJ, Cardoso NCS, Carvalho GR. Motivation and dissatisfaction factors in the nurse’s work. Rev Esc Enferm USP. 2005;39(1):85-91.
16. Seligmann-Silva E. Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez; 2011.
17. Pintor EAS, Garbin AC. Notificações de violência relacionadas ao trabalho e vigilância em saúde do trabalhador: rompendo a invisibilidade. Rev Bras Saúde Ocup. 2019;44:e20.
18. Edward K, Ousey K, Warel P, Lui S. Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. Br J Nurs. 2014;23(12):653-4.
19. Ferrinho P, Antunes AR, Biscaia A, Conceição C, Fronteiro I, Craveiro I, et al. Violência no local de trabalho no setor da saúde: estudos de caso portugueses. Lisboa: Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta; 2002 [citado em 20 fev. 2020]. Disponível em: https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/observatorio-da-violencia/estudonacional1-pdf.aspx
20. Athayde V, Hennington EA. The mental health of workers in Psychosocial Care Centers. Physis. 2012;22(3):983-1001.
21. Bobroff MCC, Martins JT. Assédio moral, ética e sofrimento no trabalho. Rev Bioet. 2013;21(2):251-8.
22. Barreto M, Heloani R. Violência, saúde e trabalho: a intolerância e o assédio moral nas relações laborais. Serv Soc Soc. 2015;123):544-61.

Endereço para correspondência: Aline Bedin Zanatta – Rua Anazio Abraão, 34 – Residencial Buraço – CEP: 13084-315 – Campinas (SP), Brasil – E-mail: alinezanatta@yahoo.com.br; alinebedinzanatta@gmail.com