



**Universidade Federal da Bahia**  
**Faculdade de Medicina**



**Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**VIOLÊNCIA NO TRABALHO E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS  
EM TRABALHADORES/AS DA SAÚDE EM TRÊS MUNICÍPIOS  
BAIANOS.**

**Aluna: Elaine de Souza Reis**

**Orientador: Fernando Ribas Feijó**

**Março 2024**

**ELAINE DE SOUZA REIS**

**VIOLÊNCIA NO TRABALHO E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS  
EM TRABALHADORES/AS DA SAÚDE EM TRÊS MUNICÍPIOS  
BAIANOS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho.

Orientador: Fernando Ribas Feijó

**Salvador, 2024**

**Ficha catalográfica**  
Bibliotheca Gonçalo Moniz  
Sistema Universitário de Bibliotecas  
Universidade Federal da Bahia

Reis, Elaine de Souza.

R375 Violência no trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores/as da saúde em três municípios baianos / Elaine de Souza Reis – 2024.

171 f.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Ribas Feijó.  
Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho, Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2024.

Inclui anexos.

1. Transtornos mentais comuns. 2. Pessoal de Saúde - Bahia. 3. Violência no trabalho. 4. Saúde do trabalhador. I. Fernando Ribas Feijó. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. III. Título.

CDU (2007): 614

Elaboração (Resolução CFB nº 184/2017):  
Ana Lúcia Albano, CRB-5/1784

**ELAINE DE SOUZA REIS**

**VIOLÊNCIA NO TRABALHO E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS  
EM TRABALHADORES/AS DA SAÚDE EM TRÊS MUNICÍPIOS  
BAIANOS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho.

Data da defesa: 01 de abril de 2024

**BANCA EXAMINADORA**

Documento assinado digitalmente  
 **FERNANDO RIBAS FEIJO**  
Data: 02/04/2024 00:17:42-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

**Prof. Dr. Fernando Ribas Feijó – Orientador**  
**Universidade Federal da Bahia (PPGSAT/UFBA)**

Documento assinado digitalmente  
 **MILENA MARIA CORDEIRO DE ALMEIDA**  
Data: 02/04/2024 12:41:34-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Milena Maria Cordeiro de Almeida - Examinadora Interna**  
**Universidade Federal da Bahia (PPGSAT/UFBA)**

Documento assinado digitalmente  
 **PALOMA DE SOUSA PINHO FREITAS**  
Data: 01/04/2024 16:43:25-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Paloma de Sousa Pinho - Examinadora Externa**  
**Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)**

## AGRADECIMENTOS

A Deus, autor e consumidor da minha fé, fonte de toda inspiração, meu eterno alicerce, agradeço por sua infinita bondade, fidelidade e amor. Agradeço por ter sido meu refúgio em momentos difíceis e por ter me permitido chegar até aqui.

A minha família. Aos meus pais amados, José Tiago e Helena, serei eternamente grata pelo apoio, incentivo, encorajamento nos momentos difíceis; sem a ajuda de Deus e de vocês nada disso seria possível. Aos meus irmãos, Edilene e Joseilton, pela união e auxílio. Ao meu esposo amado, Jackson, por toda paciência, parceria, ajuda, apoio e por principalmente por acreditar em mim e me encorajar com palavras de ânimo. Ao meu eterno amor, meu filho Murilo, por ser meu raio de sol, minha maior motivação e por ser o detentor do carinho mais puro, capaz de acalmar o coração. A mamãe te ama muito!

Aos amigos e colegas de turma, companheiros de estudos, pela parceria e amizade sincera, e principalmente pelo acolhimento no momento mais lindo de minha vida, o período gestacional. Agradeço em especial a Juciane e Vanessa, vocês foram um presente de Deus e do PPGSAT para mim, obrigada.

Aos mestres, que com seus ricos ensinamentos contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional, em especial agradeço a Sra. prof. Verônica Cadena.

Ao meu orientador, prof. Feijó, pela paciência, empatia, dedicação, parceria e principalmente pelo incentivo. Sou muito grata ao Sr. por tudo que fez.

A FAPESB, pelo auxílio financeiro oriundo da bolsa de estudo.

A todos que contribuíram de forma direta ou indireta para realização deste sonho, meus sinceros agradecimentos!

*“Confia ao Senhor as tuas obras, e  
teus pensamentos serão estabelecidos.”*

*(Provérbios 16:3)*

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>08</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>10</b>
<b>1. PROJETO DE PESQUISA.....</b>	<b>13</b>
<b>2. MODIFICAÇÕES DO PROJETO DE PESQUISA.....</b>	<b>123</b>
<b>3. ARTIGO RESULTANTE DO PROJETO.....</b>	<b>125</b>
<b>3.1. ARTIGO 1 - VIOLÊNCIA NO TRABALHO E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM TRABALHADORES/AS DA SAÚDE DE TRÊS MUNICÍPIOS BAIANOS.....</b>	<b>125</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>150</b>
<b>5. ANEXOS .....</b>	<b>151</b>
<b>5.1 QUESTIONÁRIO .....</b>	<b>151</b>

## **Apresentação**

O trabalho em saúde vem sofrendo transformações ao longo das últimas três décadas, as quais decorrem de mudanças no cenário trabalhista e do processo de precarização do trabalho, o que modificou as relações laborais e os modelos de gestão do trabalho. Esses novos modelos solidificaram um ritmo de trabalho sob o regime produtivista, transformando o local de trabalho em um espaço altamente competitivo, com elevados níveis de exigência, produtividade e intensificação do ritmo laboral. Como resultado dessas mudanças, os fatores psicossociais do trabalho ganham novas dimensões, impactando significativamente a saúde mental dos trabalhadores/as. Estressores ocupacionais relacionados à organização do trabalho se exacerbaram nesse período, ao passo que, dentre eles, a violência ganha relevância e destaque, na medida em que as conjunturas sociais e econômicas favorecem o aumento da exposição a situações violentas, agressões e assédios. Essa conjuntura ganha nova dimensão com a pandemia de COVID-19, a partir de 2020, na medida em que os sistemas de saúde necessitaram dar conta das inúmeras demandas dessa emergência em saúde pública. No cenário nacional, o SUS foi o grande responsável pela assistência e implementação das diferentes ações de saúde, sendo que a atenção primária foi uma das principais linhas de frente, consolidando-se como principal porta de entrada do SUS. As demandas de saúde para alguns serviços especializados, de média complexidade, também foi enorme ao longo desse período, o que parece ter trazido uma piora dos níveis de estresse ocupacional e aumento da ocorrência de violência laboral e transtornos mentais relacionados ao trabalho, em virtude também das condições de trabalho desfavoráveis que se desenharam desde 2020.

Diante disso, a presente dissertação, apresentada como pré-requisito parcial para obtenção do título de mestre em Ambiente, Saúde e Trabalho, pelo Programa de Pós-graduação em Ambiente, Saúde e Trabalho, da Universidade Federal da Bahia, visou a abordar a temática da violência e sua relação com a saúde mental em um grupo de trabalhadores/as da saúde de três municípios baianos no âmbito da atenção primária e secundária à saúde do Sistema Único de Saúde. A importância da temática da saúde mental e trabalho justifica-se também pela elevação do número de licenças médicas e afastamentos do trabalho, gerando sobrecarga para o SUS e custos sociais e econômicos para o Poder Público, além de implicações negativas na vida e nas relações sociais dos indivíduos acometidos.

Esta dissertação está dividida em cinco seções. A primeira contém o projeto de pesquisa, de modo detalhado, incluindo a introdução sobre o tema, a revisão da literatura e todo percurso

metodológico percorrido para execução da dissertação. A segunda descreve as modificações que foram pertinentes no projeto de pesquisa, como por exemplo, a reorganização do cronograma para cumprimento das atividades propostas. A terceira apresenta o manuscrito original na íntegra, resultante do projeto, com o seguinte título “Violência no trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores/as da saúde de três municípios baianos”. Na quarta seção, estão apresentadas as considerações finais, e, por fim, a quinta seção apresenta o questionário de pesquisa e o parecer bioético, como anexos.

## Resumo

REIS, Elaine de Souza. **Violência no trabalho e Transtornos Mentais Comuns em trabalhadores/as da saúde em três municípios Baianos**. 2024. 171f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho) - Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2024.

**Introdução:** Durante a pandemia de COVID-19, os trabalhadores/as da saúde ganharam reconhecimento pela sua importância para o bem-estar social. Entretanto, juntamente com esse reconhecimento, também foram reveladas precariedades no ambiente de trabalho, como a exposição à violência, seja dos usuários dos serviços de saúde ou entre colegas. A organização do trabalho, com exacerbação de estressores ocupacionais e sobrecarga laboral, torna o ambiente de trabalho suscetível a violências, como agressões e assédio. Ao mesmo tempo, os Transtornos Mentais Comuns (TMC) têm mostrado um crescimento significativo, principalmente entre os trabalhadores/as da saúde nos últimos anos, sendo responsáveis por uma das principais causas de afastamento do trabalho e concessão de benefícios pela Previdência Social. Esse contexto do trabalho em saúde, com estressores e situações de violência, está associado a maior ocorrência de problemas de saúde mental, como os TMC, o que pode ser agravado na conjunta brasileira durante a pandemia de COVID-19. **Objetivos:** Dessa forma, essa dissertação objetivou analisar a associação entre a exposição à violência no trabalho e TMC em trabalhadores/as da saúde da atenção primária e média complexidade em três municípios baianos, no nordeste brasileiro. **Métodos:** Realizou-se um estudo epidemiológico de corte transversal analítico, com uma amostra representativa dos trabalhadores/as da saúde de três municípios do Estado da Bahia: Feira de Santana, São Gonçalo dos Campos e Cruz das Almas. A população alvo foi composta por trabalhadores/as da saúde da Atenção Primária e Média Complexidade. A coleta de dados foi iniciada em abril de 2021, e finalizada em abril de 2022. O desfecho dos transtornos mentais comuns foi avaliado pelo Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), enquanto a exposição à violência foi avaliada a partir da pergunta: você sofreu, nos últimos 12 meses, alguma agressão no seu trabalho? Tal questão faz parte do bloco X, específico sobre agressões e violências no trabalho, do questionário estruturado. Os aspectos psicossociais do trabalho foram avaliados por meio da escala de Desequilíbrio Esforço-recompensa (ERI). **Resultados:** A amostra final deste estudo consistiu em 1.011 participantes, respondentes dos questionários utilizados e com informações completas acerca das variáveis de interesse. A prevalência de TMC entre trabalhadores/as da saúde da atenção primária e média complexidade foi de 40,8%. Trabalhadores/as expostos a situações violentas apresentaram 2,2 vezes maior chance de apresentarem o desfecho (OR = 2,28; IC 95% 1,44- 3,59), mesmo após ajuste para fatores de confusão. Fatores psicossociais do trabalho como desequilíbrio esforço e recompensa, e comprometimento excessivo também estiveram associados positivamente aos TMC. **Conclusão:** Os achados confirmam a hipótese de que a violência no trabalho em saúde, no contexto pós-pandemia de COVID-19, está associada aos TMC, sendo a violência um fator de risco à saúde independente. Os resultados são consistentes com a literatura prévia de outros países e de outros contextos. Demonstrou-se também alta prevalência de TMC entre os trabalhadores/as da saúde da atenção primária e média complexidade, o que aponta para a necessidade de ações preventivas e de promoção da saúde para esse grupo de trabalhadores/as no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diferentemente de fatores sociodemográficos e de perfil ocupacional, que não se associaram ao desfecho, os

estressores psicossociais do trabalho, como o desequilíbrio entre esforços e recompensas e o comprometimento excessivo também merecem atenção, tendo apresentado medidas de efeito de grande magnitude, o que sugere que as intervenções que minimizem a violência no trabalho e seus possíveis efeitos na saúde mental devem focar na organização do trabalho e nos determinantes sociais da saúde.

**Palavras chaves:** transtorno mentais, violência no trabalho; trabalhadores/as da saúde; aspectos psicossociais do trabalho.

### Abstract

REIS, Elaine de Souza. **Violence at work and common mental disorders among health workers in three municipalities in Bahia.** 2024. 171f. Dissertation (Master's Degree in Health, Environment and Work) - Postgraduate Program in Health, Environment and Work, Federal University of Bahia, Salvador, 2024.

**Introduction:** During the COVID-19 pandemic, health workers have gained recognition for their importance to social well-being. However, along with this recognition, precariousness has also been revealed in the work environment, such as exposure to violence, whether from users of health services or among colleagues. The organization of work, with its exacerbation of occupational stressors and work overload, makes the work environment susceptible to violence, such as aggression and harassment. At the same time, Common Mental Disorders (CMD) have shown significant growth, especially among health workers in recent years, and are responsible for one of the main causes of absence from work and the granting of Social Security benefits. This context of health work, with stressors and situations of violence, is associated with a greater occurrence of mental health problems, such as CMDs, which may be aggravated in the Brazilian context during the COVID-19 pandemic. **Objectives:** This dissertation aimed to analyze the association between exposure to violence at work and CMD in primary and medium-complexity healthcare workers in three municipalities in northeastern Brazil. **Methods:** An analytical cross-sectional epidemiological study was carried out with a representative sample of health workers from three municipalities in the state of Bahia: Feira de Santana, São Gonçalo dos Campos and Cruz das Almas. The target population was made up of health workers from Primary Care and Medium Complexity. Data collection began in April 2021 and ended in April 2022. The outcome of common mental disorders was assessed using the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), while exposure to violence was assessed using the question: have you suffered any aggression at work in the last 12 months? This question is part of block X, specifically on aggression and violence at work, of the structured questionnaire. The psychosocial aspects of work were assessed using the Effort-Reward Imbalance (ERI) scale. **Results:** The final sample of this study consisted of 1,011 participants who answered the questionnaires used and provided complete information on the variables of interest. The prevalence of CMD among primary care and medium-complexity health workers was 40.8%. Workers exposed to violent situations were 2.2 times more likely to have the outcome (OR =

2.28; 95% CI 1.44- 3.59), even after adjusting for confounding factors. Psychosocial work factors such as imbalance between effort and reward and excessive commitment were also positively associated with CMD. **Conclusion:** The findings confirm the hypothesis that violence at work in healthcare, in the post-COVID-19 pandemic context, is associated with CMDs, with violence being an independent health risk factor. The results are consistent with previous literature from other countries and other contexts. There was also a high prevalence of CMD among health workers in primary and medium-complex care, which points to the need for preventive and health promotion actions for this group of workers within the Unified Health System. Unlike sociodemographic and occupational profile factors, which were not associated with the outcome, psychosocial stressors at work, such as the imbalance between effort and rewards and overcommitment, also deserve attention, having shown measures of effect of great magnitude, which suggests that interventions to minimize violence at work and its possible effects on mental health should focus on the organization of work and the social determinants of health.

**Key words:** mental disorders, violence at work; health workers; psychosocial aspects of work.

## **1. PROJETO DE PESQUISA**

# **VIOLÊNCIA NO TRABALHO E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM TRABALHADORES/AS DA SAÚDE EM TRÊS MUNICÍPIOS BAIANOS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho.

Orientador: Fernando Ribas Feijó

**Salvador, 2024**

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
<b>1.1</b>	<b>INTRODUÇÃO GERAL</b> .....	<b>17</b>
1.2	REVISÃO DE LITERATURA .....	18
1.2.1	ESTRATÉGIA DE BUSCAS DE ARTIGOS .....	18
1.3	VIOLÊNCIA NO LOCAL DE TRABALHO .....	22
1.4	TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS .....	23
<b>2.</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>84</b>
<b>3.</b>	<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>85</b>
3.1	PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO .....	85
3.2	TRABALHADORES/AS DA SAÚDE .....	87
3.3	ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA A SAÚDE .....	87
3.4	FATORES PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO .....	89
3.5	VIOLÊNCIA NO TRABALHO .....	89
3.6	TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS .....	90
3.7	MODELO TEÓRICO .....	91
<b>4.</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>94</b>
<b>4.1.</b>	<b>OBJETIVO GERAL</b> .....	<b>94</b>
<b>4.2.</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....	<b>94</b>
<b>5.</b>	<b>HIPÓTESES</b> .....	<b>94</b>
<b>6.</b>	<b>MÉTODOS</b> .....	<b>95</b>
6.1	DELINEAMENTO .....	95
6.2	POPULAÇÃO ALVO .....	95
6.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	96
6.4	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	96
6.5	SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES E CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA .....	96
6.6	INSTRUMENTOS/CARACTERIZAÇÃO DO DESFECHO .....	97
6.7	MENSURAÇÃO DA EXPOSIÇÃO PRINCIPAL .....	98
6.8	MENSURAÇÃO DAS DEMAIS VARIÁVEIS DE INTERESSE .....	98
6.9	COLETA DE DADOS .....	100
6.9.1	SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES .....	100
6.10	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	101
6.11	ASPECTOS ÉTICOS .....	101
<b>7.</b>	<b>CRONOGRAMA</b> .....	<b>102</b>
<b>8.</b>	<b>DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>102</b>
<b>9.</b>	<b>ORÇAMENTO/ FINANCIAMENTO</b> .....	<b>102</b>
<b>10.</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>103</b>

**Quadro de termos:**

Self Reporting Questionnaire	Instrumento para triagem de Transtornos Mentais Comuns
Job Content Questionnaire	Instrumento para medição do conteúdo do trabalho
Effort Reward Questionnaire	Instrumento para medição dos aspectos psicossociais do ambiente de trabalho

### Definição de abreviaturas:

ACS	Agente Comunitário de Saúde
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
BDENF	Base de Dados em Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
MeSH	Medical Subject Headings
MS	Ministério da Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PubMed	Sistema online de busca da <i>U.S. National Library of Medicine</i>
SRQ-20	Self-Reporting Questionnaire
SUS	Sistema Único de Saúde
SINAM	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
TMC	Transtornos Mentais Comuns
TMRT	Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho
UFBA	Universidade Federal da Bahia
ERI	Effort Reward Questionnaire
JCQ	Job Content Questionnaire

# 1. Introdução

## 1.1 Introdução geral:

O termo “violência” é definido pelo dicionário como todo ato agressivo, com ou sem o uso de força bruta, que gere a outrem constrangimentos morais e/ou físicos (DICIO, s.d). Abordar esta temática reveste-se de relevância, uma vez que atos violentos marcam a vida do ser humano de forma negativa, podendo desencadear sérios problemas, incluindo os de ordem mental (PAI et al., 2015; TSUKAMOTO et al., 2022).

A violência pode ser praticada de várias formas, sendo as mais comuns: física, verbal e psicológica, ocorrendo nos mais variados cenários, inclusive no campo laboral. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) enfatiza que atos violentos e de assédio manifestam-se no ambiente de trabalho de forma diversa, levando o trabalhador/as a danos visíveis (físicos, econômicos) e invisíveis (psicológicos, sexuais), tornando-se algo complexo, uma vez que o ato violento pode ser perpetrado por um colega de trabalho (DE ALMEIDA; FILHO; DE ANDRADE MARQUES; 2017; OIT, 2021).

Algumas classes trabalhistas tornam-se mais propensas a sofrer tais eventos, como os trabalhadores/as da saúde no desempenho de suas funções. Por lidar diariamente com o sofrimento humano, inerente à função, tais profissionais tornam-se “alvo fácil” para depósito de frustrações, estresse, medos e anseios por parte dos pacientes/amigos/familiares, que, no momento de angústia e por desespero podem apresentar comportamentos violentos (DE ALMEIDA; FILHO; DE ANDRADE MARQUES, 2017).

O registro de atos violentos praticados contra profissionais de saúde tem crescido no Brasil e no mundo, em especial desde que a emergência sanitária de COVID-19 foi anunciada, como demonstra a pesquisa realizada pela Fiocruz em 2021, na qual 40% dos trabalhadores/as de saúde asseguram que sofreram violência no espaço laboral e 30,4% afirmam a grande ocorrência não só de atos violentos, mas também discriminatórios. E cabe aqui enfatizar, que, em situações de iminente perigo, ou risco de contaminação, tais indivíduos podem tornar-se ainda mais susceptíveis a sofrer violência física e/ou psíquica, tanto por parte das relações trabalhador-usuário quanto entre trabalhadores/as (LEONEL, 2021).

Não apenas no Brasil essa temática vem sendo discutida no âmbito da saúde do trabalhador. De maneira abrangente, a OIT reconhece que o problema da violência e do assédio ocupacional tem crescido em todos os países, e que a pandemia de COVID-19 evidenciou ainda

mais esse fato, principalmente contra grupos vulneráveis e mulheres; do mesmo modo, a OIT coloca as desordens mentais relacionadas ao trabalho como uma das causas que mais trazem incapacidade ao trabalhador/a, sendo os transtornos mentais comuns, especificamente, uma das causas mais incapacitantes e dispendiosas, fruto dos fatores psicossociais (OIT, 1986; 2010; 2021; 2022).

Conceituado por Goldberg e Huxley em 1992, os Transtornos Mentais Comuns (TMC), é compreendido como um conjunto de sintomas, sendo eles: esquecimento, ansiedade, alterações do sono, tristeza, dentre outros, de característica não psicótica, mas que pode afetar o convívio do indivíduo em sociedade. A literatura demonstra o quanto a violência ocupacional é prejudicial aos profissionais de saúde, sendo considerada um problema de caráter transnacional, assim como também expressa o seu impacto negativo na saúde mental (OIT, 2022).

Para conhecer o estado da arte sobre o tema, realizaram-se buscas de forma sistemática nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), para levantamento das publicações que retratem a situação de violência vivenciadas pelos trabalhadores/as da saúde e seus desdobramentos mentais. Uma quantidade considerável de publicações foi encontrada (1.180), referindo-se apenas à temática entre profissionais de saúde, sendo excluído demais trabalhadores/as desse setor, tais como agentes de transporte, higienização, entre outros; ademais, nenhuma publicação aborda a relação existente entre violência e TMC em trabalhadores/as da saúde.

Logo, considerando que situações violentas de diferente natureza podem implicar em repercussões mentais de característica grave, é notório que, mesmo se tratando de sujeitos vulneráveis, pouco se explana acerca da relação existente entre a violência e TMC em trabalhadores/as da saúde. Diante disso, este projeto visa a investigar a associação entre a exposição à violência e TMC em trabalhadores/as da saúde. Espera-se, com isso, contribuir para o esclarecimento do tema para enquadramento teórico, assim como para subsidiar futuras investigações sobre esta temática, favorecendo à redução de impactos nos processos de trabalho/saúde e minimizando danos aos profissionais.

## 1.2 Revisão de literatura

### 1.2.1 Estratégia de buscas de artigos:

A busca foi feita de forma sistematizada, (seguindo as recomendações da ferramenta PRISMA) dividida em dois momentos, sendo o primeiro realizado no mês de agosto de 2022 e atualizado em janeiro de 2024, dando enfoque em estudos de violência no local de trabalho em trabalhadores/as da saúde, incluindo revisões. A busca eletrônica foi realizada no Latin American Centro de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), onde após aplicação de filtros selecionaram-se três bases: Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Centro Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medline (PubMed). Foram utilizadas nas buscas as seguintes palavras-chave, no vocabulário especializado (MeSH Terms): “workplace violence”, “health personnel” lincando o operador booleano “AND”.

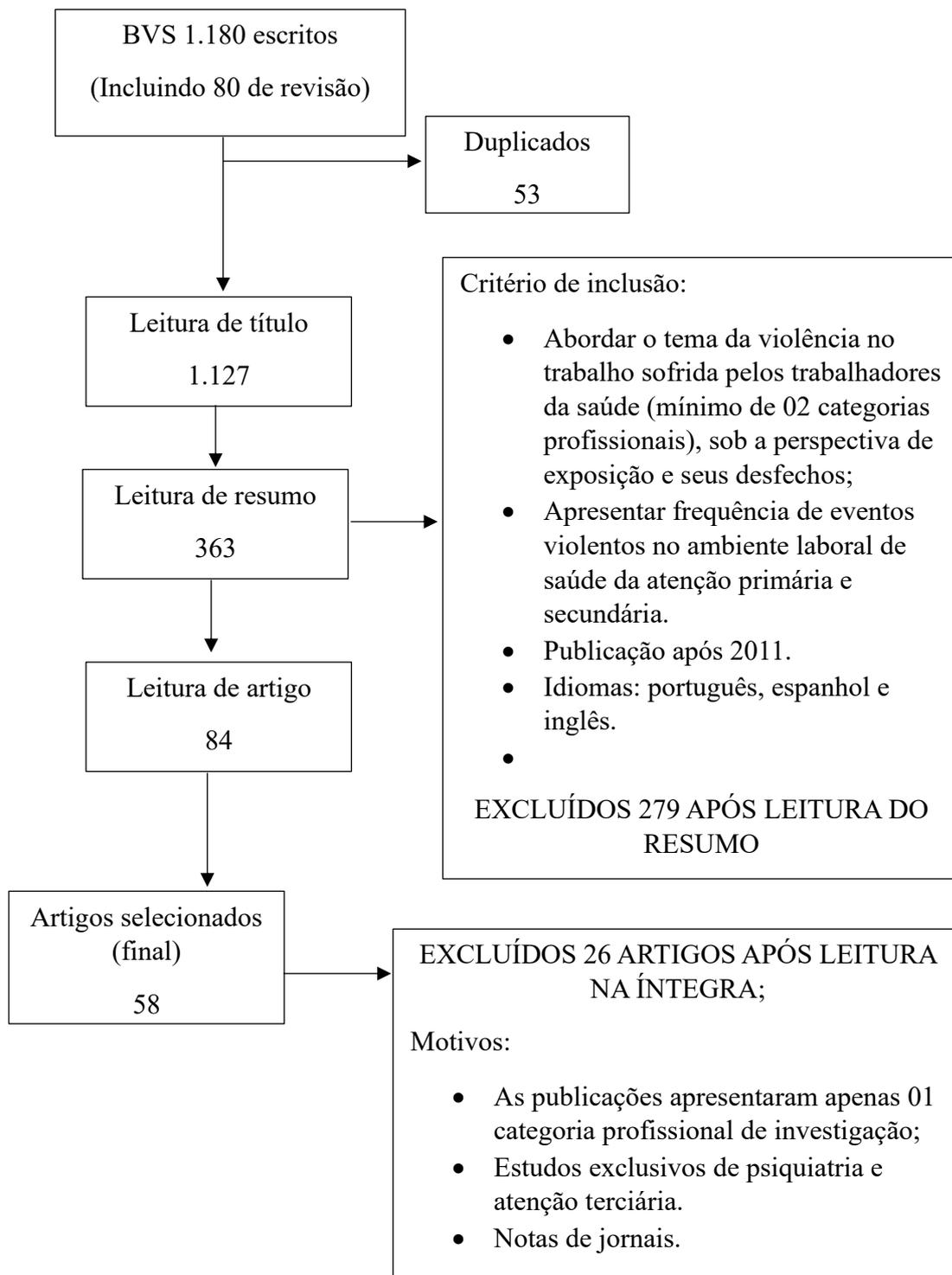
O segundo momento ocorreu em maio de 2023 e janeiro de 2024 no mesmo público, quando foram buscadas produções que abordaram a temática dos transtornos mentais comuns e violência, nas plataformas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed e na plataforma da Associação Americana de Psicologia (APA PsycNet). Foram utilizadas nas buscas as seguintes palavras-chave, no vocabulário especializado (MeSH Terms): “mental disorders”, “health personnel” e “violence” juntamente com o operador AND.

Os artigos selecionados apresentaram definições, fatores de risco e levantamentos para violência no local de trabalho e desordens mentais em trabalhadores/as da saúde. Como critérios de inclusão incluíram-se: (1) estudos descritivos e analíticos que abordaram o tema da violência no trabalho sofrida pelos trabalhadores/as da saúde (mínimo de duas categorias profissionais no mesmo texto), sob a perspectiva de exposição e seus desfechos; (2) apresentar frequência de eventos violentos no ambiente laboral de saúde da atenção primária e secundária e publicações que retratassem os TMC em trabalhadores/as da saúde, de qualquer Estado, publicados a partir de 2011, nos idiomas português, inglês ou espanhol.

As figuras abaixo (01, 02) orientam cada etapa das buscas por meio de fluxogramas, com seus respectivos descritores.

**Busca para violência no trabalho em trabalhadores/as da saúde: MeSH Terms:** “workplace violence” e “health personnel”.

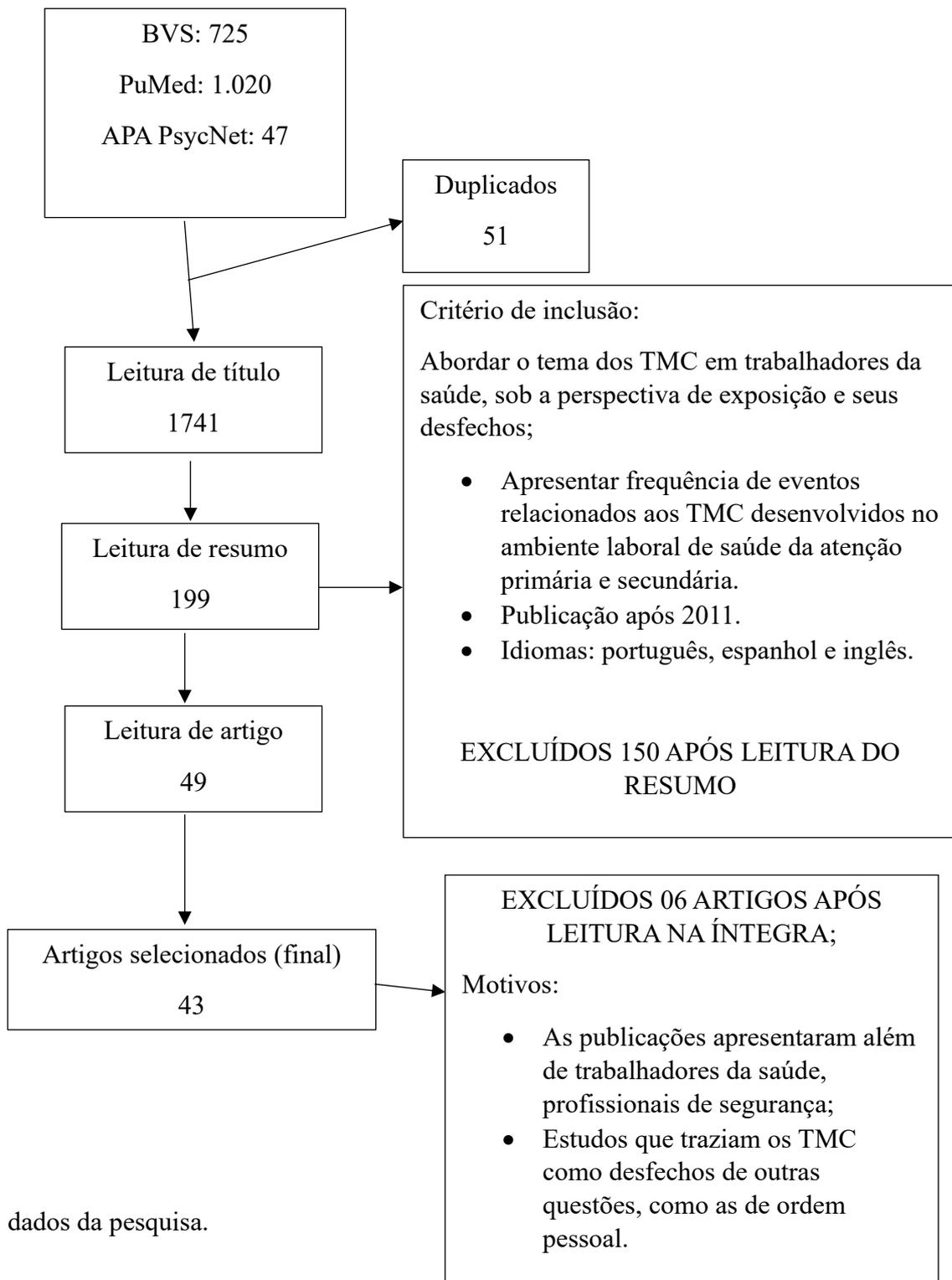
**Figura 1** - Fluxograma com a seleção de artigos sobre violência no trabalho em trabalhadores/as da saúde na BVS, incluindo os de revisão.



**Fonte:** dados da pesquisa.

**Busca para Transtornos Mentais Comuns em trabalhadores/as da saúde na BVS, PubMed e APA PsycNet: MeSH Terms: “mental disorders”, “health personnel”, “violence”.**

**Figura 2** - Fluxograma com a seleção de artigos sobre Transtornos Mentais Comuns em trabalhadores/as da saúde na BVS, PubMed e APA PsycNet. MeSH Terms: “mental disorders”, “health personnel”, “violence”.



### 1.3 Violência no local de trabalho

Explorando a conjuntura da violência em trabalhadores/as da saúde a partir do levantamento, os achados literários em sua maior parte foram produzidos na Ásia 32,8% (n=19), seguidos 17,2% pela América do Sul (n=10), 10,3% Europa (n=06), 6,9% América do Norte (n=04), 5,2% Oceania (n=03) e 1,7% do continente Africano (n=1). O número dos sem identificação corresponde a 25,9% (n=15) e em sua grande maioria eram de revisão. Das produções da América do Sul, nove foram brasileiras e uma do Chile. A região Sul e Sudeste do Brasil, ocuparam posição de destaque com 7 publicações, enquanto a região Norte e Nordeste apresentou apenas 01 escrito cada. Em relação às questões metodológicas, metade dos estudos foram transversais, com dados de pesquisa com grupos de trabalhadores/as de saúde e/ou levantamentos em sistemas nacionais.

A violência no local de trabalho é uma dura realidade enfrentada por diversas categorias profissionais, e a fim de coibi-la, em 2019, a OIT estabeleceu novas regras/normas por meio da Convenção nº 190, para eliminação da violência e do assédio no local de trabalho; reconhecendo desta forma, o direito do trabalhador/a a desenvolver suas atividades em um ambiente livre de assédio e violência. Por meio deste tratado internacional, a violência no ambiente de trabalho pode ser compreendida como “um conjunto de comportamentos e práticas inaceitáveis, ou de suas ameaças, de ocorrência única ou repetida, que visem, causem, ou sejam susceptíveis de causar dano físico, psicológico, sexual ou económico [...]” (OIT, 2019 p.02).

A violência tem se tornado um problema no campo da saúde do trabalhador, não apenas no Brasil (SANTOS; PEREIRA, 2020), como demonstra Babiarczyk (2020), onde mais da metade (54% violência não física) dos trabalhadores/as por eles pesquisados afirmaram que já sofreram violência ocupacional, nos mais diferentes países do continente Europeu: Polônia, República Tcheca, República Eslovaca, Turquia e Espanha (BABIARCZYK, 2020). Uma revisão sistemática mexicana com 253 estudos elegíveis (com um total de 331.544 participantes), apontam a alta prevalência da violência contra trabalhadores/as da saúde, sobretudo em países asiáticos e norte-americanos, e que mais da metade dos trabalhadores/as (61,9%) relataram exposição a qualquer forma de violência no espaço de trabalho, sendo a não física 42,5% e a física 24,4% no último ano analisado. Dentre as formas não físicas o abuso verbal mostrou-se significativo com 57,6%, seguido por ameaças e assédio sexual, 33,2% e 12,4% respectivamente (ASPERA-CAMPOS, et al. 2020).

No Brasil, especificamente nos trabalhadores/as da saúde, as ações violentas têm se revelado um problema de saúde pública como um novo risco ocupacional, vivenciado de

diferentes formas, e que tem gerado consequências físicas e mentais (LUCIANA CONTRERA-MORENO E MARIA INÊS CONTRERA-MORENO, 2004). Silva, Aquino e de Matos Pinto (2014) demonstram em seu estudo com servidores estaduais da saúde na Bahia, que a agressão verbal é o tipo de importunação mais frequente (19,4%), e que auxiliares ou técnicos de enfermagem são categorias que possuem uma prevalência maior do fenômeno, quase quatro vezes quando comparado a categoria médica e outros profissionais de nível superior (RP = 3,9; IC95%: 1,1-13,2).

A violência em sua grande parte é perpetrada por pacientes e seus acompanhantes/familiares, porém os colegas de profissão também são perpetradores como demonstram Cheung, Lee e Yip, (2018). Os autores além de citarem as formas de agressão verbal e física em seu estudo, também esclarecem acerca do bullying/assédio (14,2%), do assédio sexual (4,6%) e assédio racial (2,6%) (CHEUNG; LEE; YIP, 2018). No contexto brasileiro, recentemente em setembro de 2022, foi promulgada a Lei Nº 14.457/22, que visa o combate ao assédio sexual e a todo tipo de violência no trabalho (BRASIL, 2022).

#### 1.4 Transtornos Mentais Comuns

Avaliando o cenário de produção global, a partir do levantamento aqui realizado, dos 43 artigos captados, 41,9% (n=18) foram produzidos na Ásia, seguidos de 30,2% (n=13) na Europa, 14,0% (n=6) na América do Norte, 7,0% (3) na América do Sul, 2,3% (n=1) no continente Africano e também 2,3% (n=1) na Oceania. Apenas 2,3% (n=1) corresponderam aos sem identificação. Grande parte da produção de modo geral concentrou-se na China (n=11). Dos escritos brasileiros, 01 era da região Nordeste e 01 do Sudeste. Em aspectos metodológicos, 33 foram transversais, 04 de revisão, 02 de coorte, 01 retrospectivo, 01 relato de caso, 01 de análise temática e 01 sem identificação.

Os Transtornos Mentais Comuns segundo Goldberg e Huxley (1992), é compreendido como um somatório de sintomas não psicóticos, que podem gerar prejuízos ao indivíduo acometido, principalmente em suas relações sociais. Dentre muitos sintomas estão: ansiedade, insônia, fadiga, tristeza, déficits de memória e concentração etc. Tal transtorno, é uma realidade comum e alarmante entre trabalhadores/as da saúde, carecendo de intervenções, uma vez que o número de afastamentos e incapacidade por esta causa tem crescido (SANTANA et al., 2016).

Segundo o Conselho Nacional de Justiça (BRASIL – CNJ, 2019), baseado no levantamento feito em 2017 pelo Instituto Nacional de Seguro Social – INSS, no Brasil os transtornos mentais como a depressão e o estresse ocupacional representam uma das 5

principais causas de afastamento das atividades laborativas, e a terceira causa de concessão beneficiária (afastamentos e aposentadoria por invalidez) (BRASIL – MF, 2017). Vários fatores podem contribuir para o desenvolvimento dos transtornos mentais; questões individuais como a capacidade de interação, administração das emoções e pensamentos são alguns dos exemplos, porém, cabe ressaltar que aliado a esses aspectos, os fatores sociais como condições de trabalho e exposição ambiental, também influem para seu desenvolvimento (OPAS, s.d.).

Estudos epidemiológicos de diferentes locais do mundo têm evidenciado alta prevalência dos TMC, sobretudo nas classes mais desfavorecidas, que além de estarem em condições de maior risco de desenvolvimento de problemas mentais, também estão propensos a não assistência adequada (OPAS – a, 2022)

Uma revisão integrativa, realizada em 2021, aponta que mesmo os TMC sendo uma temática crescente e importante, há ainda uma lacuna de produções referentes ao tema, que é fruto entre as diversas características do indivíduo com o meio em que ele está inserido (características pessoais, laborais, hábitos de vida e condições de saúde) (SOUSA, et al., 2021).

No Brasil, os TMC têm sido investigados em alguns grupos trabalhistas, entre eles trabalhadores/as da saúde (CARVALHO; ARAÚJO; BERNARDES, 2016), servidores públicos participantes de uma coorte multicêntrica brasileira (NUNES et al., 2016), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (SANTOS et al., 2017), policiais militares (GONÇALVES, 2012), entre outros. Nos trabalhadores/as da saúde, a prevalência global de TMC foi de 22,9%, tendo associação positiva e significativa com ser do sexo feminino (CARVALHO; ARAÚJO; BERNARDES, 2016), por exemplo. Já nos servidores públicos do Estudo Longitudinal Brasileiro de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil), a prevalência encontrada de TMC foi de 26,8% (intervalos de confiança de 95% [IC95%] 26,1-27,5), e o sexo feminino, assim como no estudo de Carvalho, Araújo e Bernardes (2016), apresentou maior ocorrência do desfecho (RP 1,9; IC95% 1,8-2,0) (NUNES et al., 2016). No estudo de Santos et al. (2017) com os ACS do Estado de Minas Gerais, a prevalência de TMC foi de 41,6%, estando associada aos impactos do trabalho na saúde. Já no grupo de trabalhadores da segurança pública de Ceilândia no Distrito Federal, os policiais militares apresentaram a prevalência de 5% de TMC; porém Gonçalves (2012) reitera que apesar dos resultados demonstrarem uma baixa prevalência na amostra analisada, por se tratar de agentes da segurança, seus efeitos podem atingir não apenas a categoria em questão, mas a sociedade como um todo (GONÇALVES, 2012).

**Quadro 1:** Estudos epidemiológicos sobre violência no local de trabalho.

N	Estudo/Ano/Local	População do estudo/Amostra	Metodologia	Principais achados
01	Alhassan, Alsaqat e Al Sweleh (A)  2023  Arábia Saudita	7.398 trabalhadores de saúde	Estudo transversal  Uso da regressão logística binária multivariada	<p>51,3% eram homens e 48,7% mulheres. A média de idade dos participantes foi de <math>40 \pm 8,62</math> anos; e 60% eram de origem não saudita.</p> <p>Apenas 9,3% sofreram ataques físicos no seu local de trabalho nos últimos 12 meses, e a maioria (94,9%) foi instigada sem armas.</p> <p>Os pacientes foram os violentadores (48,2%); 36,2% foram agredidos por familiares dos pacientes. A gestão foi a principal entidade que atuou segundo 81,5% dos profissionais que foram ofendidos fisicamente; no entanto, 26,9% dos profissionais solicitaram o envolvimento da polícia.</p> <p>Farmacêuticos, enfermeiros e profissionais de saúde de origem não saudita do sexo masculino foram significativamente mais expostos à violência física. Além disso, aqueles que mantinham contato físico direto com os pacientes e aqueles que trabalhavam apenas com pacientes do sexo masculino estavam mais expostos à violência física.</p>
	Mkhitaryan e Tadevosyan,			Dentre os tipos de violência, a física e a psicológica foram mais citadas.

02	2023  Armênia	61 trabalhadores	Estudo qualitativo  Uso de entrevista em profundidade	<p>41 dos 61 participantes da pesquisa mencionaram a violência física como um tipo de violência. 33 dos que identificaram esta forma de violência como um tipo também mencionaram a violência psicológica.</p> <p>As causas da violência contra o pessoal médico de emergência são os aparentes atrasos das equipas de emergência, a intoxicação alcoólica dos pacientes ou familiares, o estado mental pouco saudável e desequilibrado, a tensão nervosa, a desconfiança do médico, o mau estatuto socioeconómico dos pacientes, o baixo nível educacional, falta de cultura de gerenciamento de emoções.</p>
03	Rossi, et al.  2023	32 revisões sistemáticas	Revisão abrangente de revisões sistemáticas e meta-análises	<p>A maior prevalência de violência física foi destacada em uma meta-análise realizada com trabalhadores médicos de emergência iranianos e foi de 36,4% (IC 95% 27,29–45,50); 27 a prevalência mais baixa foi encontrada num estudo chinês realizado com vários tipos de profissionais de saúde (13,7%, IC 95%: 12,2–15,1%).</p> <p>A prevalência agrupada mais elevada foi de 64,0% (IC 95%: 54–74%) numa meta-análise sobre médicos e enfermeiros, 31 enquanto a mais baixa foi de 44,0% (IC 95%: 31–57%); 32 ambos os estudos recolheram dados de vários países.</p>
				<p>A prevalência de lesões por violência entre profissionais foi de 14,10% (n = 66) (IC 95% 11,23–17,57). Destes, as lesões foram mais prevalentes entre homens (n = 41; 17,67%), funcionários de hospitais de nível secundário (n = 14; 23,73%) e de hospitais privados (n = 24; 16,67%). Também</p>

04	<p>Shahjalal, Parvez Mosharaf e Mahumud,</p> <p>2023</p> <p>Bangladesh</p>	468 participantes	<p>Estudo transversal</p> <p>Uso da regressão logística</p>	<p>foi maior entre os profissionais com 7 a 10 anos de experiência profissional em hospital (n = 16, 19,28%), funcionários do pronto-socorro (n = 25, 20,33%), que trabalhavam em turnos rotativos (n = 45, 15,57%).</p> <p>Como resultado de lesões, 22,44% (n = 105) (IC 95% 18,87–26,45) dos profissionais faltaram às suas tarefas regulares de trabalho. A maioria dos PS ausentes era do sexo masculino (n = 58, 25%) e com idade superior a 40 anos (n = 21, 33,87%).</p> <p>Os departamentos de emergência, cirurgia e ginecologia e obstetrícia são mais suscetíveis a lesões no local de trabalho e absenteísmo devido a violência no local de trabalho.</p>
05	<p>Jiang, et al.,</p> <p>2023</p>	14.909 profissionais (N=3.748 profissionais de saúde da linha de frente e N=11.161 profissionais de saúde que não estão na linha de frente).	<p>Estudo transversal</p> <p>Uso da regressão logística binária</p>	<p>O estudo indica que a prevalência de violência no local de trabalho entre os profissionais de saúde da linha de frente é significativamente maior do que entre os profissionais de saúde que não estão na linha de frente.</p> <p>Entre os da linha de frente, as mulheres tinham menos probabilidade de sofrer violência (OR 0,837, IC 95% 0,710 a 0,988), enquanto os indivíduos que eram de graduação (OR 1,251, IC 95% 1,061 a 1,541) e tinham título profissional mais alto (intermediário: OR 1,475, IC 95% 1,227 a 1,772; avançado: OR 1,693, IC 95% 1,294 a 2,216) tinham maior probabilidade de sofrer de violência; para profissionais de saúde que não estão na linha de frente, indivíduos com idade superior a 50 anos (OR 0,721, IC 95% 0,563 a 0,969),</p>

	China			trabalharam entre 10 e 19 anos (OR 0,847, IC 95% 0,749 a 0,958) teve menos chance de experimentar a violência.
06	Alhassan, Alsaqat e Al Sweleh (B)  2023  Arábia Saudita	7.398 profissionais	Estudo transversal  Amostragem por conveniência  Uso da regressão binária logística multivariada	No geral, 3,9% eram sobreviventes de violência sexual. Aproximadamente 60,7%, 51,4%, 48,3% e 65,9% das trabalhadoras, enfermeiras, nativas sauditas e trabalhadoras do turno noturno (18h00 às 07h00), respectivamente, foram significativamente expostas à violência sexual. Além disso, aproximadamente 54,8% daqueles que tiveram contato físico direto com os pacientes tiveram maior taxa de exposição ao assédio sexual ( p = 0,001).  Apesar da baixa prevalência, a violência sexual é uma realidade que continua a ser um risco para os profissionais de saúde.
07	Yusoff, et al.,  2023	23 artigos	Revisão sistemática	O sexo masculino e o sexo feminino foram associados ao risco de violência física e violência não física respectivamente.  Ser jovem apresentava maior risco de violência, especialmente assédio sexual, e era frequentemente complicado por lesões físicas.  A prevalência da violência variou de 45,6% a 90%. A forma de violência mais comumente relatada foi o abuso verbal (46,9–90,3%), enquanto a menos relatada foi a agressão sexual (2–17%). A maioria dos profissionais de saúde primários corria maior risco de violência perpetrada por

				pacientes e familiares (Tipo II). Foram identificados três subtemas de fatores predisponentes: fatores individuais (características das vítimas e dos perpetradores), fatores comunitários ou geográficos e fatores do local de trabalho. A violência teve consequências negativas consideráveis, tanto para as vítimas como para as organizações.
08	Rehan, et al.,  2023  Paquistão	24 estudos	Revisão Sistemática	<p>A violência verbal foi a forma mais comum de violência praticada, com a sua maior prevalência, O abuso verbal foi preponderante contra os profissionais de saúde do sexo feminino, enquanto o abuso físico foi dirigido mais aos homens.</p> <p>Os perpetradores mais comuns foram os atendentes dos pacientes, seguidos pelos pacientes.</p> <p>Prevalência de 25 a 100% de PVS contra profissionais de saúde em ambientes médicos paquistaneses.</p>
09	Önal, et al.,  2023	75 estudos	Revisão sistemática e meta-análise	63,0% (IC 95% 46,7-79,2) deles sofreram violência verbal e 17,0% (IC 95,0% 14,0-21,0) sofreram violência física . A frequência da violência física e verbal na análise de subgrupos foi estatisticamente significativamente diferente entre países e anos.
				A discriminação no trabalho foi mais comumente relatada por médicos (14%), seguidos por terapeutas (12%) e enfermeiros (9%), enquanto diferentes formas e autorrelatos

10	<p>Hämmig,</p> <p>2023</p> <p>Suíça</p>	<p>1.441 trabalhadores de saúde</p>	<p>Estudo transversal</p> <p>Uso de regressões logísticas múltiplas</p>	<p>de violência foram mais frequentemente relatados entre enfermeiros (20%) em comparação a médicos (17%) ou terapeutas e outros profissionais de saúde (12%).</p> <p>Quanto mais expostos os profissionais de saúde estiverem a diferentes formas de violência e/ou discriminação no local de trabalho, maior será a probabilidade e a frequência com que considerarão seriamente uma mudança de emprego (ver TabelaMesa 2).2). Da mesma forma, ter pensamentos repetidos sobre abandonar a profissão (várias vezes por mês ou diariamente) foi relatado com muito mais frequência entre os profissionais de saúde mais ou mais afetados por um ou mais tipos e eventos de violência e/ou discriminação no trabalho em comparação com aqueles que não são afetados de forma alguma.</p>
11	<p>Hadavi, et al.,</p> <p>2023</p>	<p>13 artigos</p>	<p>Revisão sistemática</p>	<p>Prevalência de violência no trabalho física e verbal foi de 10,75% (IC 95%: 8,20–13,30, I<sup>2</sup> = 97,8%, P = 0 &lt; 001) e 45,87% (IC 95%: 36,8 –54,93, I<sup>2</sup> = 99,6%, P = 0 &lt; 001), respectivamente. A prevalência geral de violência foi obtida, 45,80% (95% CI: 34,65–56,94, I<sup>2</sup> = 99,8%, P = 0 &lt; 001) foram relatados.</p> <p>Prevalência de violência no trabalho contra profissionais de saúde foi relativamente alta durante a pandemia de COVID-</p>

				<p>19; no entanto, foi menor em comparação com a área antes da pandemia.</p> <p>Formuladores de políticas de saúde devem considerar o apoio total e contínuo aos profissionais de saúde e triá-los regularmente em busca de distúrbios psicológicos.</p>
12	<p>Carey e Hendricks,</p> <p>2023</p> <p>EUA</p>	-	-	<p>Aproximadamente 1,14 milhão de lesões em trabalhadores do setor de saúde foram tratadas nos departamentos de emergência hospitalar dos EUA entre 2015 e 2017.</p> <p>A taxa de lesões dos profissionais de saúde do sexo masculino foi 2,3 vezes maior do que as do sexo feminino, apesar de compor uma proporção menor da força de trabalho.</p> <p>A violência no local de trabalho é um problema sério nos ambientes de saúde atuais que afeta tanto os funcionários quanto o atendimento ao paciente.</p>
				<p>22,41% vítimas do incidente nos últimos 12 meses.</p>

13	De Lima Trindade et al.  2022  Brasil - Região Sul	647 trabalhadores de saúde (449 atuando na APS e 198, no hospital).	Estudo quantitativo com delineamento transversal  Modelo de regressão de Poisson	Os fatores relacionados ao assédio moral foram: ser enfermeiro(a) (Razão de Prevalência (RP) = 2,77; ou auxiliar de enfermagem (RP = 2,73) possuir doença crônica (RP = 1,43), percepções negativas em relação ao reconhecimento no trabalho (RP = 1,52), relações interpessoais laborais avaliadas como indiferentes (RP = 2,16), horas de sono (RP = 0,89) e demonstrar maior preocupação com a violência (RP = 1,76).  É composta principalmente por mulheres, alvo ou testemunhas de situações de violência no local de trabalho, incluindo assédio moral.
14	Tsukamoto et al.  2022  Brasil – Região Sul	242 trabalhadores de enfermagem.	Estudo transversal  regressão logística univariada e, múltipla não ajustada e ajustada	Trabalhadores que sofreram abuso verbal, violência física e preocupação com a violência no trabalho nos últimos 12 meses tiveram chances significativamente maiores de apresentar alta exaustão emocional ( $P < 0,05$ ) e despersonalização ( $P < 0,05$ ) e baixa realização profissional ( $P < 0,05$ ).  As mulheres podem apresentar maiores níveis de estresse e despersonalização no ambiente de trabalho.

15	<p>Ferrada-Muñoz et al.</p> <p>2022</p>	13 artigos	Revisão bibliográfica sistemática qualitativa	<p>A violência e o assédio no local de trabalho têm efeitos negativos na saúde física e mental, nas relações interpessoais e no desempenho profissional dos enfermeiros.</p>
16	<p>La Torre et al.</p> <p>2022</p> <p>Itália</p>	3.659 profissionais de saúde	Estudo transversal multicêntrico	<p>69% são do sexo feminino, 39,5% são enfermeiros e 55,5% são profissionais de saúde do norte da Itália.</p> <p>50 a 54 anos (16,7%).</p> <p>10% trabalhadores da saúde foi vítima de agressão física no trabalho nos últimos 12 meses, sendo 6,3% com arma.</p> <p>O risco agressão física nos últimos 12 meses está significativamente associado: sexo masculino, ser enfermeira.</p> <p>47,1% vítima agressão verbal.</p>

				A prevalência da violência é difícil de avaliar porque os incidentes violentos são subnotificados ou não notificados.
17	Varghese, et al.  2022	41 estudos realizados entre 42.222 enfermeiros de 13 países.	Revisão sistemática e meta-análise	<p>Violência: 58% abuso verbal 64% , violência física 23%, comportamento ameaçador 30% , agressão física 21%, assédio sexual 12% e bullying/mobbing 25%.</p> <p>Impacto: repercussões físicas, psicológicas nos enfermeiros e as diversas medidas utilizadas para manejá-la.</p> <p>Os enfermeiros encontram um alto nível de violência, especialmente abuso verbal.</p>
18	Saragih et al.  2022	14 estudos envolvendo 3.452 médicos, 5.738 enfermeiros e 2.744 profissionais de saúde: 34.873 profissionais de saúde no total	Revisão sistemática e meta-análise.	<p>Estigmatização e a violência têm afetado a saúde física e psicossocial dos trabalhadores. Em países de baixa, média e alta renda, estigmatização e violência foram proporcionalmente equilibradas.</p> <p>Insônia, ansiedade e depressão são as manifestações físicas e psicossociais mais comuns de encontros de estigmatização e violência no trabalho.</p>

				A estigmatização e a violência durante a pandemia de COVID-19 afetaram quase metade dos profissionais de saúde estudados.
19	Ramzi, Fatah e Dalvandi  2022	17 artigos	Revisão sistemática e meta-análise	Tamanho amostral de 17.207 profissionais de saúde. A prevalência total de violência foi estimada em 47%.  Prevalência de violência física 17% e psicológica de 44%.  A violência foi altamente prevalente durante a pandemia de COVID-19 e pode levar a problemas físicos e psicológicos nos profissionais de saúde e até mesmo afetar a qualidade da assistência prestada.
20	Xiao et al.,  2022	364 casos de violência no trabalho extraídos do Judgment Online System	-	Os agressores mais comuns foram os familiares dos pacientes (58,2%), seguidos pelos próprios pacientes (38,2%). Apenas 9 perpetradores tinham histórico confirmado de doença mental e apenas dois estavam intoxicados com álcool.

	China			<p>Mais da metade dos casos (52,5%) ocorreu na zona rural e esse percentual é ainda maior para as unidades básicas de saúde (71,4%) e secundárias (73,5%).</p> <p>As categorias ocupacionais das vítimas incluíam médicos, enfermeiros, técnicos de laboratório ou radiologistas e outros (por exemplo, pessoal de segurança). A grande maioria dos casos dizia respeito a médicos (59,9%), seguidos de enfermeiros (26,1%).</p> <p>Hospitais secundários foram locais de 24,2% dos casos, instituições de atenção primária à saúde de 13,5% e hospitais terciários de 12,9%.</p> <p>Abusos verbais configurando violência psicológica ocorreram em 28,3% dos casos, e 18,1% envolveram ameaças. A violência física variou em gravidade, de empurrões a bombardeios. O espancamento representou a maior proporção (43,1%), seguido do empurrão (30,5%) e 14,0% envolveram ferimento por instrumento perfurocortante, como punhal.</p>
				<p>Apenas 43 (37,7%) afirmaram que seu local de trabalho oferece algum procedimento/rotina para denunciar atos de violência sofridos no trabalho.</p>

21	<p>Musse et al.,</p> <p>2022</p> <p>Brasil - Sul</p>	144 participantes	Estudo exploratório de corte transversal	<p>68,4% afirmaram não haver incentivo para denunciar violência no ambiente de trabalho.</p> <p>A incidência de violência contra profissionais de saúde em serviços de urgência e emergência avaliados antes da pandemia de COVID-19 era de cerca de 60%. Durante a pandemia, a incidência sofreu menor variação, sendo de 57,9% nos dados analisados.</p> <p>Ansiedade, cansaço, medo, baixa autoestima, perda de concentração e estresse são as consequências mais frequentes das agressões antes e durante a pandemia de COVID-19.</p>
22	<p>Brigo et al.,</p> <p>2022</p> <p>Itália</p>	1.002 ataques a profissionais de saúde	Estudo observacional retrospectivo	<p>A taxa de ataques mensais ao total de acessos aumentou de uma média de 13,5 (DP 6,6) na era pré-COVID-19 para 27,2 (DP 9,8) nos meses de pandemia, <math>p &lt; 0,001</math>. O surto pandêmico levou a um aumento significativo de ataques a profissionais de saúde de 0,05/1.000 ataques por mês (<math>p = 0,018</math>) para 4,3/1.000 ataques por mês (<math>p = 0,005</math>).</p> <p>A pandemia de COVID-19 levou a um aumento significativo de ataques a profissionais de saúde no pronto-socorro. As</p>

				tendências comparadas aos meses pré-pandêmicos não parecem indicar um retorno à normalidade.
23	<p>QI et al.,</p> <p>2022</p> <p>China</p>	<p>3006 amostras em 2020 e 3465 amostras em 2021 foram analisadas</p>	<p>-</p> <p>Seleção por bola de neve</p>	<p>Em 2020: 1.159 (38,6%) relataram sintomas depressivos moderados ou graves e 624 (20,8%) relataram sintomas de ansiedade moderados ou graves. Além disso, 2.397 (79,7%) testemunharam colegas sendo submetidos a violência no local de trabalho.</p> <p>Em 2021: 1.500 (81,3%) relataram sintomas depressivos moderados ou graves. Enquanto isso, 2.263 (65,3%) presenciaram colegas sendo submetidos à violência no local de trabalho.</p>
24	<p>Özdamar Ünal, Işcan e Ünal</p> <p>2022</p> <p>Turquia</p>	<p>701 questionários preenchidos</p>	<p>Estudo transversal, descritivo.</p> <p>Uso da técnica de bola de neve</p>	<p>68,2% dos participantes eram do sexo feminino e 65,6% deles eram médicos.</p> <p>Taxa de violência no trabalho de 54,1% e 24,3% antes e durante a pandemia, respectivamente.</p> <p>O abuso verbal foi o tipo mais comum relatado por mais de um terço (36,6%), a violência física foi relatada por cerca de 8,4%.</p>

				<p>Profissionais de saúde do sexo feminino eram mais propensos a serem agredidos fisicamente do que seus colegas do sexo masculino, especialmente aqueles que trabalhavam em unidades COVID-19. A maioria dos profissionais que foram expostos à violência pelo menos uma vez não relatou.</p> <p>Os profissionais expostos durante a pandemia a violência no trabalho relataram mais exaustão emocional e despersonalização e um menor nível percebido de realização pessoal.</p>
25	<p>Arafa et al.,</p> <p>2022</p> <p>Egito</p>	209 profissionais	Transversal	<p>A prevalência de violência no local de trabalho psicológica e física foi de 42,6% e 9,6%, respectivamente. Parentes de pacientes foram os perpetradores na maioria dos incidentes.</p> <p>Os profissionais de saúde não relataram 57,3% dos incidentes psicológicos e 10,0% dos incidentes físicos.</p> <p>Sexo feminino, ter contato físico com pacientes, e turnos de trabalho rotativos foram associados com o aumento da exposição à violência psicológica e física.</p>

				Alta prevalência de violência contra profissionais de saúde em hospitais públicos egípcios durante a pandemia de COVID-19
26	Arif et al.,  2022  Paquistão	1.622 sujeitos	Estudo descritivo, quantitativo e transversal	<p>A violência foi considerada um problema significativo na zona rural.</p> <p>929 (57,3%) eram do sexo masculino e 693 (42,7%) do sexo feminino.</p> <p>O maior conjunto foi o dos médicos 396(24,4%), seguido dos técnicos 202(12,5%).</p> <p>A violência no trabalho de qualquer forma foi vivenciada por 693(42,7%) sujeitos.</p> <p>A violência verbal foi vivenciada por 396(24,4%) sujeitos, enquanto 228(14,1%) a presenciaram. Os números correspondentes para violência física foram 122(7,5%) e 22(1,4%).</p> <p>A violência verbal foi mais prevalente em relação à violência física (<math>p&lt;0,01</math>). O maior efeito foi que os profissionais de</p>

				saúde permaneceram alertas 537 (33,1%), frustrados 524 (32,3%) e perturbados 503 (31%). Além disso, 272 (16,8%) sujeitos planejavam migrar ou abandonar a profissão.
27	Bordignon e Monteiro  2021  Brasil – Região Sul e Sudeste	267 profissionais de enfermagem  (72 enfermeiros; e 195 técnicos ou auxiliares de enfermagem (104 técnicos e 91 auxiliares))	Estudo descritivo, transversal e de abordagem quantitativa  Teste qui-quadrado para analisar a associação entre variáveis qualitativas, e o teste de Mann-Whitney para comparação entre grupos quanto às medianas	61,6% relataram ter sido vítima de abuso verbal, assédio sexual ou violência física no trabalho nos últimos 12 meses.  Identificou-se relações estatisticamente significantes entre sofrer ou não violência e variáveis pessoais, de saúde e trabalho.  Relatos de violência principalmente entre os mais jovens.  Violência entre colegas.  Assédio sexual principalmente mulheres sofrem.
28	Braun et al.  2021  EUA			52% foram suicídios e 34% homicídios, 13% foram de intenção indeterminada.  Ocupações das vítimas: 28% incluíam médicos, 21% enfermeiros, 21% administração/operações de apoio, 16% serviços de segurança e apoio e 13% terapeutas e técnicos.

		61 mortes de profissionais de saúde	Estudo descritivo	<p>A maioria das mortes ocorreu em hospitais 46% e serviços de tratamento não residencial 20%.</p> <p>Dentro das instalações: 20% consultórios/clínicas e 18 % enfermarias/unidades.</p> <p>Entre os perpetradores de homicídio, tanto o Tipo II (o autor era cliente/paciente/familiar) quanto o Tipo IV (relação pessoal com o perpetrador) foram igualmente comuns (33%).</p>
29	Zhang et al.,  2021  China	345 incidentes	Revisão	<p>A pessoa que cometeu o ato violento foi paciente ou doente no local de trabalho ou colega de trabalho em 95,4% das ocorrências.</p> <p>54 dos incidentes resultaram no assassinato da vítima.</p>
				<p>43% vivenciaram alguma forma de violência,</p> <p>84% relataram ter sofrido violência não física e 16% sofreram violência física no ano passado. Cerca de 65% das vítimas afirmaram que nenhuma ação foi tomada para</p>

30	<p>Shahjalal et al.</p> <p>2021</p> <p>Bangladesh</p>	1.081 profissionais de saúde	Estudo transversal	<p>investigar o incidente e 44% não relataram consequências para os agressores.</p> <p>Ser casado, trabalhar em pronto-socorro, trabalhador de saúde do setor público e realizar trabalho por turnos foram significativamente associados aos eventos de violência.</p> <p>A violência no local de trabalho é altamente prevalente entre os profissionais de saúde em Bangladesh.</p>
31	<p>Giménez Lozano, Martínez Ramón e Morales Rodríguez</p> <p>2021</p>	59 documentos	Revisão Sistemática	<p>A maioria das pesquisas relacionadas ao burnout e violência é focada na profissão de enfermagem.</p> <p>As mulheres do setor saúde parecem sofrer com níveis de burnout mais elevados do que os homens.</p> <p>Violência verbal mais comum: incluindo gritos, insultos ou ameaças.</p> <p>A violência no trabalho é uma das possíveis causas de burnout no setor saúde.</p>

32	Pacheco et al.  2021	30 estudos representando 20.683 funcionários.	Revisão sistemática	<p>A agressão psicológica no local de trabalho está significativamente associada a lesões musculoesqueléticas e tensões psicológicas (ansiedade, depressão, raiva) ao longo do tempo.</p> <p>A agressão psicológica no trabalho prediz medo, exaustão emocional, despersonalização, realização pessoal e sintomas físicos.</p>
33	Li, et al.  2020	65 estudos	Meta-análise	<p>Os enfermeiros sofreram mais violência física no local de trabalho perpetrada por pacientes ou visitantes do que os médicos.</p> <p>O sexo masculino sofreu mais violência física no local de trabalho do que as mulheres.</p> <p>Profissionais de saúde em um grande hospital sofrem mais violência física do que aqueles em um pequeno hospital e centro de saúde primário.</p>

				<p>A prevalência combinada de um ano de violência física no local de trabalho contra profissionais de saúde perpetrada por pacientes ou visitantes foi de 19,33%.</p>
34	<p>Lu, et al.</p> <p>2020</p> <p>China</p>	<p>47 estudos abrangendo 81.771 profissionais de saúde foram incluídos nas análises</p>	<p>Meta-análise</p>	<p>A prevalência geral de violência no local de trabalho de 44 estudos com dados disponíveis foi de 62,4%.</p> <p>A prevalência estimada de violência física, violência psicológica, abuso verbal, ameaças e assédio sexual foi de 13,7%.</p> <p>Homens eram mais propensos a experimentar a violência do que as mulheres.</p> <p>A violência contra os profissionais de saúde é um problema na China.</p>
	<p>Aspera-Campos, et al.</p>			<p>61,9% relataram exposição a qualquer forma de violência no trabalho, 42,5% exposição à violência não física e 24,4% ter sofrido violência física no último ano.</p>

35	<p>2020</p> <p>México</p>	<p>253 estudos elegíveis (com um total de 331.544 participantes)</p>	<p>Revisão sistemática</p>	<p>O abuso verbal (57,6%) foi a forma mais comum de violência não física, seguida de ameaças (33,2%) e assédio sexual (12,4%).</p> <p>A prevalência de violência contra profissionais de saúde é alta, especialmente em países asiáticos e norte-americanos, em ambientes de departamentos psiquiátricos e de emergência e entre enfermeiros e médicos.</p>
36	<p>Alsmael, Gorab e AlQahtani</p> <p>2020</p> <p>Arábia Saudita</p>	<p>360 profissionais de saúde</p>	<p>Estudo analítico transversal</p> <p>Teste qui-quadrado</p>	<p>A prevalência de violência foi de 46,9%, sendo que aproximadamente 90% desses trabalhadores relataram violência verbal, 34,3% sofreram intimidação e 3% relataram violência física.</p> <p>Aproximadamente 75% relataram que os eventos violentos foram iniciados pelos pacientes, enquanto 45,6% relataram que os eventos foram iniciados pelos acompanhantes.</p> <p>46,7% disseram que não fizeram nada/não notificaram.</p>

37	<p>Simões et al.</p> <p>2020</p> <p>Brasil – Região Sudeste</p>	<p>203 indivíduos trabalhadores dos níveis primário e secundário da atenção à saúde</p>	<p>Estudo de corte transversal</p> <p>Regressão de Poisson</p>	<p>Os fatores do trabalho associados à violência foram a satisfação com o trabalho, o baixo apoio e a alta demanda psicológica no trabalho.</p> <p>Violência psicológica foi a mais frequente (90,2%).</p> <p>10 Pacientes (76,8) e seus familiares (19,5%) foram os maiores perpetradores da violência.</p> <p>Violência mais frequente entre mulheres.</p>
38	<p>Serrano Vicente, et al.</p> <p>2019</p> <p>Espanha</p>	<p>23 estudos incluídos</p>	<p>Revisão sistemática</p>	<p>As agressões tendem a seguir o mesmo padrão; são principalmente verbais e psicológicas, muitas vezes acompanhadas de ameaças.</p> <p>Os pacientes são os principais agressores, normalmente os agredidos são médicos e enfermeiros.</p> <p>Há um aumento na magnitude do fenômeno nos últimos anos, na maioria dos casos os agressores são homens, enquanto os profissionais agredidos são majoritariamente mulheres.</p>

39	Beattie, et al.,  2019  Austrália	99 participantes	Estudo explicativo	A prestação de cuidados pode ser percebida como uma ameaça à segurança física e psicológica dos clientes, ativando a resposta protetora de luta resultando em agressão.
40	Liu et al.  2019	253 estudos elegíveis	Revisão sistemática e meta-análise	61,9% relataram exposição a qualquer forma de violência, 42,5% exposição à violência não física e 24,4% ter sofrido violência física no último ano.  O abuso verbal (57,6%) foi a forma mais comum de violência não física, seguida de ameaças (33,2%) e assédio sexual (12,4%).
41	Campo e Klijn		Estudo quantitativo, descritivo e correlacional	51,4% dos profissionais e 46,6% dos técnicos paramédicos consideram ter sido agredidos verbalmente durante o último ano.  17,6% dos técnicos paramédicos e 13,5% dos profissionais perceberam o assédio moral.

	2017  Chile	72 profissionais e 148 técnicos paramédicos	Teste qui-quadrado	Uma baixa porcentagem desses eventos é relatada.  O assédio sofrido traz a baixa produtividade.  Mulher mais vulnerável.
42	Cheung, Lee e Yip  2018  Macau	720 participantes: enfermeiros e médicos	Estudo transversal  Regressão logística múltipla	57,2% dos participantes relataram violência física e psicológica no local de trabalho no ano anterior. As formas mais comuns de violência no trabalho foram abuso verbal (53,4%), agressão física (16,1%), bullying/assédio (14,2%), assédio sexual (4,6%) e assédio racial (2,6%).  Enfermeiros estavam em um risco significativamente maior de agressão física e abuso verbal em comparação com os médicos.  Pacientes, familiares de pacientes e colegas foram os principais agressores.

43	<p>Hasan et al.</p> <p>2018</p>	56 notícias de agressões	Revisão	<p>A maioria das reportagens noticiou violência contra médicos, negligenciando ou subestimando a violência contra outros profissionais de saúde.</p> <p>96% dos casos de violência foram de natureza física e 91% de violência ocorreu em serviços públicos de saúde.</p> <p>39% dos casos ocorreram na atenção primária e um terço 39% na atenção terciária.</p>
44	<p>De Almeida, Filho e De Andrade Marques</p> <p>2017</p>	7 artigos	Revisão integrativa da literatura	<p>A prevalência da violência ocupacional variou entre 58,2 e 88,9%.</p> <p>A agressão verbal afetou 100% dos trabalhadores em dois artigos e foi a mais retratada nos estudos qualitativos.</p> <p>Pacientes e acompanhantes foram os perpetradores da violência em até, respectivamente, 93,5 e 87% dos casos de violência;</p> <p>Atores associados à violência no trabalho: gênero (sexo masculino está mais propenso a ser alvo de agressões), faixa etária mais baixa, categoria de enfermeiro, menor tempo de experiência profissional, trabalho no setor de emergência,</p>

				sobrecarga de trabalho, quantidade insuficiente de profissionais, espaço físico inadequado, falta de treinamento para lidar com situações de violência, falhas na comunicação, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, longo tempo de espera para o atendimento.
45	Rincón-Del Tor et al.  2016  Madri – Espanha	1.157 agressões notificadas	Estudo transversal multicêntrico  Regressão logística	53,07% sofridas por médicos.  A agressão física ocorreu em 4,7% dos casos.  O principal motivo foi a insatisfação com o atendimento 36,1%.  A equipe não médica apresentou menor risco de agressão física.  O perfil do agressor era do sexo masculino (56,8%).  10% dos profissionais relataram alguma forma de agressão.

				<p>5,9% das agressões foram encaminhadas à justiça.</p> <p>O perfil das vítimas de atendimento à saúde era do sexo feminino (84%).</p>
46	<p>Abed ,Morris e Sobers-Grannum</p> <p>2016</p> <p>Barbados</p>	<p>102 entrevistados em 08 clínicas de atenção primária em Barbados</p>	<p>Estudo transversal</p> <p>Teste qui-quadrado</p>	<p>63% dos profissionais de enfermagem e médicos relataram pelo menos um episódio de violência no ano passado.</p> <p>Forma: abuso verbal (60%) e 19% ao bullying.</p> <p>7% relataram assédio sexual, 3% violência física e outros 3% assédio racial.</p> <p>Principais perpetradores da violência pacientes: 64%</p>
47	<p>Tonso et al.</p> <p>2016</p>	<p>411 participantes</p>	<p>Estudo descritivo exploratório transversal</p>	<p>83% relataram exposição a pelo menos uma forma de violência nos últimos 12 meses.</p> <p>A forma mais relatada foi o abuso verbal (80%), violência física (34%) e, bullying/mobbing (30%).</p>

	Austrália			Quase uma em cada três vítimas de violência (33%) se classificou em sofrimento psíquico, 54% dos quais relataram estar em sofrimento psíquico grave.
48	Pai et al.  2015  Brasil – Região Sul	269 profissionais da equipe de saúde em hospital público.	Estudo transversal  Regressão logística múltipla  Teste qui-quadrado, teste t, teste de Mann-Whitney, testes de Spearman e Kruskal-Wallis.	Associação entre violência e sintomas de <i>burnout</i> e transtornos psíquicos menores.  A violência no trabalho acometeu 63,2% dos trabalhadores, prevaleceu no sexo feminino (p=0,001), entre auxiliares/técnicos de enfermagem (p=0,014) e foi associada aos transtornos psíquicos menores (p<0,05), sendo que a exposição a diferentes formas de violência acresceu em 60% as chances desses transtornos (IC95%:1,2-2,1).
49	Pinar et al.  2015  Turquia	12.944 profissionais de saúde	Estudo transversal  Análise multivariada	44,7% sofreram violência.  Tipos: física 6,8%, verbal 43,2%, mobbing (bullying) 2,4% e assédio sexual 1%.  40,4% dos participantes eram do sexo masculino e 59,6% do sexo feminino.

				73% eram profissionais da atenção primária e secundária.
50	Lin et al.  2015  China	1.404 profissionais de saúde	Estudo transversal  Teste qui-quadrado  teste <i>t</i>	51,64% dos entrevistados tiveram uma experiência de violência no local de trabalho. Verificou-se que tanto o desempenho no trabalho quanto a qualidade de vida apresentaram correlação negativa com a violência no trabalho.  A violência no local de trabalho entre os trabalhadores comunitários de saúde é prevalente na China e teve efeitos negativos no desempenho laboral e na qualidade de vida dos trabalhadores dos Agentes Comunitários de Saúde.  Três quartos eram do sexo feminino (73,29%).
51	Fisekovic, et al.  2015  Sérvia	1.526 funcionários da APS Sérvia	Estudo transversal  Regressão logística binária	A prevalência de violência no trabalho, foi de 803 (52,6%), sendo 147 (18,3%), expostos à violência física.  Houve associação negativa da violência no local de trabalho com o incentivo para denunciar a violência.  Mais da metade dos funcionários dos centros de APS de Belgrado foram expostos a diferentes tipos de violência no local de trabalho.

52	<p>Silva, Aquino e de Matos Pinto</p> <p>2014</p> <p>Brasil – Região Nordeste</p>	<p>679 servidores estaduais da Bahia (SSA)</p>	<p>Estudo transversal</p> <p>Regressão logística</p>	<p>25,9% (IC95%: 22,6%-29,2%) referiram pelo menos uma das modalidades de violência investigadas, sendo a agressão verbal (19,4%) a mais frequente.</p> <p>As mulheres na faixa etária de 25 a 39 anos apresentaram um acréscimo de 80% na ocorrência de violência em relação às mais velhas (OR = 1,8; IC95%: 1,1-3,0), enquanto as médicas também foram as mais atingidas (OR = 2,5; IC95%: 1,2-12,5).</p> <p>Entre os homens, ter de 25 a 39 anos (OR = 3,9; IC95%: 1,9-16,4) e trabalhar como auxiliar ou técnico em enfermagem (RP = 3,9; IC95%: 1,1-13,2) aumentou quase quatro vezes a ocorrência de violência no trabalho em saúde.</p>
53	<p>Magnavita,</p> <p>2014</p>	<p>698 profissionais de saúde</p>	<p>Estudo transversal</p>	<p>Estresse no trabalho e falta de apoio social foram preditores da ocorrência de agressão não física durante o ano seguinte. Os profissionais de saúde que vivenciaram a VT relataram alta tensão e baixo suporte no trabalho no ano seguinte. A experiência de violência não física e um estado prolongado de tensão e isolamento social foram preditores significativos de problemas psicológicos e problemas de saúde no seguimento.</p>

54	<p>Oliveira, Camargo e Iwamoto</p> <p>2013</p> <p>Brasil – Região Sudeste</p>	<p>198 participantes nas Unidades Básicas de Saúde</p>	<p>Estudo transversal, exploratório e descritivo.</p>	<p>42,6% relataram ter sofrido violências.</p> <p>Maioria mulheres (30 a 39 anos, até 11 anos de escolaridade).</p> <p>Agressão verbal (36,9%).</p> <p>62,1% eram agentes comunitários de saúde.</p> <p>Perda de satisfação no trabalho.</p>
55	<p>Prajapati, et al.</p> <p>2013</p> <p>Nepal</p>	<p>747 profissionais de saúde de 375 instituições de saúde</p>	<p>Estudo descritivo transversal</p>	<p>23% dos profissionais de saúde sentiram algum nível de insegurança no local de trabalho.</p> <p>Em sua maioria, os médicos sentiam-se inseguros em seu local de trabalho (30%) e discutiam com os usuários do serviço (32,50%).</p>

				<p>(16%) dos profissionais de saúde enfrentaram algum nível de discussão com os usuários do serviço em todo o país.</p> <p>O assédio sexual foi maior entre as trabalhadoras de saúde.</p>
56	<p>Rodwell, Demir e Flower</p> <p>Austrália</p> <p>2013</p>	<p>375 trabalhadores: Enfermeiros (186) e funcionários administrativos (189)</p>	<p>Estudo transversal</p>	<p>O abuso emocional externo foi mais frequentemente relatado por enfermeiros (29%) e bullying por funcionários administrativos (27%).</p> <p>Demandas, apoio estiveram associados a diferentes tipos de agressão em enfermeiros, enquanto para pessoal administrativo, controle, apoio estiveram ligados.</p>
57	<p>Molinos et al.</p> <p>2012</p> <p>Brasil – Região Norte</p>	<p>446 profissionais</p>	<p>Pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem quantitativa</p>	<p>10,1% de casos de violência sob forma de ameaças, 8,4% como provocação, 4,8% como intimidação e 5,7% como assédio sexual.</p> <p>Mulheres mais vulneráveis a violência.</p> <p>Violência entre colegas.</p> <p>Os profissionais não sentem-se seguros no ambiente de trabalho.</p>

58	<p>Lee et al.</p> <p>2012</p> <p>Coréia</p>	<p>1.640 profissionais de saúde.</p>	<p>Estudo transversal</p>	<p>70,6% já sofreram violência relacionada ao trabalho. Gritar (51,9%) foi a violência verbal mais comum, seguida de verbalizar comentários sexuais aos profissionais de saúde (19,0%) e tocar as mãos (16,5%), os atos mais comuns relacionados ao assédio sexual.</p> <p>A maioria dos entrevistados (86,4%) queria educação sobre como lidar com essa violência no trabalho.</p>
----	---	--------------------------------------	---------------------------	---

**Fonte:** dados da pesquisa.

**Quadro 2:** Estudos epidemiológicos sobre violência e Transtornos Mentais em trabalhadores da saúde (descritores: e “mental disorders”, “health personnel”, “violence”).

N	Estudo/Ano/Local	População do estudo/Amostra	Metodologia	Principais achados
01	Yun, Myung e Kim  2023  Coreia do Sul (República da Coreia)	1.981 médicos	Estudo transversal  Uso do PHQ-9	A exposição a abuso verbal, violência física e assédio sexual nos últimos 4 meses foi relatada por 482 (24,3%), 77 (3,9%) e 100 (5,0%) participantes, respectivamente.  Exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal estavam presentes em 771 (38,9%), 813 (41,0%) e 1.627 (82,1%) participantes, respectivamente. Um total de 1.049 (53,0%) pensaram em abandonar a formação médica. Depressão (pontuação total do PHQ-9 $\geq$ 10) e pensamentos de morte ou automutilação (item 9 do PHQ-9 $\geq$ 1) foram relatados por 323 (16,3%) e 172 (8,7%) participantes, respectivamente.
02	Zhao et al.,  2023	3.684 participantes	Estudo transversal  Uso do Patient Health Questionnaires (PHQ-2)	2.079 (56,43%) sofreram violência no local de trabalho, 687 (18,65%) foram avaliados como positivos para depressão e 2.247 (60,99%) sofreram altos níveis de esgotamento ocupacional.  Associação positiva entre violência no trabalho e depressão, violência no trabalho e esgotamento ocupacional, depressão e esgotamento ocupacional ( $r=0,135$ , $r=0,107$ , $r=0,335$ , respectivamente, todos $P < 0,001$ ). Depois de controlar as

	China		Amostragem por conveniência (bola de neve)	covariáveis, a violência no local de trabalho teve um efeito indireto no esgotamento ocupacional por meio da depressão, com um coeficiente padronizado de 0,25 ( EP = 0,02, IC 95% 0,21 a 0,28), representando 13,87% do efeito total.
03	Sajedian, et al.,  2023  Irã	208 profissionais de saúde	Estudo transversal  Regressão linear múltipla  Utilizado questionário de saúde geral (GHQ), o questionário de violência no local de trabalho, o questionário Maslach de esgotamento e o questionário de produtividade da força de trabalho.	34,1% dos participantes apresentam transtornos psicológicos e 74,5% sofreram algum tipo de violência no ambiente de trabalho pelo menos uma vez no último ano.  A prevalência de violência no trabalho provou ser capaz de prever o aumento do burnout e a diminuição da produtividade no trabalho.  A exposição à violência no local de trabalho aumenta significativamente o risco de transtornos mentais associados ao risco de doença mental.
				A prevalência de TMC (32,75%) foi associada à violência percebida, testemunhada ou sofrida na área de trabalho.

04	Vieira-Meyer et al.,  2022  Nordeste – Brasil	1.437 Agentes Comunitários de Saúde	Transversal  Uso do Self-Reporting Questionnaire-20	<p>41,6% (n = 592) sofreram violência no ambiente de trabalho, 46,8% (n = 665) foram ameaçados de violência no ambiente de trabalho, e 36,5% (n = 519) interromperam suas atividades em algum momento devido à violência.</p> <p>Os tipos de violência mais relatados foram a urbana (81,7%; n = 1.166), doméstica (30,5%; n = 435) e institucional (29,9%; n = 426).</p> <p>O TMC está associado à idade, sexo, identidade religiosa, tempo como ACS da ESF, bairro onde trabalha (subprefeitura), envolvimento em atividades comunitárias.</p>
05	Li, et al.,  2022  China	2.769 enfermeiros da China	Estudo transversal  Utilizou-se questionário de informações demográficas, questionário de violência no local de trabalho hospitalar, versão chinesa da escala de qualidade de vida relacionada ao trabalho e	<p>Um total de 49,12% dos enfermeiros (n = 1360) sofreu pelo menos um tipo de violência no trabalho nos últimos 6 meses. Turnos noturnos, departamento de trabalho, doenças crônicas (odds ratio [OR] = 1,53, p &lt; 0,001), distúrbios do sono (OR = 1,54, p &lt; 0,001), horas extras frequentes (OR = 1,78, p &lt; 0,001), adverso eventos de enfermagem (OR = 2,01, p &lt; 0,001) e coping passivo (OR = 1,47, p &lt; 0,001) foram fatores de risco para violência no local de trabalho.</p> <p>Fator de proteção: Condições de trabalho (OR = 0,61, p &lt; 0,001), bem-estar geral (OR = 0,65, p &lt; 0,001) e enfrentamento positivo (OR = 0,76, p &lt; 0,001).</p>

			<p>escala de estilo de enfrentamento.</p> <p>O teste qui-quadrado, o teste U de Mann-Whitney e a análise de regressão logística binária.</p>	
06	<p>Leźnicka e Zielińska-Więczkowska</p> <p>2022</p> <p>Polônia</p>	-	Revisão de literatura	<p>Os pacientes e suas famílias são frequentemente considerados a fonte de grosseria comportamento.</p> <p>Situações de crise, como a pandemia de COVID-19, intensificaram a escala do fenômeno.</p> <p>A violência tem um efeito negativo impacto na saúde mental da equipe médica e pode causar danos físicos e mentais irreversíveis.</p>
07	<p>Zhu et al.,</p> <p>2022</p>	273 enfermeiros	<p>Transversal</p> <p>Lista de Verificação de Transtorno de Estresse Pós-Traumático-Versão Civil (PCL-C)</p>	<p>O ponto de corte para o PCL-C : 38 pontos: 17,22% (n = 47) dos participantes pontuaram acima ou igual a 38.</p> <p>O local de trabalho, a renda mensal média, a experiência de violência no local de trabalho e o nível de identidade</p>

	China		<p>Escala de Identidade Profissional (PIS) para enfermeiros</p> <p>Questionário de Intenção de Rotatividade (TIQ)</p>	<p>profissional foram fatores importantes e todos associados à gravidade do TEPT.</p>
08	<p>Stahl-Gugger e Hämmig</p> <p>2022</p> <p>Suíça</p>	<p>1.567 profissionais de saúde</p>	<p>Transversal</p> <p>Dados secundários</p> <p>Variáveis de exposição: violência e discriminação no trabalho;</p> <p>Variáveis de resultado: saúde geral e mental</p>	<p>Experiências de violência no trabalho: a intimidação ou mobbing foi a forma mais relatada (10%), seguida da violência verbal (7%), ameaças e humilhações (5%), assédio sexual (1%) e violência física (1%).</p> <p>No geral, 23% dos funcionários relataram pelo menos uma forma de discriminação ou violência no último ano, sendo enfermeiras e parteiras as mais afetadas (24%), seguidas por médicos e outros funcionários acadêmicos (23%), pessoal médico-terapêutico e médico-técnico (21%) e pessoal administrativo e de outros serviços (19%).</p> <p>As taxas de prevalência e odds ratio para fortes distúrbios do sono, fortes sentimentos de estresse e aumento dos sintomas de burnout foram entre 3 e 4 vezes maiores entre os mais expostos em comparação com o grupo não exposto de funcionários do hospital.</p>

09	Chen et al.,  2022  China	3.684 profissionais de saúde da linha de frente	<p>Transversal</p> <p>Amostragem por bola de neve</p> <p>Burnout: Chinese Maslach Burnout Inventory-General Survey (CMBI-GS)</p> <p>Violência: versão chinesa da Workplace Violence Scale</p>	<p>13,3% experimentaram alto esgotamento.</p> <p>A experiência de violência no último ano foi associada a alto burnout (OR 2,10, IC 95% 1,69 a 2,62).</p> <p>Os profissionais de saúde que sofreram abuso emocional, ameaça ou assédio sexual verbal eram mais vulneráveis ao alto burnout.</p> <p>Os profissionais de saúde que dormiam menos de 5 horas por dia eram mais vulneráveis ao alto burnout (19,1%, <math>p &lt; 0,001</math>).</p> <p>O abuso emocional, a ameaça e o assédio sexual verbal estavam associados ao alto esgotamento.</p>
10	Vance et al.,	1.134 internos	<p>Coorte longitudinal</p> <p>TEPT: Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5);</p>	<p>640 internos (56,4%) que relataram exposição a traumas relacionados ao trabalho; entre esses internos com exposição ao trauma, 123 (19,0%) testaram positivo para TEPT.</p> <p>No geral, 123 de 1.134 médicos em treinamento (10,8%) testaram positivo para TEPT no final do ano de estágio.</p>

	2021  EUA		Sintomas depressivos: PHQ9  Transtorno de ansiedade generalizada: GAD-7)	
11	Ali, Pihl-Thingvad e Elklit  2021  Dinamarca	250 funcionários de 18 alas psiquiátricas	Estudo de coorte prospectivo  Transtorno do estresse agudo foi avaliado usando uma versão dinamarquesa traduzida da escala de Transtorno de Estresse Agudo  TEPT: Harvard Trauma Questionnaire	82,4% mulheres e 17,6% homens.  O TEA mostrou-se significativamente relacionado ao TEPT no modelo final (OR 8,45, p < 0,001).  10,8% da equipe psiquiátrica em uma amostra dinamarquesa teve diagnóstico de TEA e 8% teve diagnóstico de TEPT após um incidente de violência.
	Motreff et al.,			A prevalência geral de TEPT e TEPT parcial foi, respectivamente, 4,8 e 15,7%, variando de 3,4% entre bombeiros a 9,5% entre policiais para TEPT, e de 10,4% entre profissionais de saúde a 23,2% para policiais para TEPT parcial.

12	2020  França	614 pessoas: bombeiros e voluntários, profissionais de saúde e policiais	Estudo transversal	Não ter treinamento sobre as possíveis consequências psicológicas desse tipo de intervenção traumática (ou seja, ataques terroristas) foi associado ao TEPT (OR = 4,88; IC 95% = 1,65–14,42).
13	Cannavò, et al.,  2019  Itália	323 profissionais	Estudo transversal retrospectivo  Entrevista individual  Uso dos questionários: Health Violence Questionnaire (QVS) e o Workers' Stress Perception Questionnaire (SPQR)	87% dos profissionais de saúde de emergência sofreram violência no local de trabalho por parte de pacientes ou seus familiares.  Mais da metade relataram múltiplas consequências em sua esfera emocional, em especial as do sexo feminino.  Um terço relatou aumento do consumo de tabaco, distúrbios alimentares e do sono e mudanças nas relações sociais para isolamento social e evitação de alguns lugares.  Os profissionais de saúde que sofreram violência frequente indicaram a falta de apoio da administração do hospital e da gestão do pronto-socorro como barreiras para denunciar a violência no local de trabalho.
	Seun-Fadipe, Akinsulore e Oginni	380 profissionais de saúde	Estudo transversal descritivo	As taxas de prevalência de violência no trabalho e risco de morbidade psiquiátrica foram de 39,9% e 38,5%.

14	2019  Nigéria			<p>A violência no local de trabalho é comum no ambiente de saúde, e uma proporção significativa de trabalhadores está em risco de desenvolver morbidade psiquiátrica.</p> <p>Necessidade evidente de programas destinados a prevenir a violência no local de trabalho nesse cenário.</p>
15	Gregory, et al.,  2019  França	680 médicos residentes	<p>Estudo transversal</p> <p>Escala de Impacto de Eventos-Revisada (IES-R – ponto de corte 33)</p> <p>Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)</p> <p>Análise estatística descritiva</p> <p>Regressão multinomial para a análise das variáveis HADS</p>	<p>Entre os entrevistados, 12,4% apresentavam alto risco de TEPT, sintomas relacionados à ansiedade e relacionados à depressão, foram encontrados em 11,2% e 2,4% dos entrevistados, respectivamente.</p> <p>2,5% apresentaram sintomas de ansiedade e depressão.</p> <p>31,8% foram expostos aos ataques terroristas de Paris.</p> <p>18,5% dos residentes expostos apresentavam alto risco de TEPT, em comparação com 9,5% não expostos ( <math>p = 0,001</math>).</p> <p>Mulheres expostas tinham maior risco de ter TEPT (59/150, 39,3%) em comparação com mulheres não expostas (96/343, 28%) ( <math>p = 0,001</math>).</p>

			Uso do R	
16	<p>Van Steijn et al.,</p> <p>2019</p> <p>Holanda</p>	<p>410 questionários elegíveis preenchidos por pediatras</p>	<p>Estudo transversal/questionário transversal</p> <p>Questionário de Triagem de Trauma (TSQ) e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS</p>	<p>Os estressores relacionados ao trabalho em pediatras holandeses são altos e podem, posteriormente, levar ao transtorno de estresse pós-traumático.</p> <p>Os pediatras assistentes têm significativamente mais sintomas depressivos de acordo com a HADS-D em comparação com os residentes ( P = 0,03).</p> <p>41,0% já pensou seriamente em deixar o emprego em algum momento de sua carreira. As razões mais comuns para isso foram (múltiplas respostas possíveis) desequilíbrio entre trabalho e vida privada (75,0%), alta carga de trabalho (68,5%), desutilidade (trabalhar fora do horário de trabalho; 44,6%), muito estresse (38,7%) e muita responsabilidade (37,5%).</p> <p>6% admitiram que estavam lidando com eventos adversos ao beber mais álcool e 1,2% ao tomar novos medicamentos.</p> <p>A ajuda psicológica profissional foi procurada por 9,8% e 16,1% abafou as emoções.</p>

17	<p>Palma, Ansoleaga e Ahumada</p> <p>2018</p> <p>Chile</p>	23 artigos	Revisão sistemática	<p>Os artigos medem principalmente a violência psicológica e externa e seus sujeitos são trabalhadores de hospitais.</p> <p>A violência é concebida como proveniente de dimensões organizacionais.</p> <p>Os facilitadores da violência estão relacionados à natureza do trabalho e as consequências mais estudadas estão relacionadas à saúde mental: são sintomas depressivos, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e estresse no trabalho.</p>
18	<p>Fang, et al.,</p> <p>2018</p> <p>China</p>	652 profissionais (médicos e enfermeiros otorrinolaringologistas)	<p>Estudo transversal retrospectivo</p> <p>Uso de questionário online e amostragem de conveniência.</p> <p>Regressão logística</p>	<p>O ato de sofrer violência física está associado a sintomas depressivos (dos entrevistados que sofreram violência física, 71,25% apresentaram sintomas depressivos)</p> <p>Médicos e enfermeiros otorrinolaringologistas que sofreram violência física (OR=1,82, IC 95% 1,06 a 3,12) apresentaram maior probabilidade de apresentar sintomas depressivos do que aqueles que não sofreram. Além disso, participantes com menos de 1 ano de experiência também eram mais propensos a sofrer de sintomas depressivos, enquanto aqueles com mais experiência eram progressivamente menos propensos a sofrer de sintomas depressivos.</p>

19	De Stefano, et al.,  2018  Paris - França	233 profissionais de saúde (profissionais e paraprofissionais)	Estudo transversal  Participação no local no resgate (variável de exposição) e número de sintomas de TEPT(variável resposta)	A participação foi associada a um maior número de sintomas de TEPT (RR = 1,34, P = 0,002) do que para os não participantes. Sexo feminino (RR = 1,39, P < 0,001) e treinamento básico (vs. avançado ou intermediário) para salvar vidas (RR = 1,42, P = 0,004) também foram associados a mais sintomas de TEPT. Os participantes do resgate tiveram 2,76 vezes mais risco de um provável diagnóstico de TEPT (OR = 2,76, P = 0,037), definido como relato de pelo menos seis sintomas de TEPT.
20	Bambi et al.,  2018  -	79 artigos originais	Revisão da literatura	<p>A violência lateral tem uma prevalência que varia de 1% a 87,4%, enquanto a prevalência de bullying varia entre 2,4% e 81%.</p> <p>As sequelas físicas e mentais podem atingir até 75% das vítimas.</p> <p>Os 10% dos enfermeiros intimidados desenvolvem sintomas de transtorno de estresse pós-traumático.</p> <p>O bullying é um fator preditivo de burnout (<math>\beta=0,37</math> <math>p&lt;0,001</math>) e apresenta correlação negativa com a eficiência no trabalho (<math>r=-0,322</math>, <math>p&lt;0,01</math>).</p> <p>Vítimas de bullying registraram absenteísmo 1,5 vezes maior em comparação aos pares não vítimas (IC 95%: 1,3-1,7). 78,5% dos enfermeiros vítimas de bullying com tempo de serviço inferior a 5 anos pediram demissão para mudar de emprego.</p>

21	<p>Hsieh et al.,</p> <p>2018</p> <p>Taiwan - China</p>	278 enfermeiras de alas psiquiátricas	Estudo transversal e correlacional.	<p>Das enfermeiras de enfermarias psiquiátricas agredidas, 75,9% apresentaram sintomas depressivos e aquelas com maior apoio familiar apresentaram sintomas depressivos significativamente menores.</p> <p>O apoio familiar faz a diferença de forma positiva na vida dos profissionais que sofreram agressão.</p>
22	<p>Sun, et al.,</p> <p>2017</p> <p>China</p>	2.617 questionários válidos	<p>Estudo transversal</p> <p>Uso de questionário on-line anônimo.</p> <p>Regressão linear hierárquica múltipla.</p> <p>Teste de Sobel</p>	<p>A violência no local de trabalho foi positivamente correlacionado com estresse psicológico (<math>r=0,382</math>, <math>p&lt;0,001</math>) e negativamente associado com qualidade subjetiva do sono (<math>r=-0,281</math>, <math>p&lt;0,001</math>) e saúde subjetiva (<math>r=-0,471</math>, <math>p&lt;0,001</math>).</p> <p>O estresse psicológico foi negativamente relacionado à qualidade subjetiva do sono (<math>r=-0,281</math>, <math>p&lt;0,001</math>) e à saúde subjetiva (<math>r=-0,464</math>, <math>p&lt;0,001</math>).</p> <p>A violência no local de trabalho foi associada ao estresse psicológico, à qualidade do sono e à saúde subjetiva.</p> <p>O estresse psicológico desempenhou um papel mediador na relação entre a exposição à violência e os danos à saúde.</p>

23	Shi, et al.,  2017  China	2.706 profissionais de saúde	Estudo transversal  Análise de regressão hierárquica	<p>A violência física foi positivamente associada aos sintomas de TEPT (<math>r=0,259</math>, <math>p&lt;0,001</math>).</p> <p>Homens expostos a eventos traumáticos eram mais propensos a apresentar sintomas de TEPT do que as mulheres.</p> <p>Depois de sofrer violência física, as mulheres provavelmente receberam mais apoio social do que os homens, sugerindo que as mulheres eram mais frequentemente consideradas como um grupo vulnerável.</p>
24	Graham,  2017  Canadá	01 enfermeira	Relato de caso	<p>Três categorias de fatores de risco associados ao desenvolvimento de transtorno de estresse pós-traumático: fatores pré-traumáticos, fatores peritraumáticos ou relacionados a trauma e fatores pós-traumáticos. Cada um desses fatores de risco pode contribuir para a probabilidade de um indivíduo desenvolver transtorno de estresse pós-traumático após um incidente traumático.</p>
			Estudo transversal	<p>Os profissionais de saúde apresentaram uma prevalência significativamente maior de transtorno mental menor (22% vs. 17%, <math>p &lt; 0,001</math>) em relação ao grupo comparatório. Tinham maior probabilidade de trabalhar mais horas, turnos fora do padrão, maiores demandas psicológicas, maior controle do trabalho e mais violência no local de trabalho.</p>

25	Cheng e Cheng,  2017  Taiwan - China	349 profissionais de saúde	Modelo de regressão logística multivariada para as associações  Medidas de saúde mental: escala de classificação de sintomas breves de cinco itens (BSRS-5)  Questões psicossociais: versão chinesa do Job Content Questionnaire	Os profissionais de saúde sofreram vários tipos de violência no local de trabalho.  Menor justiça no local de trabalho, insegurança no trabalho e experiência de violência no local de trabalho foram significativamente relacionados com um risco aumentado de transtorno mental menor.  Um quarto dos profissionais de saúde sofreu violência no local de trabalho no ano passado e tal experiência foi fortemente associada a um risco aumentado de transtorno mental menor.
26	Moylan et al.,  2016  EUA	57 enfermeiras	Estudo descritivo transversal	Os resultados do estudo mostraram que, se grupos de apoio especializados estivessem disponíveis, 57% dos enfermeiros podem estar interessados em frequentá-los, e 41% estariam interessados em frequentá-los. Essas enfermeiras também relataram múltiplos sinais e sintomas de transtorno de estresse pós-traumático.
				Um em cada 6 médicos relatou ter sofrido um ataque físico e 3 em cada 5 abuso verbal no trabalho nos últimos 12 meses.

27	Zafar et al.,  2016  Paquistão	179 médicos	Estudo transversal	Um em cada 6 médicos apresentou resultado positivo para TEPT e 2 em 5 para ansiedade e depressão atuais. Houve comorbidade significativa de sofrimento mental com TEPT. Aqueles que relataram sofrer ataques físicos tiveram 6,7 vezes mais chances de relatar sintomas de TEPT. Também encontramos altas taxas de burnout (42,4% exaustão emocional; 72,9% despersonalização) entre os médicos.
28	Somville, De Gucht e Maes  2016  Bélgica	152 médicos	Estudo transversal  Uso do PHQ 15 (queixas somáticas)  O sofrimento psicológico foi avaliado por meio da versão holandesa validada do Brief Symptom Inventory (BSI)  Análises de regressão hierárquica	Um em cada três médicos de emergência atingiu níveis subclínicos de ansiedade e 14,5% atingiu um nível clínico de TEPT.  Tudo isso não afeta apenas os próprios médicos de emergência, mas também pode ter um impacto adverso no atendimento ao paciente.  75% ( n = 114/152) dos entrevistados relataram um ou mais eventos traumáticos nos últimos 6 meses. Apenas um quarto dos entrevistados relatou não ter enfrentado nenhum evento traumático nos últimos 6 meses.  'Lidar com a morte súbita inesperada de um jovem' e 'acidente/doença traumática envolvendo um jovem' foram considerados os eventos mais angustiantes por 26% e 10% dos Médicos de Emergência, respectivamente.

				<p>14,5% atingiram níveis clínicos indicativos de TEPT. 10,5% um nível clínico de ansiedade. Para depressão 7,9% o nível clínico.</p> <p>No que diz respeito ao sofrimento psíquico a maior parte da variância foi explicada pela ocorrência de violência e principalmente situações que aumentam o risco de burnout.</p> <p>A ocorrência de violência está relacionada com sofrimento psíquico, fadiga percebida e queixas somáticas, enquanto a ocorrência de situações que aumentam o risco de burnout está relacionada com todos os desfechos.</p>
29	<p>Hsieh, et al.,</p> <p>2016</p> <p>Taiwan - China</p>	180 enfermeiros	Pesquisa transversal e correlacional	Um total de 159 (88,33%) enfermeiros sofreram violência física ou verbal por parte de pacientes ou familiares. A resiliência e o apoio dos pares foram significativamente maiores no grupo sem tendência depressiva.
30	<p>Gómez-Gutiérrez et al.,</p> <p>2016</p>		Estudo transversal	A experiência de agressão com medo, desamparo ou horror está associada à presença de sintomas pós-traumáticos relacionados à reexperiência, mas não está relacionada à evitação e entorpecimento e excitação emocional. Além

	Madri-Espanha	358 profissionais de saúde		disso, a percepção da agressão como grave foi associada à presença de sintomas relacionados à revivência.
31	Da Silva, et al.,  2015  Região Sudeste – Brasil	2.940 trabalhadores	Estudo transversal  Uso do PHQ9  Regressão logística multinomial	36,3% (IC 95% 34,6–38,1) apresentaram sintomas depressivos intermediários e 16% (IC 95% 14,6–17,2), provável depressão maior.  As frequências de exposição aos diferentes tipos de violência no trabalho foram: insultos (44,9%), ameaças (24,8%), agressão física (2,3%) e testemunho de violência (29,5%).  Essas exposições foram forte e progressivamente associadas a sintomas depressivos (odds ratio ajustado 1,67 para exposição a um tipo de violência; e 5,10 para todos os quatro tipos) e provável depressão maior (odds ratio ajustado 1,84 para um tipo; e 14,34 para todos os quatro tipos).
32	Zerach e Shalev  2015	196 enfermeiros israelenses: enfermeiras psiquiátricas (grupo de	Estudo transversal descritivo	Enfermeiras psiquiátricas israelenses relatou níveis mais altos de sintomas de transtorno de estresse pós-traumático e traumatização secundária, mas níveis mais baixos de crescimento pós-traumático vicário, em comparação com enfermeiras comunitárias.

	Israel	pesquisa); e enfermeiros de clínica comunitária (grupo de comparação).		Enquanto os sintomas de traumatização secundária foram positivamente relacionados ao crescimento pós-traumático vicário entre as enfermeiras comunitárias os sintomas de TEPT e traumatização secundária foram negativamente associados entre as enfermeiras psiquiátricas israelenses. As enfermeiras psiquiátricas são uma população de risco para resíduos de estresse relacionados ao trabalho.
33	Shamia, Thabet e Vostanis  2015  Faixa de Gaza - Palestina	274 enfermeiras	Estudo transversal	<p>Dos enfermeiros, 19,7% relataram TEPT completo. Houve uma relação significativa entre eventos traumáticos e escores de TEPT; bem como entre eventos traumáticos relacionados à comunidade e crescimento pós-traumático. Os participantes relataram uma série de eventos traumáticos, mas o TEPT e os escores de crescimento pós-traumático foram mais fortemente associados à comunidade do que aos traumas relacionados ao trabalho.</p> <p>Os profissionais de enfermagem experimentaram altos níveis de angústia 2 anos após um período agudo de conflito, tanto como civis quanto como profissionais de saúde.</p>
	Baby, Glue e Carlyle	14 participantes:		As lesões sofridas pelos enfermeiros incluem lacerações, traumatismos cranianos, luxações e contusões. Danos psicológicos também ocorreram, incluindo problemas de saúde mental bastante graves, como transtorno de estresse pós-traumático.

34	2014  Nova Zelândia	enfermeiras de saúde mental	Análise temática	As estratégias de proteção para combater as consequências negativas da violência no local de trabalho incluem a prática de autodefesa, apoio social e uma cultura de apoio e consulta no local de trabalho com acesso a serviços de aconselhamento e assistência em todos os aspectos, inclusive financeiro.
35	Gong et al.,  2014  Shenzhen-Província de Guangdong (sul da China)	2.641 médicos	Estudo transversal  Análise de regressão logística multivariada	<p>Mais de 10% dos participantes vivenciaram violência no local de trabalho com frequência e 63,17% às vezes. A ansiedade e sintomas depressivos foram associados com saúde física auto-referida, violência frequente no local de trabalho, longas horas de trabalho (mais de 60 horas por semana), turnos noturnos frequentes (duas ou mais por semana) e falta de atividades regulares.</p> <p>Os médicos que frequentemente sofreram violência no local de trabalho tinham quase sete vezes mais chances de ficarem ansiosos e quatro vezes mais chances de ficarem deprimidos em comparação com aqueles que raramente ou nunca a enfrentavam.</p>
			Estudo transversal  Estressores psicossociais: versão sueca do questionário	<p>Fortes associações entre estresse pós-traumático e exposição ao bullying severo indicam que o bullying é uma fonte significativa de saúde mental.</p> <p>Alta prevalência de bullying entre os médicos de família na Lituânia, com 13% deles sofrendo bullying grave no local de trabalho e 17,3% enfrentando mais incidentes ocasionais</p>

36	Malinauskiene e Einarsen  2014  Lituânia	323 médicos	Karasek Demand-Control  Modelos de regressão logística multivariada foram usados para investigar a associação entre a variável dependente (sintomas de estresse pós-traumático medidos por o IES-R) e todas as variáveis independentes	de bullying. A prevalência de sintomas de estresse pós-traumático também foi alta, com 15,8% de pontuação acima dos limites de corte padronizados para transtorno de estresse pós-traumático. A razão de chances (OR) de bullying severo para estresse pós-traumático após ajuste para idade e sexo foi de 8,05 (intervalos de confiança de 95% (IC): 3,80-17,04). No modelo totalmente ajustado aumentou para 13,88 (IC 95%: 4,68-41,13) indicando efeitos cumulativos de todos os estressores investigados.
37	Jacobowitz  2013  EUA	-	Revisão de literatura	Os enfermeiros psiquiátricos estão sujeitos a uma alta taxa de agressão por parte dos pacientes. O estresse da exposição à agressão e o potencial para agressão parecem afetar os estados emocionais dos enfermeiros na forma de estresse pós-traumático e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). A maioria dos estudos relata uma taxa de prevalência de TEPT nessa população de 9 a 10%.
	Gillespie et al.,  2013	208 trabalhadores do pronto-socorro	Estudo transversal descritivo	Menos da metade dos trabalhadores do pronto-socorro relataram sintomatologia de estresse traumático; no entanto,

38	EUA			a agressão no local de trabalho tem o potencial de afetar adversamente a saúde mental dos trabalhadores do pronto-socorro.
39	Razik , Ehring , Emmelkamp  2013  Paquistão	125 trabalhadores de emergência paquistaneses	<p>Estudo transversal</p> <p>Escala de Impacto de Eventos Revisada (IES- R) TEPT</p> <p>Questionário de Ansiedade e Depressão do Paquistão (PADQ)</p> <p>Sintomas somáticos associados à ansiedade e à depressão foram avaliados com a versão de 44 itens do Inventário Somático de Bradford (BSI)</p> <p>Testes de Kolmogoroff- Smirnov</p>	<p>80% dos trabalhadores havia sido exposto a ataques terroristas.</p> <p>As profissões incluíam bombeiros, equipe de resgate de emergência, motoristas de veículos de emergência, equipe médica e técnicos.</p> <p>A maioria dos participantes (80%) foi exposta a pelo menos um ataque terrorista ou suas consequências como parte do trabalho.</p> <p>15% dos participantes expostos a ataques terroristas tiveram escores IES-R indicando um provável diagnóstico de TEPT,</p> <p>11-16% dos participantes relataram níveis elevados de ansiedade ou depressão.</p>

			Regressão múltipla stepwise	
40	Gascon et al.,  2013  Espanha	1.826 trabalhadores de saúde	Estudo retrospectivo	<p>Onze por cento dos entrevistados foram agredidos fisicamente em pelo menos uma ocasião, enquanto 34,4% sofreram ameaças e intimidações em pelo menos uma ocasião e 36,6% foram submetidos a insultos. Ambas as formas de violência, agressão física e não física, apresentaram correlações significativas com sintomas de burnout (exaustão emocional, despersonalização e ineficácia).</p> <p>O excesso de carga de trabalho, incompatibilidade na congruência de valores, ou conflito interpessoal, contribui de maneira significativa para cada uma das dimensões de esgotamento, adicionando sobrecarga ao processo de exaustão-cinismo-falta de realização.</p> <p>Os profissionais de saúde estão entre os mais expostos a transtornos decorrentes de riscos psicossociais e uma alta comorbidade: ansiedade, depressão, etc.</p>
41	Magnavita e Heponiemi	1166 trabalhadores	Estudo transversal	<p>A prevalência de agressão física em profissionais de saúde manteve-se bastante estável durante o período em análise (8,2% em 2005, 9,2% em 2007, 9,9% em 2009; qui-quadrado de Pearson <math>p = 0,685</math> ).</p>

	<p>2012</p> <p>Itália</p>		<p>Regressão logística</p>	<p>As agressões físicas e as ameaças dirigidas ao sexo masculino foram ligeiramente mais frequentes do que ao sexo feminino.</p> <p>Enfermeiros e médicos: mais expostos a agressões físicas e ameaças.</p> <p>A ocorrência de violência no local de trabalho foi gravemente subnotificada às autoridades de saúde ou policiais.</p> <p>As consequências da violência física e não física incluíram raiva, decepção, ansiedade, angústia e a intenção de mudar para outro local de trabalho ou exercer funções profissionais de forma diferente.</p> <p>O estresse relacionado ao trabalho medido pelo modelo de demanda/controle/apoio e pela justiça organizacional e distúrbios psicológicos pareceram estar associados à violência não física após ajuste para idade, sexo, tipo de trabalho e tipo de departamento. Em particular, alta demanda, baixo apoio, baixa justiça organizacional e altos escores de distúrbios psicológicos foram associados à violência não física (<math>p &lt; 0,001</math>). Os trabalhadores que relatam violência verbal interna entre trabalhadores</p>
--	---------------------------	--	----------------------------	---

				manifestaram baixo controle ( $p < 0,05$ ), baixo apoio ( $p < 0,001$ ), baixa justiça ( $p < 0,001$ ) e altos distúrbios psicológicos ( $p < 0,001$ ).
42	Gates , Gillespie e Succop  2011  EUA	-	Estudo transversal	Noventa e quatro por cento dos enfermeiros experimentaram pelo menos um sintoma de transtorno de estresse pós-traumático após um evento violento, com 17% tendo escores altos o suficiente para serem considerados prováveis para TEPT. Além disso, houve relações indiretas significativas entre sintomas de estresse e produtividade no trabalho.
43	Saeki, et al.,  2011  Japão	758 médicos respondentes	-  Regressão de Poisson  Regressão logística múltipla	A taxa de incidência de violência relacionada ao trabalho foi de 0,20 [95% CI: 0,17-0,24] x 10 <sup>-3</sup> por hora de prática. As taxas de incidência ajustadas de violência aumentaram significativamente entre os médicos 1) com uma carreira mais curta (11,0; IC 95%: 5,0-24,2), 2) trabalhando em uma região com a renda tributável média mais baixa (1,6; 1,1-2,4) e 3) cujas especialidades foram dermatologia (3,8; 2,3-6,3), psiquiatria (2,7; 1,3-5,6) e oftalmologia (1,9; 1,2-3,2).  26 médicos (8,2%) apresentaram sintomas sugestivos de TEPT devido ao incidente mais grave.

Fonte: dados da pesquisa

## 2. Justificativa

Trabalhadores/as da saúde lidam diariamente com o sofrimento humano, além de enfrentarem situações constrangedoras e até mesmo que ameaçam sua integridade física e/ou mental. O sofrimento psíquico advindo das práticas laborativas destes profissionais geram prejuízos para além dos muros institucionais, interferindo nas relações interpessoais do sujeito, como demonstra Fernandes, Soares e Silva (2018). As autoras apontam que pode ocorrer sobrecarga física e psíquica no trabalho em saúde, com um trabalho de alta demanda, o que, muitas vezes, se soma a um eventual déficit de funcionários. Tal contexto forma um cenário de fatores psicossociais propício para que este trabalhador/a se torne adoecido, tanto na sua esfera física quanto mental.

No ano de 2020, as questões supramencionadas foram intensificadas com a chegada da mais nova pandemia da história, a de SARS-CoV-2. Diante do novo cenário de instabilidade mundial, várias medidas em prol da saúde pública precisaram ser adotadas no Brasil e no mundo, dentre elas ressalta-se a reorganização dos serviços de saúde nos diferentes níveis assistenciais (Ascom SE/UNA-SUS, 2020, BRASIL – MS - a, 2020). Teixeira et al. (2020) salientam que problemas crônicos decorrentes de baixos investimentos e congelamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) foram exacerbados nesse processo, atingindo por conseguinte os trabalhadores e trabalhadoras da saúde, que passaram a atender altas demandas em meio a precarização da força de trabalho.

Atos violentos foram observados e podem ter se agravado neste período. Porém, Almeida, Filho e de Andrade Marques (2017) discutem que, mesmo antes da pandemia, os profissionais desta área são alguns dos mais atingidos por ações deste tipo, e que tem se mostrado uma tendência ao crescimento da violência ocupacional. A prevalência encontrada por eles, de violência no local de trabalho, variou entre 58,2% e 88,9%, sendo que a agressão verbal abarcou 100% dos trabalhadores/as, e os atores perpetradores foram em sua maioria pacientes (93,5%) e acompanhantes (87%), que justificam suas ações mediante a demora no atendimento, escassez recursos e infraestrutura.

Com essa interação negativa no ambiente de trabalho, sérios distúrbios emocionais e psicológicos podem ser desencadeados, levando sobretudo ao adoecimento psíquico do indivíduo (OIT, 1986). A ocorrência dos TMC pode ser classificada nesta seara, pois os escritos demonstram que assim como situações violentas, os fatores psicossociais desfavoráveis, também contribuem para ocorrência do adoecimento psíquico (LEONEL, 2021). Estudos

internacionais reforçam este fato, expondo que situações prevalentes de violência no trabalho além de diminuir a produtividade são capazes de incentivar o aumento de casos da síndrome de burnout (SAJEDIAN, 2023).

A literatura tem evidenciado que a temática da violência no setor saúde é investigada tanto nacionalmente quanto internacionalmente, em grande parte apenas em profissionais da saúde, sendo excluídos os demais trabalhadores/as desse setor, tais como agentes de transporte, higienização, pessoal administrativo, entre outros. O mesmo foi observado em relação aos estudos sobre TMC, nos quais a problemática psíquica foi explorada grande parte apenas em profissionais da saúde, excluindo todos outros trabalhadores/as. Além disso, os estudos têm tratado da questão da violência e dos problemas de saúde mental isoladamente, de modo que poucos estudos analisaram a associação direta entre violência e transtornos mentais no trabalho em saúde, e não diferenciam os achados entre o público feminino e masculino, do mesmo modo não analisam diferenças entre atenção primária e secundária.

No Brasil, a maior fatia das produções de escritos relacionados ao tema concentrou-se no Sul e Sudeste, sendo uma minoria das publicações na Região Nordeste, abordando apenas o fenômeno da violência entre os profissionais de forma isolada, assim como as questões de cunho mental. Apenas um estudo nordestino avaliou tanto a violência quanto TMC em ACS, porém, para efeito de investigação, foram incorporados outros tipos de violência no estudo, como por exemplo a violência urbana e doméstica. Ademais, nenhum escrito retrata a ênfase da relação existente entre violência e TMC em trabalhadores/as da saúde na Bahia e no nordeste brasileiro.

Diante disso, a pesquisa proposta buscará responder a seguinte questão de investigação: qual a relação entre violência no trabalho e TMC em trabalhadores/as da atenção primária e secundária à saúde em 03 municípios baianos? Espera-se, com isso, contribuir para o entendimento do tema, assim como o direcionamento e planejamento de ações de saúde voltadas a esses profissionais, favorecendo à redução de impactos aos processos de trabalho/saúde e minimizando danos aos profissionais, principalmente na esfera mental.

### **3. Marco Teórico**

#### **3.1 Precarização do trabalho**

Desde os primórdios das civilizações na Antiguidade Clássica, o ato do labor está presente no cotidiano humano, seguindo a priori duas vertentes: a elite dominante encarregava-

se pelo desempenho de atividades ligadas ao intelecto, enquanto as funções penosas braçais, designadas subalternas, eram realizadas por mão de obra escravizada, oriunda das guerras. Com o advento da revolução industrial, suas relações modificaram-se trazendo celeridade no desenvolvimento dos processos, assim como trouxe nova ressignificação do seu conceito (ORNELLAS E MONTEIRO, 2006).

O trabalho em si é visto na atualidade como essencial a vida humana, uma vez que identifica o sujeito quanto ser ativo, produtivo, autossuficiente no provimento do seu sustento, lhe imputando também o reconhecimento social e valorização pessoal. A relação entre homem e trabalho tem se modificado ao longo do tempo, assim como o processo de trabalho em si, atendendo ao novo modelo do capitalismo flexível e precarização do trabalho, que visa acumulação do capital. No referido modelo, o ser humano é visto como mercadoria descartável, substituível, enfraquecendo as relações de vínculo entre empregador e empregado (NOGUEIRA, 1982; ARAÚJO; PALMA; ARAÚJO, 2017 e SANTOS; ZASG, 2003).

Tal enfraquecimento pode ser visto em diversas áreas de atuação, dentre elas no setor da saúde, alçando visibilidade especialmente no período da pandemia de COVID-19. Entretanto, como enfatiza Morosini (2016) apud. Cingolani (2007), o fenômeno da precariedade e precarização não é algo novo, sendo discutido desde o século XX, obtendo notoriedade ao fim da década de 1970 pela sociologia do trabalho. Apesar do trabalho em saúde não ser considerado produtivo na perspectiva da manufatura, uma vez que o fruto do seu trabalho é de certa forma “consumido” no ato da prestação do serviço, os anseios capitalistas também influenciam neste processo (MOROSINI, 2016).

A ferrenha disputa do setor privado no Brasil com o Sistema Único de Saúde reflete nas políticas públicas de saúde, estabelecendo as mais variadas formas de precarização neste setor, vista por exemplo na prestação de serviços privados na rede pública, a partir da relação firmada entre entidades públicas e o terceiro setor, trazendo para o ambiente público a gestão de serviços produtivista (ANTUNES, 2021 e MOROSINI, 2016).

Com isso, os novos modelos gerenciais influem diretamente nos fatores psicossociais, à medida que ditam mudanças no processo de trabalho neste setor, prezando sua otimização e racionalidade dos recursos, além de enfraquecerem as relações trabalhistas, firmada na confiança e solidariedade, fazendo com que os trabalhadores/as enxerguem o ambiente laboral como um local competitivo, solidificado no regime produtivista (DEJOURS, 1995 e MOROSINI, 2016).

### 3.2 Trabalhadores/as da saúde

Compreende-se como trabalhadores/as da saúde segundo o Ministério da Saúde (BRASIL – MS – b, 2020), todo indivíduo que desempenha atividades laborativas nos serviços de saúde, sejam eles profissionais da área (médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos, farmacêuticos, médicos veterinários, etc.) e trabalhadores/as de apoio (cozinheiros, agentes de transporte, segurança, motoristas de ambulância, agentes de limpeza, etc.), que exercem o labor em espaços destinados à assistência direta em instituições prestadoras de cuidado (clínicas, hospitais, laboratórios, dentre outros) ou domicílio (parteiras/doulas, cuidadores de idosos), e aqueles também que atuam frente a vigilância (pessoal de logística, administrativo, etc.).

### 3.3 Atenção primária e secundária à saúde

#### 3.3.1 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS), também conhecida como Atenção Básica, é caracterizada como porta de entrada dos usuários ao SUS, compreendida como um conjunto de medidas de saúde individuais e coletivas que incluem promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e cuidados de saúde, objetivando assim, assistir integralmente o indivíduo. Para ofertar esses serviços, A APS constitui-se por Unidades Básicas de Saúde e equipes de Estratégias de Saúde da Família, compostas por equipe multiprofissionais (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, Agente Comunitário de Saúde, cirurgião dentista, Técnico/auxiliar em Saúde Bucal) (BRASIL, 2011).

O processo de trabalho das equipes de APS, diferem-se dos demais níveis assistenciais, uma vez que seus serviços além estarem centrados nas demandas territoriais (priorizando intervenções clínicas e/ou sanitárias), também realizam ações educativas com o propósito de interferir no processo de saúde-doença, buscando a qualidade de vida a todos da comunidade. Por assumir tais características, os trabalhadores/as da APS estabelecem relações de vínculos com os usuários, por meio de ações coordenadas, onde o indivíduo e seus familiares são componentes do objeto de trabalho, cujo saberes e métodos são os instrumentos para implementação da atenção (BRASIL, 2011; FONTANA, LACERDA E MACHADO, 2016).

Tais relações podem ser desafiadoras, uma vez que os trabalhadores/as lidam com altas demandas de usuários, além de muitas equipes estarem subdimensionadas e atuando com a

ausência de recursos básicos (OLIVEIRA E CORIOLANO-MARINUS, 2016; NOBRE ET AL., 2016). Este fato além de contribuir para sobrecarga laboral, pode gerar situações de tensões entre usuário e trabalhador/a, tornando os trabalhadores/as mais vulneráveis e expostos a situações violentas.

### 3.3.2 Atenção Secundária/Média Complexidade

A atenção secundária à saúde, destina-se a assistência intermediária do usuário, à medida que oferta serviços especializados tanto no âmbito ambulatorial quanto hospitalar, com aparato tecnológico médio, entre os disponibilizados na atenção primária e terciária. Também conhecida como média complexidade, a atenção secundária faz parte da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo responsável pelos atendimentos especializados (Policlínicas), atendimentos de urgências e emergências (por meio das Unidades de Pronto Atendimento – UPA, Serviço Móvel de Urgência – SAMU) e aqueles destinados ao apoio diagnóstico e terapêutico (CAPS) (BRASIL, 2010; ERDMANN, et al., 2013).

Diferentemente da APS, que assistem as demandas do território e estabelecem relações de vínculo com os usuários, a atenção secundária, acolhe em livre demanda os atendimentos de urgência, além de assistirem as solicitações reguladas pelo Sistema de Regulação do SUS (Sisreg) e aquelas referenciadas pela APS; assim, a média complexidade atende tanto as necessidades territoriais quanto as extraterritoriais, uma vez que seus serviços podem ocorrer mediante parcerias intermunicipais, contratos e/ou até mesmo convênios (ERDMANN, et al., 2013).

Erdmann et al., (2013), pontuam que “a falta de resolutividade da atenção básica, a existência de demanda reprimida, a restrição de acesso, a falta de agilidade aos serviços de referência, a indefinição de fluxos de referência e contrarreferência [...]” são aspectos que em confluência a baixos investimentos financeiros, e infraestrutura precária, prejudicam e comprometem o funcionamento deste nível assistencial. Tais fragilidades, além de gerarem um ambiente de trabalho desafiador e desfavorável, com sobrecarga de trabalho, quando somadas ao desconhecimento dos usuários quanto ao fluxo de atendimento e organização dos serviços, podem propiciar condições ideais para que situações de conflitos e embates entre trabalhadores/as e usuários aconteçam, aumentando dessa forma a exposição dos trabalhadores/as a situações adversas, dentre elas, a violência.

### 3.4 Fatores psicossociais do trabalho

Os aspectos e/ou fatores psicossociais podem ser denominados segundo a Organização Internacional do Trabalho (1986), como sendo fruto das interações estabelecidas entre o trabalhador/a, o ambiente laboral e as condições organizacionais, ou seja, envolve questões individuais dos trabalhadores/as, bem como sua interação com o ambiente laboral. Quando tal interação torna-se negativa, podem levar ao indivíduo ao chamado estresse ocupacional, conforme discutido por Robert Karasek (KARASEK;THEÖRELL, 1990), situação em que distúrbios emocionais e psicológicos podem ser desencadeados, levando sobretudo ao adoecimento psíquico do indivíduo (OIT, 1986).

O estresse ocupacional, de acordo com Karasek (KARASEK;THEÖRELL, 1990), está intimamente ligado as características psicossociais pertinentes ao trabalho, sendo avaliado a partir do modelo bidimensional demanda-controle. O estresse ocupacional então acontece como resultado da interação entre a capacidade de resposta do trabalhador/a em lidar com as situações, e o ambiente estressor em que está inserido, ou seja, aponta o controle do trabalhador/a frente as demandas psicológicas pertinentes ao trabalho. Atividades laborais de alto desgaste/alta demanda, podem vulnerabilizar o indivíduo a riscos ocupacionais, à medida que o mecanismo fisiológico do estresse de forma prolongada, podem provocar lesões corporais e transtornos mentais como resposta a estímulos intrínsecos e/ou extrínsecos (BOFF e OLIVEIRA, 2021; ALVES et al., 2004).

Complementando o pensamento de Karasek, Siegrist (1996) aponta que todo ser humano emprega certo esforço afim de receber uma recompensa, inclusive no ambiente de trabalho. O trabalhador/a empenha-se para algo, esperando um retorno positivo, seja em forma de reconhecimento ou até mesmo na espera do salário, e quando isso acontece suas expectativas empregadas são supridas de forma positiva. Contudo, quando ocorre o oposto, observa-se um certo desequilíbrio entre o esforço dispendido e a recompensa recebida, propiciando espaços para o surgimento de estímulos negativos, como: sentimentos de tristeza, impotência, desvalorização, que podem desencadear diversas desordens, incluindo os TMC.

### 3.5 Violência no trabalho

A prática da violência existe desde os primórdios das civilizações, onde em busca de domínio, soberania e poder, o homem emerge como ator principal praticante de atos agressivos,

principalmente no fomento a confrontos e guerras. A violência no local de trabalho é apontada por Silveira (2018, p.1239) como "todo e qualquer comportamento voluntário de ameaça, insulto, agressão física e agressão verbal dirigido a pessoas trabalhando, quer sejam alvos intencionais ou acidentais." Nesta direção, a violência de modo geral é tida como um ato público, perceptível, capaz de gerar danos físicos e mentais (OLIVEIRA et al., 2020).

Eventos dessa natureza podem ocorrer em diversas áreas, incluindo espaços destinados à prestação de cuidados da saúde. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2016) reitera que os profissionais de saúde são alvos desses eventos, que podem ocorrer tanto verbalmente quanto fisicamente, uma vez que o trabalhador/a lida diretamente com questões delicadas, que podem gerar no indivíduo assistido o sentimento de revolta, medo e frustrações, fazendo com que o trabalhador/a seja visto como uma espécie de “depósito” para externalização de sentimentos negativos, no ato de angústia e desespero (DE ALMEIDA; FILHO; DE ANDRADE MARQUES, 2017).

Além de interferirem nos processos de trabalho, a violência ocupacional na área da saúde, pode gerar impactos imensuráveis na saúde do indivíduo acometido, na esfera física e mental, além de refletir também na sociedade, uma vez que seus desfechos geram gastos públicos, aposentadorias precoces, elevação do número de suicídio, dentre outros (OLIVEIRA et al., 2020).

### 3.6 Transtornos Mentais Comuns

Goldberg e Huxley, no ano de 1992, definiram os Transtornos Mentais Comuns como sendo um conjunto de sintomas como: esquecimento, ansiedade, alterações do sono, tristeza, dentre outros, de característica não psicótica que podem afetar o convívio do indivíduo em sociedade. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS - a, 2022), os serviços destinados ao atendimento mental têm crescido de número globalmente, o que se evidenciou sobretudo pela pandemia de COVID-19. As metas estabelecidas para o ano de 2020 pela OMS precisaram ser estendidas por mais 10 anos, a fim de que particularidades desta temática fossem incluídas.

Segundo estimativas do Global Burden of Disease (OPAS - b, 2022), o público mais atingido por desordens mentais desde o início da pandemia de Sars-Cov-2, foram mulheres, jovens e trabalhadores/as da saúde (TAUSCH et al., 2022). Cabe ressaltar que a pandemia em questão não foi, sozinha, a causadora dos problemas de saúde mental verificados em

trabalhadores/as da saúde, sendo que ela evidenciou problemas pregressos envolvidos no ambiente laboral destes profissionais.

No Brasil, os Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT) possuem caráter de notificação compulsória desde 2004 pela Portaria do Ministério da Saúde Gabinete do Ministro nº 777 (BRASIL, 2004), e segundo a ficha de investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN, s.d.), os TMRT são compreendidos como “Todo caso de sofrimento emocional em suas diversas formas de manifestação tais como: choro fácil, tristeza, medo excessivo, [...] ansiedade, taquicardia, [...] insegurança, [...] que podem indicar o desenvolvimento ou agravamento de transtornos mentais”. Jesus (2019) acrescenta ainda que entre os anos de 2006 a 2016, foram realizadas 5790 notificações de TMRT, as quais, em sua grande maioria, eram de mulheres entre 30 e 49 anos, adoecidas sobretudo por reações ao estresse.

Não apenas no Brasil essa temática vem sendo discutida no âmbito da saúde do trabalhador e da trabalhadora. De maneira abrangente, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), reconhece as desordens mentais como uma das causas que mais trazem incapacidade ao trabalhador/a e que se relaciona com o trabalho, sendo o transtorno mental, especificamente, uma das 3 causas mais incapacitantes, fruto dos fatores psicossociais (OIT, 2010; 1986).

Assim como no Brasil, a OIT também dispõe de uma lista de doenças profissionais, revisada no ano de 2010, organizando-se em categorias e subcategorias. A primeira categoria lista doenças causadas pela exposição a agentes resultantes das atividades de trabalho, subdividindo-se em agentes físicos, químicos, biológicos e doenças infecciosas ou parasitárias. Já a segunda, trata das doenças profissionais segundo o órgão ou sistema afetado, e é nesta classe que as desordens mentais de modo geral estão incluídas (OIT, 2010).

### 3.7 Modelo Teórico

O modelo teórico proposto para este estudo engloba aspectos econômicos, sociais, psicossociais, comportamentais (e suas interações com fatores biológicos) que podem impactar a saúde dos(as) trabalhadores(as) da saúde, sobretudo os desfechos de saúde mental. Recentemente, a pandemia de COVID-19 demonstrou um aumento significativo no registro de transtornos mentais, uma vez que os trabalhadores/as da saúde passaram a atender altas demandas, em meio a precarização da força de trabalho (TEIXEIRA et al., 2020).

A conjuntura social (incluindo aspectos como sexo e gênero, renda, escolaridade, entre outros) na qual estão inseridos tais indivíduos é um fator de grande influência para o trabalho

em saúde, devendo ser avaliada e considerada nos estudos epidemiológicos. Por meio dela, o trabalhador/a é forjado, ocupando assim um lugar na organização do trabalho, e, através dessa conjuntura, é possível a compreensão da ocorrência de vários fenômenos, dentre eles, a violência no local de trabalho (YAZBEK, et al., 2021)

Ao avaliar a questão da renda, por exemplo, observa-se que aqueles indivíduos com alto poder aquisitivo possuem acesso ao ensino e qualificações que o possibilitarão a ocupação de funções de alta complexidade, que exigem maior qualificação, cargos de chefia e funções de maior remuneração e status, como as desempenhadas por alguns profissionais de saúde, que, em certa medida, podem distanciar esses(as) trabalhadores(as) da realidade cotidiana dos usuários dos serviços de saúde. Em contrapartida, aqueles com baixo poder aquisitivo tendem a não ter acesso à educação de qualidade, ocupando atividades braçais, de apoio e de contato mais direto com os usuários dos serviços. São os usuários dos serviços, frente às dificuldades e contradições dos serviços de saúde, que, boa parte das vezes, são os perpetradores da violência laboral. Do mesmo modo, ponderando o quesito sexo, se é observado que mesmo tendo qualificação, as posições de chefia ainda em grande parte estão ocupadas por homens, replicando o mesmo cenário sobredito; e quando tais posições estão ocupadas por mulheres, há disparidades monetárias, refletindo as raízes históricas de relações de poder e gênero (BARROS, HENRIQUES e MENDONÇA, 2002; HOFFMANN, 2000; DE ALMEIDA; FILHO; DE ANDRADE MARQUES, 2017 e MILTERSTEINER, 2020).

A violência contra os trabalhadores/as da saúde pode ocorrer tanto de forma verbal quanto física e é promovida principalmente por usuários e seus acompanhantes. Entretanto, os colegas de trabalho também podem ser perpetradores, por meio das relações estabelecidas no ambiente de trabalho. Quando eventos dessa natureza acontecem, independente do seu agente causador, danos para além da esfera física podem ser ocasionados. Sentimento de fracasso, desesperança, desânimo e impotência podem fomentar e/ou decorrer do estresse ocupacional, ao mesmo tempo que, independentemente da jornada e do volume de trabalho sobre o trabalhador/a, também é exigido que ele atenda as expectativas de produtividade (OIT, 2021; DE ALMEIDA; FILHO; DE ANDRADE MARQUES, 2017 e KARASEK; THEÖRELL, 1990).

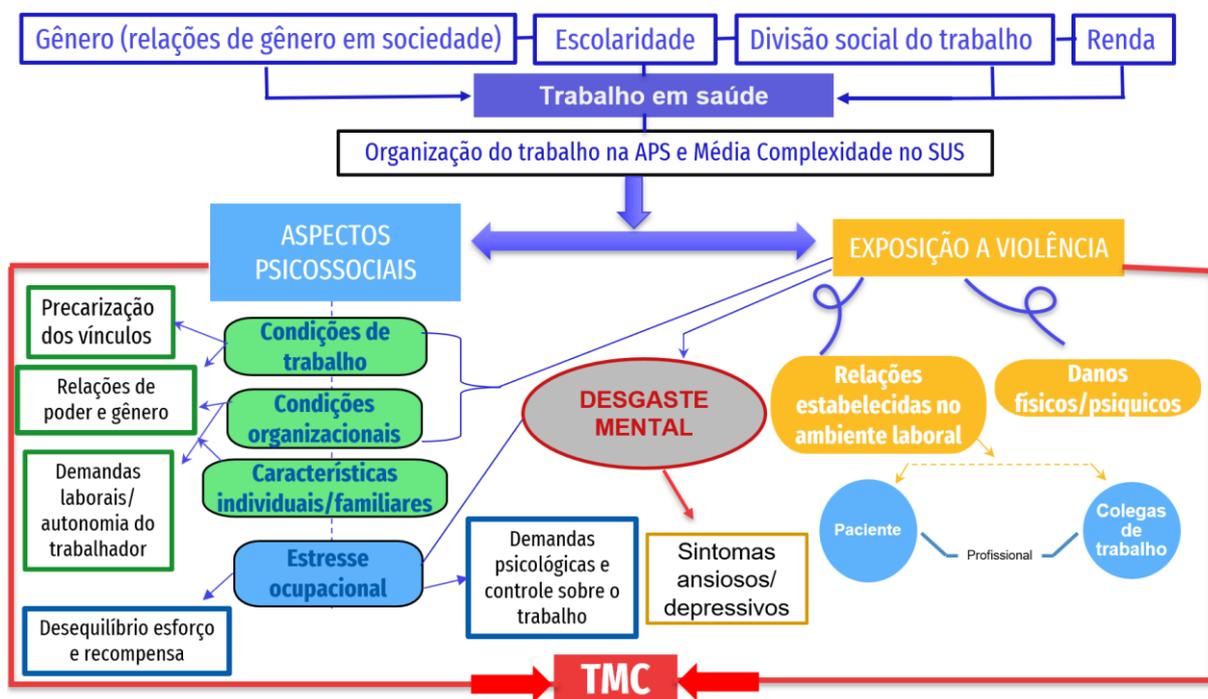
Todo trabalhador/a quando submetido a ambientes precários de trabalho, onde há exposição a violência, vínculos frágeis e regidos pela lógica produtivista capitalista, poderá ter altas demandas laborais e baixo controle de suas atividades; ao mesmo tempo, despenderá certo esforço visando a ser recompensado pelo trabalho desempenhado. Quando isso não acontece

de modo satisfatório por parte do trabalhador/a, um desequilíbrio poderá acontecer, e quando ele ocorre, o trabalhador/a da saúde pode ser acometido pelo desgaste mental e/ou danos físicos, que poderão acarretar enfermidades como ansiedade, depressão, Transtorno do Estresse Pós-Traumático, dentre outras afecções que compõem os TMC (KARASEK; THEÖRELL, 1990; SIEGRIST, 1996; BOFF e OLIVEIRA, 2021; ALVES et al., 2004).

Importa ressaltar que a exposição a violência pode acontecer como fruto dos fatores psicossociais do trabalho que vão desde a características individuais/familiares, perpassando pelas condições precárias do trabalho em si, bem como condições ofertadas pela organização (nível de autonomia dado ao trabalhador/a). Contudo, a exposição à violência no trabalho em saúde pode também ser desencadeadora de aspectos psicossociais desfavoráveis, uma vez que quando ela ocorre, inevitavelmente será gerado o estresse ocupacional, que se desdobrará de forma negativa nas demandas laborais, precarizando vínculos e influenciando na autonomia dos sujeitos (ZANELLI e KANAN, 2018 e KARASEK; THEÖRELL, 1990).

As interrelações entre essas características e fatores são descritas na Figura 4.

**Figura 04:** modelo teórico



Fonte: arquivo do autor

## **4. Objetivos**

### **4.1. Objetivo geral**

Analisar a associação entre a exposição à violência no trabalho e TMC em trabalhadores e trabalhadoras da saúde da atenção primária e média complexidade em três municípios baianos.

### **4.2. Objetivos específicos**

1. Descrever a prevalência da violência no trabalho entre os trabalhadores/as da saúde da APS e média complexidade na Bahia
2. Descrever a prevalência de TMC e seus fatores associados entre os trabalhadores/as da saúde da APS e média complexidade na Bahia

## **5. Hipóteses**

- Haverá associação positiva entre a exposição à violência no trabalho e TMC.
- A prevalência de transtornos mentais comuns será de 35%.
- A prevalência de exposição à violência no trabalho em saúde será de 30%.
- Trabalhadores/as que sofrem violência no trabalho em suas mais variadas formas de perpetração tem uma prevalência de transtornos mentais comuns 2 vezes maior que os que não sofrem violência.
- A prevalência de transtornos mentais comuns será maior em:
  - Em mulheres, em indivíduos de cor da pele preta ou parda, chefes de família com renda inferior a 2 salários mínimos;
  - Em indivíduos com menor escolaridade, em indivíduos que mantem o maior tempo de contato com o paciente/familiar;
  - Em indivíduos com carga horária laborativa maior e que desenvolvem suas atividades em locais periféricos;
  - Em indivíduos inativos fisicamente e que não possuem práticas de fé;
  - Em trabalhadores/as da categoria profissional de enfermagem.

## **6. Métodos**

### **6.1 Delineamento**

Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal analítico, com uma amostra representativa dos trabalhadores/as da saúde da Atenção Básica e Média complexidade de três municípios do Estado da Bahia. Este tipo de delineamento se caracteriza por analisar condições de saúde de uma determinada população a partir de um recorte estabelecido em um período do tempo, o que é comumente conhecido por “fotografia instantânea”. Este tipo de estudo é muito utilizado quando se há o interesse do pesquisador na obtenção de desfechos relacionados à saúde sob medição da prevalência, além de possibilitar ao pesquisador a estimativa de associação entre expostos e não expostos (SANTANA & CUNHA, 2013).

Os estudos transversais são utilizados frequentemente no campo da saúde, por se tratar de um delineamento de forma rápida e menos onerosa, além de contribuir para formulação de políticas públicas diante da celeridade dos resultados quando comparado a outros métodos de estudos. Como aspectos limitantes dos estudos transversais, resalta-se a causalidade reversa, que pode vir a acontecer, uma vez que a exposição e os efeitos são categorizados de forma simultânea (SANTANA & CUNHA, 2013; FEIJÓ, 2019).

Cabe ressaltar que o presente projeto está vinculado ao subprojeto 2 (Inquérito sobre as doenças infecciosas em trabalhadores/as do setor saúde na Bahia, do projeto integrado: “Vigilância e Monitoramento de Doenças Infecciosas entre Trabalhadores e Trabalhadoras do Setor Saúde”, fruto da parceria entre a Universidade Estadual de Feira de Santana, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia e Universidade Federal da Bahia e gestores dos serviços de saúde dos municípios de Santo Antônio de Jesus e Feira de Santana, sob a coordenação da Prof<sup>a</sup> Dra. Tânia Maria de Araújo.

### **6.2 População alvo**

A população alvo foi composta por trabalhadores/as da saúde da Atenção Básica e Média complexidade de 03 municípios do Estado da Bahia (São Gonçalo dos Campos, Cruz das Almas e Feira de Santana). O total de indivíduos elegíveis nesses três municípios foi de 2.977 trabalhadores/as, sendo 168 de São Gonçalo dos Campos, 552 Cruz das Almas e 2.257 de Feira de Santana.

A cidade de Feira de Santana, de grande porte, localiza-se a 115 km da capital do Estado, é a maior cidade do interior do Estado e de todo interior nordestino, com cerca de 616.272 habitantes (IBGE, 2022a). A 23 km de Feira de Santana, está o município de São Gonçalo dos Campos, de pequeno porte, posto a 114.00 km de Salvador, localizado na Região Metropolitana de Feira de Santana (RMFS), com uma população estimada de 39.513 habitantes (IBGE, 2022b), as atividades do Centro Industrial de Subaé, sustentam em grande parte a economia local. Já a cidade de Cruz das Almas, de médio porte, está situada no Recôncavo Baiano, a 62 km de Feira de Santana e 146 km de Salvador, com população estimada em 60.348 habitantes (IBGE, 2022c), cuja principal atividade econômica concentra-se na agricultura e no turismo expressivo na época dos tradicionais festejos juninos.

### 6.3 Critérios de inclusão

Ser trabalhador/a da saúde da APS e média complexidade, com nível básico, técnico ou profissional, e que estivesse atuando nas unidades de saúde dos três municípios elegíveis para o estudo no período da coleta de dados.

### 6.4 Critérios de exclusão

Ser estagiário ou ter idade inferior a 18 anos.

6.5 Seleção dos participantes e cálculo do tamanho da amostra (cálculo realizado para o projeto integrado)

Foi realizado um procedimento de amostragem estratificada proporcional, considerando as características da população alvo segundo área geográfica, grupo ocupacional e tipo dos serviços oferecidos na Rede Básica e de Média Complexidade (conforme o número de trabalhadores/as em cada um dos locais). Para o cálculo do tamanho amostral, foi considerado como parâmetro uma frequência estimada de 38,5% (que se baseou nas estimativas esperadas de doenças infecciosas, que era o objetivo primário deste projeto). Dessa forma, foi estimado um tamanho de amostra mínimo de 1.133 trabalhadores/as da saúde, considerando um erro aceitável de 2,0%, sendo proporcional ao número de trabalhadores/as de cada município. Com

acréscimo de 20% para possíveis perdas e ajuste para confusão, a amostra final estimada seria de 1.356 indivíduos.

#### 6.6 Instrumentos/caracterização do desfecho

Os Transtornos Mentais Comuns – TMC foram mensurados a partir do instrumento Self Reporting Questionnaire (SRQ-20), elaborado por Harding et al. (1980). O instrumento foi elaborado para rastreamento psiquiátrico, sendo em sua versão original composto por 30 questões. 20 dessas questões buscam o rastreamento de transtornos não-psicóticos, 04 os transtornos psicóticos, 01 convulsões tônico-clônica e 05 buscam o rastreamento de transtornos em decorrência do uso do álcool (OMS, 1975; DE LIMA et al., 1999). Com o passar dos anos, alguns questionamentos caíram em desuso diante da baixa sensibilidade (GONÇALVES, STEIN e KAPCZINSKI, 2008).

O SRQ-20 tem seu uso recomendado pela OMS, sobretudo em países em processo de desenvolvimento/periféricos, diante do seu baixo custo e fácil aplicabilidade para rastreamento de transtornos não-psicóticos, sendo utilizado em vários países (MARI e WILLIAMS, 1986; GONÇALVES, STEIN e KAPCZINSKI, 2008). No Brasil, o instrumento foi validado por Mari e Williams (1986), para detecção dos TMC contendo 20 questões com possibilidades de respostas dicotômicas (sim/não), gerando um escore ao final a partir da soma das respostas positivas (SANTOS et al., 2010).

Após a coleta dos dados e compilação das respostas ao instrumento nas entrevistas, as questões que assumiram respostas positivas são somadas, gerando um escore ao indivíduo. A literatura apresenta uma variabilidade no valor do ponto de corte do SRQ-20, congruente as características do grupo avaliado. Mari e Williams (1986), sugerem pontos de corte diferentes entre os sexos, sendo 7/8 para mulheres e 5/6 para homens. Porém, Santos et al. (2010), em um estudo brasileiro mais recente, indicou que além do sexo, o nível socioeconômico deve ser avaliado; os autores acrescentam ainda que indivíduos com alta escolaridade e do sexo masculino quando avaliados com escores menores apresentam maior sensibilidade e especificidade ao instrumento. Diante disso, o ponto de corte aqui utilizado, foi de 5 para indivíduos do sexo masculino e 7 para o sexo feminino, baseado nas características do grupo investigado.

## 6.7 Mensuração da exposição principal

### Violência

A exposição à violência no trabalho foi avaliada pelo autorrelato dos trabalhadores/as, por meio das entrevistas e questionários estruturados.

Foi utilizada a seguinte pergunta, com quatro possibilidades de resposta (nunca, uma vez, algumas vezes, com frequência):

- Você sofreu, nos últimos 12 meses, alguma agressão no seu trabalho?

Para análise no banco, a variável foi dicotomizada, de modo que todos os indivíduos que referiram “uma vez”, “algumas vezes” e “com frequência” foram agrupados como expostos à violência, e os que afirmaram nunca ter sofrido atos dessa natureza, como não expostos.

## 6.8 Mensuração das demais variáveis de interesse

As variáveis sociodemográficas e ocupacionais abaixo foram avaliadas por meio de perguntas específicas, autorreferidas, do questionário estruturado.

### Variáveis independentes:

Indicadores sociodemográficos: sexo, idade em anos, raça cor, estado civil, se tem filhos, nível de escolaridade.

Informações gerais sobre o trabalho: cargo, vínculo do trabalho atual, jornada de trabalho.

Características psicossociais do trabalho: os aspectos psicossociais do trabalho foram avaliados por meio do Job Content Questionnaire (JCQ) e da escala de Desequilíbrio Esforço-recompensa (ERI).

### Job Content Questionnaire

O JCQ é um instrumento estruturado, específico para medição do conteúdo do trabalho, para avaliação do modelo demanda-controle, ambos criados por Robert Karasek. O JCQ contém 49 questões com resposta em escala likert (discordo, discordo fortemente, concordo, concordo fortemente), divididas em sete blocos, sendo eles: Controle do Trabalhador/a sobre o seu trabalho, Autoridade decisória nível macro. Demanda Psicológica, Demanda Física, Suporte

proveniente do supervisor, Suporte dos colegas de trabalho e Insegurança no trabalho (KARASEK, 1985 e ARAÚJO, 2004).

No Brasil, a versão do JCQ utilizada segue os parâmetros estabelecidos pelo JCQ Center Global, e sua aplicabilidade foi avaliada por diversos estudos, dentre eles, De Araújo e Karasek (2008) afirmam que o questionário apresenta bom desempenho global, sendo indicada sua utilização em trabalhadores/as tanto formais quanto informais.

Para cálculo dos indicadores de demanda e controle, e em conformidade com as recomendações previstas no Job Content Questionnaire User's Guide (KARASEK, 1985), serão consideradas as pontuações de 1 a 4 conforme a resposta (em escala likert) de cada pergunta, que foram somadas dentro do escopo das perguntas de cada dimensão (demanda e controle) gerando um escore. Posteriormente, foi dicotomizado o controle (baixo/alto) (média 25) e a demanda (média 15) (baixa/alta) levando em consideração para tal, o ponto de corte estabelecido por meio da média proveniente do somatório das variáveis referentes aos indicadores. A partir do modelo demanda-controle é possível a classificação de quatro níveis de exposição, são eles: Trabalho de Alta Exigência (alta demanda e baixo controle), Trabalho Ativo (alta demanda e alto controle), Trabalho Passivo (baixa demanda e baixo controle) e Trabalho de Baixa Exigência (baixa demanda e alto controle). Utilizou-se para isso as seguintes perguntas do JCQ (ANEXO 1), para controle: 1-9 questão; demanda psicológica: 10-15 questão e demanda física: 19-22.

#### Desequilíbrio Esforço-recompensa (Effort Reward Questionnaire)

O questionário Desequilíbrio Esforço-recompensa, é destinado para medir os aspectos psicossociais do ambiente laboral, relacionando os esforços dispendidos pelo trabalhador/a ao desempenhar uma atividade e a recompensa recebida (CHOR et al., 2008). O ERI avalia o impacto do estresse no ambiente de trabalho na saúde do trabalhador/a, sendo composto por 23 questões, distribuídas em três escalas (a de esforço, a de recompensa e a do comprometimento excessivo com o trabalho) que possuem respostas em escala likert variando desde “discordo totalmente” (escore 1) ao “concordo totalmente” (escore 4) (CHOR, et al., 2008; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2018).

No modelo ERI, aspectos intrínsecos e extrínsecos são contemplados, sendo neste primeiro aspecto, focado no modo de ajustamento pessoal do indivíduo, como seu comportamento e atitudes no esforço excessivo. Já os aspectos extrínsecos modulam o enfoque

para condições do trabalho que exigem o esforço do trabalhador/a, e a recompensa por ele esperada (HASSELHORN, et al., 2004). O ERI foi validado no Brasil, através de dois estudos, um realizado com 111 trabalhadores/as da saúde e de uma universidade, desenvolvido por Chor et al. em 2008; e o outro desenvolvido em 2010 por Silva e Barreto, com 100 trabalhadores/as de banco, onde ambos apontaram evidências positivas e bom desempenho geral do instrumento.

O desequilíbrio esforço-recompensa, variável de exposição, foi obtida por meio do ERI, a partir da dicotomização em “alto” e “baixo” das três dimensões, utilizando a média como ponto de corte. Para cálculo dos indicadores desequilíbrio esforço-recompensa, será utilizado a seguinte razão:  $e/(r*c)$ , onde o “e” representa os itens de esforço somados, o “r” o escore dos itens de recompensa e o “c” diz respeito ao fator de correção, o quociente do quantitativo dos itens do numerador e do denominador, comparando-os adotando então o valor de 15 como ponto de corte para esforço, 31 para recompensa e 14 para comprometimento excessivo. O indicador foi categorizado em desequilíbrio baixo, médio e alto, e o excesso de comprometimento considerou a análise do ERI em seu modelo completo (SILVA; BARRETO, 2010; CHOR, et al., 2008; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2018). Para obtenção da dicotomização, foi utilizada para dimensão de esforços as questões do ERI (ANEXO1) 1-6, 7-17 para recompensa e 18-23 para o comprometimento excessivo.

## 6.9. Coleta de dados

A coleta de dados e realização das entrevistas com a autoaplicação do questionário ocorreu de forma padronizada, por entrevistadores previamente treinados, realizada entre abril de 2021 a abril de 2022.

### 6.9.1 Seleção e treinamento dos entrevistadores

Foi formada em cada município uma equipe de pesquisa local, composta por: pesquisadores das universidades envolvidas e gestores municipais dos serviços de saúde. Em cada município, houve um coordenador geral.

Todos os procedimentos metodológicos foram padronizados por meio do uso de um manual de procedimentos e condutas, além da realização de oficinas para treinamento dos entrevistadores responsáveis pela coleta de dados.

## 6.10 Processamento e análise dos dados

As análises foram realizadas no Pacote Estatístico Stata versão 14. De forma inicial, foi realizada uma análise descritiva da amostra, com uso de medidas de tendência central e dispersão para avaliação das variáveis de interesse. Posteriormente foi feita a análise univariada para descrição da distribuição das variáveis dependentes e independentes. Na sequência, realizou-se a análise bivariada, para teste da associação entre as variáveis independentes e o desfecho através do teste qui-quadrado. Por último foi feita a análise multivariada através da regressão logística, para avaliação dos fatores de risco para TMC e violência. Foram consideradas associadas ao desfecho as variáveis com  $p < 0,05$  (nível de significância estatística a 5%). Foram mantidas nos modelos, para controle de confundimento, todas as variáveis que, pela literatura, sejam relevantes para a associação de interesse. Para eventual seleção de variáveis para inclusão no modelo, caso o modelo completo não tenha poder suficiente ou não se mostre adequado, será feita seleção para trás com base na mudança de estimativa e considerando  $p$  de significância  $< 0,20$ .

## 6.11 Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, embasado nos pilares básicos da Bioética (autonomia, maleficência, beneficência e justiça) seguindo as especificações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, através do parecer nº 2.897.062, tendo sido apreciado e aprovado, e estando registrado na Plataforma Brasil sob Nº 90204318.2.0000.0053.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, após elucidação a respeito da pesquisa, garantindo ao mesmo o direito a recusa em participar do estudo a qualquer momento, bem como a garantia do sigilo e confidencialidade. A coleta de dados só foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP.

## 07. Cronograma

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES												
INDICAÇÃO DO MÊS												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Aulas, elaboração do projeto e revisão de literatura</b>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Aulas e finalização do projeto</b>	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
	X	X	X	X	X	X						
<b>Exame de qualificação do projeto</b>							X					
<b>Finalização das revisões do projeto</b>										X		
<b>Tirocínio docente</b>	X	X	X	X	X	X						
<b>Análise de dados e escrita da dissertação</b>							X	X	X	X	X	X
<b>Finalização da dissertação</b>	25											
	X											
<b>Defesa pública da dissertação</b>	X											

## 08. Divulgação dos Resultados

Os resultados serão divulgados por meio da elaboração de 01 artigo científico, pré-requisito para obtenção do título de mestre em Saúde Ambiente e Trabalho, bem como os resultados da pesquisa serão apresentados em congressos da área de saúde.

## 09. Orçamento/ financiamento

Para execução deste projeto de mestrado não será necessário financiamento externo adicional para a pesquisa, uma vez que serão utilizados recursos básicos, os quais a discente já possui, como: folha de papel A4, caneta esferográfica, prancheta, notebook, celular, impressora com tanque abastecido. Vale evidenciar, que o financiamento recebido pelo programa de bolsas

(PROGBOL) da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia, destina-se para manutenção de condições básicas da estudante.

Cabe ressaltar que o projeto integrado ao qual este está vinculado (Subprojeto 2) foi financiado com recursos da FAPESB e Fiocruz com recursos oriundos de outros projetos correlatos, tendo o orçamento geral estimado em R\$ 70.810,70.

Demais recursos:

<b>Quantidade</b>	<b>Descrição</b>	<b>Valor</b>	<b>Total</b>
03	Resma papel A4	R\$ 18,50	R\$ 55,50
01	Cartucho impressão	R\$ 62,00	R\$ 62,00
24 meses	Transporte (dia) 4 x semana	R\$ 25,00	R\$ 6.400,00
24 meses	Alimentação (dia) 4x semana	R\$ 20,00	R\$ 5.120,00
24 meses	Pacote internet (mês)	R\$ 75,00	R\$ 1.800,00
01	Notebook	4.000,00	R\$ 4.000,00
<b>Total</b>			<b>R\$ 17.437,50</b>

\*Recursos próprios do autor.

## 10.Referências Bibliográficas

ABED, M.; MORRIS, E.; SOBERS-GRANNUM, N. Workplace violence against medical staff in healthcare facilities in Barbados. **Occupational Medicine**, v. 66, n. 7, p. 580–583, 1 out. 2016.

ALHASSAN, A. K.; ALSAQAT, R. T.; AL SWELEH, F. S. Physical workplace violence in the health sector in Saudi Arabia. **Medicine (United States)**, v. 102, n. 29, p. E34094, 21 jul. 2023a.

ALHASSAN, A. K.; ALSAQAT, R. T.; AL SWELEH, F. S. Sexual workplace violence in the health sector in Saudi Arabia: a cross sectional study. **BMC Health Services Research**, v. 23, n. 1, 1 dez. 2023b.

ALI, S.A; PIHL-THINGVAD, J.; ELKLIT, A. Does acute stress disorder predict posttraumatic stress disorder following workplace violence? A prospective study of psychiatric staff. **International archives of occupational and environmental health** vol. 94,3.p.359-366, 2021.

ANTUNES, A. EPSJV/Fiocruz. **Público e privado no SUS: como enfrentar as desigualdades?** Criado em: 25/03/2021 e atualizado em 01/07/2022. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/publico-e-privado-no-sus-como-enfrentar-desigualdades>. Acesso em 10 de outubro de 2023.

ASPERA-CAMPOS, T. et al. Violence against health personnel before and during the health contingency COVID-19. **Revista medica del Instituto Mexicano del Seguro Social**, v. 58, n. Supl 2, p. S134-143, 2020.

ALSMAEL, M. M.; GORAB, A. H.; ALQAHTANI, A. M. Violence against healthcare workers at primary care centers in dammam and al khobar, eastern province, saudi arabia, 2019. **International Journal of General Medicine**, v. 13, p. 667–676, 2020.

ALVES, M.G.D.M. et al. Short version of the "job stress scale": a Portuguese-language adaptation . **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 38, n. 2, p. 164–171, 2004.

ARAFI, A. et al. Violence against healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study from Egypt. **Archives of environmental & occupational health** vol. 77,8 (2022): 621-627.

ARAÚJO, T. M.; PALMA, T. D. F.; ARAÚJO, N. D. C. Work-related mental health surveillance in Brazil: Characteristics, difficulties, and challenges. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 10, p. 3235–3246, 1 out. 2017.

ARAÚJO, T. M. **Avaliação das condições de trabalho em grupos ocupacionais no Estado da Bahia**. Projeto de pesquisa para Bolsa de Produtividade em Pesquisa apresentado ao C.N.P.Q., 2004.

ARIF, S. et al. Violence against health care workers in rural areas of Sindh, Pakistan. **JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association** vol. 72,11 (2022): 2150-2153.

BABIARCZYK, B. et al. Reporting of workplace violence towards nurses in 5 european countries – a cross-sectional study. **International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health**, v. 33, n. 3, p. 325–338, 2020.

BAMBI, S. et al. Workplace incivility, lateral violence and bullying among nurses. A review about their prevalence and related factors. **Acta Biomedica Mattioli 1885**. Vol. 89, S. 6: 51-79, 2018.

BABY, M.; COLA P.; CARLYLE, D. 'Violence is not part of our job': a thematic analysis of psychiatric mental health nurses' experiences of patient assaults from a New Zealand perspective. **Issues in mental health nursing** vol. 35,9,p.647-55, 2014.

BARROS, R. P., HENRIQUES, R. e MENDONÇA, R. **Pelo fim das décadas perdidas: educação e desenvolvimento sustentado no Brasil**. Rio de Janeiro, Ipea, 2002 (Texto para discussão no 857). Disponível em: [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2631/1/TD\\_857.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2631/1/TD_857.pdf). Acesso em: 15 de março de 2024.

BEATTIE, J. et al. Workplace violence perpetrated by clients of health care: A need for safety and trauma-informed care. **Journal of clinical nursing** vol. 28,1-2 (2019): 116-124. doi:10.1111/jocn.14683.

BORDIGNON, M.; MONTEIRO, M. I. Analysis of workplace violence against nursing professionals and possibilities for prevention. **Revista Gaucha de Enfermagem**, v. 42, 2021.

BOFF, S. R.; OLIVEIRA, A. G. Aspectos fisiológicos do estresse: uma revisão narrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 17, p. e82101723561, 21 dez. 2021.

BRASIL. Ascom SE/UNA-SUS. **Organização Mundial de Saúde declara pandemia do novo Coronavírus. 2020**. Disponível: <https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus>. Acesso em: 06 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde – a. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus (2019-nCoV)**. Brasília – DF. p. 9-11. 2020. Disponível: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/05/Protocolo-de-manejo-clinico-para-o-novo-coronavirus-2019-ncov.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2022.

BRASIL – Ministério da Saúde – b. **Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais.** Abril, 2020. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/covid-19/publicacoes-tecnicas/recomendacoes/recomendacoes-de-protecao-aos-trabalhadores-do-servico-de-saude.pdf/view> >. Acesso em: 22 de maio de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 out. 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 08 abril 2024.

BRASIL. Portaria GM/MS no 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BR). **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 777, DE 28 DE ABRIL DE 2004. **Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS.** Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0777\\_28\\_04\\_2004.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0777_28_04_2004.html). Acesso em 01 de nov. de 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Saúde mental e trabalho no Poder Judiciário.** 2019. Disponível em: [https://www.cnmp.mp.br/saude\\_mental/images/downloads/saude\\_mental\\_e\\_trabalho\\_no\\_poder\\_judiciario\\_cnj.pdf](https://www.cnmp.mp.br/saude_mental/images/downloads/saude_mental_e_trabalho_no_poder_judiciario_cnj.pdf). Acesso em 09 de nov. de 2022. P. 06.

BRASIL. LEI Nº 14.457, DE 21 DE SETEMBRO DE 2022. **Institui o Programa Emprega + Mulheres; e altera a Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nºs 11.770, de 9 de setembro de 2008, 13.999, de 18 de maio de 2020, e 12.513, de 26 de outubro de 2011.** Disponível em:< <https://sinait.org.br/docs/lei-n-14457-de-21-de-setembro-de-2022.pdf>>. Acesso em 19 de maio de 2023.

BRASIL. MF- Ministério da Fazenda. **1º Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por Incapacidade 2017**. Disponível em: <http://sa.previdencia.gov.br/site/2017/04/1%C2%BA-boletim-quadrimestral.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2022.

BRAUN, B. I. et al. Health Care Worker Violent Deaths in the Workplace: A Summary of Cases From the National Violent Death Reporting System. **Workplace Health and Safety**, v. 69, n. 9, p. 435–441, 1 set. 2021.

BRIGO, F. et al. The impact of COVID-19 pandemic on temporal trends of workplace violence against healthcare workers in the emergency department. **Health Policy**, v. 126, n. 11, p. 1110–1116, 1 nov. 2022.

CAMPO, Varinia Rodríguez; KLIJN, Tatiana Paravic. Abuso verbal e assédio moral em serviços de atendimento pré-hospitalar no Chile. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2956, 2017.

CANNAVÒ, M. et al. Work related violence as a predictor of stress and correlated disorders in emergency department healthcare professionals. **Clinica Terapeutica**, v. 170, n. 2, p. E110–E123, 1 mar. 2019.

CARVALHO, D. B. DE; ARAÚJO, T. M. DE; BERNARDES, K. O. Transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 41, n. 0, 2016.

CAREY, I.; HENDRICKS, K. Workplace violence against healthcare workers using nationally representative estimates of emergency department data, 2015-2017. **American journal of industrial medicine** vol. 66,4 (2023): 333-338. doi:10.1002/ajim.23463.

CHEN, Z. et al. Association between high burn-out and workplace violence among healthcare workers in China: a WeChat-based survey. **BMJ Open**, v. 12, n. 11, 15 nov. 2022.

CHENG, W. J.; CHENG, Y. Minor mental disorders in Taiwanese healthcare workers and the associations with psychosocial work conditions. **Journal of the Formosan Medical Association**, v. 116, n. 4, p. 300–305, 1 abr. 2017.

CHEUNG, T.; LEE, P. H.; YIP, P. S. F. The association between workplace violence and physicians' and nurses' job satisfaction in macau. **PLoS ONE**, v. 13, n. 12, 1 dez. 2018.

CHOR, D. et al. The Brazilian version of the effort-reward imbalance questionnaire to assess job stress. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(1):219-224, jan, 2008.

CONTRERA-MORENO L. e CONTRERA-MORENO M.I. Violência no trabalho em enfermagem: um novo risco ocupacional. **Rev. Bras. Enferm.** 57 (6) • Dez 2004 • <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000600024>.

DE ALMEIDA, N. R.; FILHO, J. G. B.; DE ANDRADE MARQUES, L. **Análise da produção científica sobre a violência no trabalho em serviços hospitalares. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho** Associação Nacional de Medicina do Trabalho, 2017.

DE ARAÚJO, T.M. e KARASEK, R. Validity and reliability of the job content questionnaire in formal and informal jobs in Brazil. **SJWEH Suppl.** (6):52–59, 2008.

DEJOURS, C. Inteligência operária e organização do trabalho: a propósito do modelo japonês de produção. In: HIRATA, H. (Org.). Sobre o 'modelo' japonês São Paulo: EDUSP, 1995.

DE STEFANO, C. et al. Early psychological impact of Paris terrorist attacks on healthcare emergency staff: A cross-sectional study. **Depression and anxiety** vol. 35,3.p. 275-282, 2018.

DE LIMA, M.S. et al. Psychiatric disorder and the use of benzodiazepines: an example of the inverse care law from Brazil. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology** vol. 34,6, p. 316-22, 1999.

DE LIMA TRINDADE, L. et al. Moral harassment among Brazilian primary health care and hospital workers. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 35, 2022.

DA SILVA, A.T.C. et al. Violence at work and depressive symptoms in primary health care teams: a cross-sectional study in Brazil. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology** vol. 50,9, p. 1347-55, 2015.

DICIO. **Significado de Violência**. S.d. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/violencia/>. Acesso em 17 de nov de 2022.

ERDMANN, A.L. et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 21, p. 131-139, 2013.

FANG, H. et al. Depressive symptoms and workplace violence- related risk factors among otorhinolaryngology nurses and physicians in Northern China: A cross-sectional study. **BMJ Open**, v. 8, n. 1, 1 jan. 2018.

FEIJÓ, F. R. **Assédio moral no trabalho e seu papel nos transtornos mentais comuns e dor lombar: um estudo com trabalhadores do judiciário federal**. 2019. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2019. 244 f. : il. P. 72.

FERNANDES, M. A.; SOARES, L. M. D.; e SILVA, J. S. Work-related mental disorders among nursing professionals: A Brazilian integrative review. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**. v.16(2):218-24 2018.

FERRADA-MUÑOZ, M. et al. WORKPLACE VIOLENCE AND ITS EFFECT ON NURSES AT THE HOSPITAL LEVEL: A SYSTEMATIC REVIEW. **Horizonte de Enfermeria**, v. 33, n. 1, p. 126–141, 29 abr. 2022.

FISEKOVIC, M. B. et al. Does workplace violence exist in primary health care? Evidence from Serbia. **European Journal of Public Health**, v. 25, n. 4, p. 693–698, 1 ago. 2015.

FONTANA, K. C; LACERDA, J. T.; MACHADO, P. M.O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde Debate** | Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 64-80, JUL-SET 2016

GASCON, S. et al. The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout. **Journal of clinical nursing** vol. 22,21-22, p.3120-9, 2013.

GATES, D.M.; GILLESPIE, G.L.; SUCCOP, P. Violence against nurses and its impact on stress and productivity. **Nursing economic\$** vol.29(2), 59–67. 2011.

GIMÉNEZ LOZANO, J. M.; MARTÍNEZ RAMÓN, J. P.; MORALES RODRÍGUEZ, F. M. Doctors and nurses: A systematic review of the risk and protective factors in workplace violence and burnout. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 6, p. 1–19, 2 mar. 2021.

GILLESPIE, G.L. et al. Posttraumatic stress symptomatology among emergency department workers following workplace aggression. **Workplace health & safety** vol. 61,6, p.247-54, 2013.

GOLDBERG, D.P. e HUXLEY, P. Common mental disorders: a bio-social model. New York: **Tavistock/Routledge**; 1992.

GONÇALVES, D.M.; STEIN, A.T. e KAPCZINSKI, F. Performance of the Self-Reporting Questionnaire as a psychiatric screening questionnaire: a comparative study with Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(2):380-390, fev, 2008.

GÓMEZ-GUTIÉRREZ, M.M. et al. Posttraumatic Stress Symptomatology in Pre-Hospital Emergency Care Professionals Assaulted by Patients and/or Relatives: Importance of Severity and Experience of the Aggression. **Journal of interpersonal violence** vol. 31,2, p.339-54, 2016.

GONÇALVES, Fabricio da Silva. Prevalência de transtornos mentais comuns entre policiais militares de Ceilândia/Distrito Federal. 2012. 25 f., il. **Monografia (Bacharelado em Terapia Ocupacional)**—Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

GONG, Y. et al. Prevalence of anxiety and depressive symptoms and related risk factors among physicians in China: A cross-sectional study. **PLoS ONE**, v. 9, n. 7, 22 jul. 2014.

GRAHAM, H. The Impact of a Violent Physical Assault on a Registered Nurse: Her Healing Journey and Return to Work. **Journal of forensic nursing** vol. 13,2, p.81-86, 2017.

GREGORY, J. et al. The impact of the Paris terrorist attacks on the mental health of resident physicians. **BMC Psychiatry**, v. 19, n. 1, 21 fev. 2019.

HÄMMIG, O. Quitting one's job or leaving one's profession: unexplored consequences of workplace violence and discrimination against health professionals. **BMC Health Services Research**, v. 23, n. 1, 1 dez. 2023.

HASAN, M. I. et al. Iceberg of workplace violence in health sector of Bangladesh. **BMC Research Notes**, v. 11, n. 1, 4 out. 2018.

HADAVI, M. et al. Workplace violence against health care workers during the COVID-19 Pandemic: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Safety Research**, v. 85, p. 1–7, 1 jun. 2023.

HASSELHORN, H.M. et al. Effort-reward imbalance among nurses in stable countries and in countries in transition. **International journal of occupational and environmental health** vol. 10(4):401, 2004.

HARDING, T.W. et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychological medicine** vol. 10,2, p. 231-41, 1980.

HOFFMANN, R. Mensuração da desigualdade e da pobreza no Brasil. In: HENRIQUES, R. (org.). *Desigualdade e pobreza no Brasil*. Rio de Janeiro, Ipea, 2000.

HSIEH, H.F. et al. Association among components of resilience and workplace violence-related depression among emergency department nurses in Taiwan: a cross-sectional study. **Journal of clinical nursing** vol. 25,17-18,p. 2639-47, 2016.

HSIEH, H.F. et al. Predictors of depressive symptoms among psychiatric nurses who suffered from workplace violence. **Journal of advanced nursing** vol. 74,2. p. 425-432, 2018.

IBGE. Censo Demográfico de 2022. **Panorama do município de Feira de Santana. Feira de Santana**: IBGE, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/feira-de-santana/panorama>. Acesso em: 23 de março de 2024a.

IBGE. Censo Demográfico de 2022. **Panorama do município de São Gonçalo dos Campos. São Gonçalo dos Campos**: IBGE, 2022. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/sao-goncalo-dos-campos/panorama>. Acesso em: 23 de março de 2024b.

IBGE. Censo Demográfico de 2022. **Panorama do município de Cruz das Almas. Cruz das Almas**: IBGE, 2022. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/cruz-das-almas/panorama>. Acesso em: 23 de março de 2024c.

International Labour Organisation. **Psychosocial factors at work: recognition and control. Report of the Joint ILO/ WHO Committee on Occupational Health.** Ninth Session, Geneva, 18-24 September, 1984. Geneva; 1986. (Occupational Safety and Health Series, 56). Disponível em: [https://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/1986/86B09\\_301\\_engl.pdf](https://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/1986/86B09_301_engl.pdf). Acesso em: 02 de junho de 2022. Página: 3 e 4.

JACOBOWITZ, W. PTSD in psychiatric nurses and other mental health providers: a review of the literature. **Issues in mental health nursing** vol. 34,11, p.787-95, 2013.

JESUS, A. T. S. **Perfil epidemiológico dos transtornos relacionados ao trabalho no Brasil entre 2006 e 2016.** 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

JIANG, D. et al. Workplace violence against COVID-19 front-line healthcare workers versus non-front-line in Hangzhou, China: A cross-sectional study. **BMJ Open**, v. 13, n. 9, 29 set. 2023.

KARASEK, R. A.;THEÖRELL, T. Healthy work-stress, productivity, and the reconstruction of working life. **Basic Books**, 1990.

KARASEK, R. A. **Job Content Questionnaire and User's Guide.** University of Massachusetts, mar. 1985.

LA TORRE, G et al. Workplace violence among healthcare workers, a multicenter study in Italy. **Public health** vol. 208 (2022): 9-13. doi:10.1016/j.puhe.2022.04.008.

LEE, I. S. et al. Violent Experiences and Coping among Home Visiting Health Care Workers in Korea. **Journal of Korean Academy of Nursing**, v. 42, n. 1, p. 66, 2012

LEONEL, Filipe. **Pandemia expõe excesso de trabalho, sofrimento e falta de reconhecimento dos profissionais de saúde, revela estudo da Fiocruz.** Publicado em 22/03/2021. Disponível em: <http://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/51044>. Acesso em 18 de maio de 2023.

LEŻNICKA, M.; ZIELIŃSKA-WIĘCZKOWSKA, H. Violence in the workplace. The occurrence of the phenomenon in relation to health care workers. **Psychiatria Polska**, p. 1–12, 14 nov. 2022.

LI, Y. L. et al. Prevalence of workplace physical violence against health care professionals by patients and visitors: A systematic review and meta-analysis. **International Journal of Environmental Research and Public Health** MDPI AG, , 1 jan. 2020.

LI, S. et al. Prevalence, influencing factors and adverse consequences of workplace violence against nurses in China: A cross-sectional study. **Journal of nursing management** vol. 30,6. P. 1801-1810, 2022.

LIU, J. et al. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. **Occupational and environmental medicine** vol. 76,12 (2019): 927-937.

LIN, W. Q. et al. Workplace violence and job performance among community healthcare workers in China: The mediator role of quality of life. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 12, n. 11, p. 14872–14886, 20 nov. 2015.

LU, L. et al. Prevalence of Workplace Violence Against Health-Care Professionals in China: A Comprehensive Meta-Analysis of Observational Surveys. **Trauma, violence & abuse** vol. 21,3 (2020): 498-509.

MAGNAVITA, N. Workplace violence and occupational stress in healthcare workers: A chicken-and-egg situation-results of a 6-year follow-up study. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 46, n. 5, p. 366–376, 2014.

MAGNAVITA, N.; HEPONIEMI, T. Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study. **BMC health services research** vol. 12 108. 2 May. 2012.

MALINAUSKIENE, V.; EINARSEN, S. Workplace bullying and post-traumatic stress symptoms among family physicians in Lithuania: An occupation and region specific approach. **International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health**, v. 27, n. 6, p. 919–932, 2014.

MARI, J.J. e WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. **The British journal of psychiatry : the journal of mental science** vol. 148,p. 23-6, 1986. doi:10.1192/bjp.148.1.23.

MILTERSTEINER, R. K. et al. Female leadership: perceptions, reflections, and challenges in public administration. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 18, n. 2, p. 406–423, jun. 2020.

MOLINOS, B.G. et al. Violência com profissionais da Atenção Básica: estudo no interior da Amazônia brasileira. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 17, n. 2, p. 239-247, jun. 2012.

MOROSINI, M. V. G. C. Precarização do trabalho: particularidades no setor saúde brasileiro. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. suppl 1, p. 5–7, nov. 2016.

MOTREFF, Y. et al. Factors associated with PTSD and partial PTSD among first responders following the Paris terror attacks in November 2015. **Journal of psychiatric research** vol. 121, p. 143-150, 2020.

MOYLAN, L.B. et al. Need for Specialized Support Services for Nurse Victims of Physical Assault by Psychiatric Patients. **Issues in mental health nursing** vol. 37,7.p.446-50, 2016.

MUSSE, J. L. L. et al. Violence against health personnel before and during the COVID-19 pandemic. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 68, n. 11, p. 1524–1529, 2022.

MKHITARYAN, M.; TADEVOSYAN, A. VIOLENCE AGAINST AMBULANCE WORKERS: COMPARATIVE STUDY OF THE STATIONS OF YEREVAN AND GYUMRI. **One Health and Risk Management**, v. 4, n. 2, p. 18–24, 11 mar. 2023.

NOGUEIRA, D.P; AZEVEDO, C.A.B. Absenteísmo-doença em mulheres Absentismo-doença em mulheres / Sickness-absenteeism of women. **Rev Bras Saúde Ocup**; 10(38):48-51, 1982.

NOBRE, J.P.S. ET AL. A PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE SOBRE O ACOLHIMENTO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA. **Revista Expressão Católica Saúde**, [S.l.], v. 1, n. 1, jun. 2016.

NUNES, M. A. et al. Common mental disorders and sociodemographic characteristics: Baseline findings of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 38, n. 2, p. 91–97, 1 abr. 2016.

OLIVEIRA, L.P.; CAMARGO, F.C. e IWAMOTO, H.H. VIOLÊNCIA RELACIONADA AO TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA. **Rev. Enferm. Atenção Saúde**; 2(2,n.esp): 46-56, 2013.

OLIVEIRA, R.T.D et al. **Violência, discriminação e assédio no trabalho**. Florianópolis, SC: Lagoa, 2020. 32 p. : il. ; 21 cm. P.08. Disponível em: <<https://neppot.paginas.ufsc.br/files/2021/03/cartilha-viol%C3%Aancia-e-ass%C3%A9dio-web.pdf>>. Acesso em 21 de maio de 2023.

OLIVEIRA, A. M. N. DE; ARAÚJO, T. M. DE. SITUAÇÕES DE DESEQUILÍBRIO ENTRE ESFORÇO-RECOMPENSA E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM TRABALHADORES DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 1, p. 243–262, 11 dez. 2018.

OLIVEIRA, C.V.S.; CORIOLANO-MARINUS, M.W.L. Desafios do acolhimento na estratégia saúde da família: uma revisão integrativa. **Saúde em Redes**. 2016; 2(2):211-225.

OPAS. **Transtornos Mentais**. s.d. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais>. Acesso em 09 de nov. de 2022.

OPAS – a – **OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção**. 17 de jun de 2022. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>>. Acesso em 19 de maio de 2023.

OPAS - b – **Organização Pan-Americana de Saúde. Pandemia de COVID-19 desencadeia aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo**. 02 de março de 2022. Disponível em:<<https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em>>. Acesso em: 18 de maio de 2023.

OPAS. **Profissionais de saúde são frequentemente agredidos, segundo pesquisa publicada na revista da OPAS**. 2016. Disponível em <[https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11579:2016-health-professionals-are-frequently-assaulted&Itemid=0&lang=en#gsc.tab=0](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11579:2016-health-professionals-are-frequently-assaulted&Itemid=0&lang=en#gsc.tab=0)>. Acesso em 21 de maio de 2023.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Riscos emergentes e novas formas de prevenção num mundo de trabalho em mudança**. 2010. Disponível em: <

[https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/publication/wcms\\_718134.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/publication/wcms_718134.pdf)>. Acesso em 25 de out. 2022.

Organização Internacional do Trabalho. **Convenção sobre a eliminação da violência e do assédio no mundo do trabalho Adopção: Genebra, 108<sup>a</sup> sessão da CIT (21 de Jun 2019)**. p.02. Disponível em: <[https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/genericdocument/wcms\\_729459.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/genericdocument/wcms_729459.pdf)>. Acesso em 19 de maio de 2023.

Organização Internacional do Trabalho. **Primeiro tratado internacional para enfrentar a violência e o assédio entra em vigor**. 21 de Junho de 2021. Disponível em: [https://www.ilo.org/brasilianoticias/WCMS\\_806107/lang--pt/index.htm](https://www.ilo.org/brasilianoticias/WCMS_806107/lang--pt/index.htm). Acesso em: 17 de nov de 2022.

Organização Internacional do Trabalho. **OMS e OIT pedem novas medidas para enfrentar os problemas de saúde mental no trabalho**. 28 de Setembro de 2022. Disponível em: [https://www.ilo.org/brasilianoticias/WCMS\\_857127/lang--pt/index.htm](https://www.ilo.org/brasilianoticias/WCMS_857127/lang--pt/index.htm). Acesso em 17 de nov de 2022.

ORNELLAS, T.C.F.D. e MONTEIRO, M.I. Aspectos históricos, culturais e sociais do trabalho. **Rev Bras Enferm** jul-ago; 59(4): 552-5, 2006.

ÖZDAMAR ÜNAL, G.; IŞCAN, G.; ÜNAL, O. The occurrence and consequences of violence against healthcare workers in Turkey: before and during the COVID-19 pandemic. **Family Practice**, v. 39, n. 6, p. 1001–1008, 1 dez. 2022.

PACHECO, ECRL. et al. Impacto da agressão psicológica no local de trabalho na saúde dos funcionários: uma revisão sistemática dos resultados pessoais e estratégias de prevenção. **Relatórios Psicológicos** , 124 (3), 929-976. 2021.

PAI, D. D. et al. Violence, burnout and minor psychiatric disorders in hospital work. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 49, n. 3, p. 457–464, 2015.

PALMA, A.; ANSOLEAGA, E.; AHUMADA, M. Violência no trabalho entre profissionais de saúde. **Rev. Médica do Chile** , Santiago, v. 2, pág. 213-222, fevereiro de 2018.

PINAR, T. et al. Workplace Violence in the Health Sector in Turkey: A National Study. **Journal of interpersonal violence** vol. 32,15, p. 2345-2365, 2017.

PRAJAPATI, R. et al. Perception of security by health workforce at workplace in Nepal. **Journal of Nepal Health Research Council** vol. 11,24; p. 153-7, 2013.

QI, M. et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the prevalence and risk factors of workplace violence among healthcare workers in China. **Frontiers in public health** vol. 10 938423. 25 Jul. 2022.

RAMZI, Z. S.; FATAH, P. W.; DALVANDI, A. **Prevalence of Workplace Violence Against Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis.** **Frontiers in Psychology**Frontiers Media S.A., , 30 maio 2022.

RAZIK, S.; EHRING, T.; EMMELKAMP, P. M. G. Psychological consequences of terrorist attacks: Prevalence and predictors of mental health problems in Pakistani emergency responders. **Psychiatry Research**, v. 207, n. 1–2, p. 80–85, 15 maio 2013.

REHAN, S. T. et al. Workplace violence against healthcare workers in Pakistan; call for action, if not now, then when? A systematic review. **Global Health Action** Taylor and Francis Ltd. VOL.16,2273623, 2023.

RINCÓN-DEL T. T. et al. Agressões contra trabalhadores de cuidados de saúde primários em Madrid, Espanha, 2011-2012. **Revista espanhola de saúde pública** , vol. 90, 2016.

RODWELL, J.; DEMIR, D. e FLOWER, R.L. The oppressive nature of work in healthcare: predictors of aggression against nurses and administrative staff. **Journal of nursing management** vol. 21,6, p. 888-97, 2013.

ROSSI, M. F. et al. **Workplace violence against healthcare workers: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses.** **Public Health**Elsevier B.V., , 1 ago. 2023.

SAEKI, K. et al. Work-related Aggression and Violence Committed by Patients and Its Psychological Influence on Doctors. **Journal of Occupational Health.** 53(5), 356–364, 2011.

SAJEDIAN, A. A. et al. Evaluation of general health, exposure to workplace violence, and predicting its consequences in health care employees in Iran. **Work**, v. 76, p. 343–354, 2023.

SANTANA, L.D.L. et al. Absenteísmo por transtornos mentais em trabalhadores de saúde em um hospital no sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, e53485, 2016.

SANTANA, CUNHA. Estudos transversais. In: Almeida Filho N, Barreto ML. **Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos e aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.

SANTOS, A. M. V. DE S. et al. Transtornos mentais comuns: prevalência e fatores associados entre agentes comunitários de saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 160–168, 10 jul. 2017.

SANTOS, K.O.B. et al. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do self-reporting questionnaire (SRQ-20). **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 34, n. 3, p. 544-560, jul.-set. 2010.

SANTOS KJ, ZASG, S. Absenteísmo na enfermagem: enfoque nas causas de ordem psicológica. **Enfermagem Brasil**. v.2 n.6, p. 336-43, 2003.

SANTOS, G.P. D. e PEREIRA, M. D. L. M. **VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**. GOIÂNIA-GO, 2020. Disponível em;  
<https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/bitstream/123456789/1093/1/VIOL%C3%8ANCIA%20NO%20TRABALHO%20EM%20ENFERMAGEM%20UMA%20REVIS%C3%83O%20INTEGRATIVA%20DA%20LITERATURA.pdf>. Acesso em: 09 de dez de 2022.

SARAGIH, I. D. et al. Global prevalence of stigmatization and violence against healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 54, n. 6, p. 762–771, 1 nov. 2022.

SERRANO VICENTE, M.I. et al. Agresiones a profesionales del sector sanitario en España, revisión sistemática. **Rev. Esp. Salud Pública**, Madrid, v.93, e201910097, 2019.

SEUN-FADIPE, C.T.; AKINSULORE A.A.; OGinni O.A. Workplace violence and risk for psychiatric morbidity among health workers in a tertiary health care setting in Nigeria: Prevalence and correlates. **Psychiatry research** vol. 272, p.730-736, 2019.

SHAHJALAL, M.; PARVEZ MOSHARAF, M.; MAHUMUD, R. A. Effect of workplace violence on health workers injuries and workplace absenteeism in Bangladesh. **Global Health Research and Policy**, v. 8, n. 1, 1 dez. 2023.

SHAMIA, N.A.; THABET, A.; VOSTANIS, P. Exposure to war traumatic experiences, post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth among nurses in Gaza. **Journal of psychiatric and mental health nursing** vol. 22,10, p.749-55, 2015.

SHI, L. et al. Prevalence and correlates of symptoms of post-Traumatic stress disorder among Chinese healthcare workers exposed to physical violence: A cross-sectional study. **BMJ Open**, v. 7, n. 7, 1 jul. 2017.

SHAHJALAL, M. et al. Workplace Violence Among Health Care Professionals in Public and Private Health Facilities in Bangladesh. **International Journal of Public Health**, v. 66, 31 dez. 2021.

SIEGRIST, J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. **Journal of Occupational Health Psychology**, Washington, v. 1, n. 1, p. 27-41, 1996.

SILVA, S.L.; BARRETO M.S. Adaptação transcultural para o português brasileiro da escala effort-reward imbalance: um estudo com trabalhadores de banco. **Rev Panam Salud Publica**. Washington, DC. V.27. n.1, 2010.

SILVEIRA, Andréa Maria. VIOLÊNCIA NO TRABALHO. In: MENDES, René (org.). **DICIONÁRIO DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR: conceitos, definições, história, cultura**. 1ª Edição. Novo Hamburgo (RS): Proteção Publicações LTDA, 2018. P. 1239.

SIMÕES, M. R. L. et al. Workplace violence among municipal health care workers in Diamantina, Minas Gerais, Brazil, 2017. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 18, n. 1, p. 82–90, 2020.

SINAN. **Ficha de de investigação: Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho**. Disponível em: [http://portalsinan.saude.gov.br/images/DRT/DRT\\_TranstornosMentais.pdf](http://portalsinan.saude.gov.br/images/DRT/DRT_TranstornosMentais.pdf). Acesso em: 10 de out. de 2022.

SOMVILLE, F. J.; DE GUCHT, V.; MAES, S. The impact of occupational hazards and traumatic events among Belgian emergency physicians. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**, v. 24, n. 1, 27 abr. 2016.

SOUSA, K.H.J.F. et al. Common mental disorders among health workers: integrative review/Transtornos mentais comuns entre trabalhadores da saúde: revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, Brasil, v. 13, p. 268–275, 2021. DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.8503.

SILVA, I. V.; AQUINO, E. M. L.; DE MATOS PINTO, I. C. Violência no trabalho em saúde: A experiência de servidores estaduais da saúde no Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 30, n. 10, p. 2112–2122, 1 out. 2014.

STAHL-GUGGER, A.; HÄMMIG, O. Prevalence and health correlates of workplace violence and discrimination against hospital employees – a cross-sectional study in German-speaking Switzerland. **BMC Health Services Research**, v. 22, n. 1, 1 dez. 2022.

SUN, T. et al. Workplace violence, psychological stress, sleep quality and subjective health in Chinese doctors: A large cross-sectional study. **BMJ Open**, v. 7, n. 12, 1 dez. 2017.

TAUSCH, A. et al. **Strengthening mental health responses to COVID-19 in the Americas: A health policy analysis and recommendations**. 2022.

TEIXEIRA, C. F. S. et al. The health of healthcare professionals coping with the covid-19 pandemic. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3465–3474, 2020.

TONSO, M. A. et al. Workplace Violence in Mental Health: A Victorian Mental Health Workforce Survey. **International journal of mental health nursing**, v. 25, n. 5, p. 444–451, 1 out. 2016.

TSUKAMOTO, S. A. S. et al. Burnout syndrome and workplace violence among nursing staff: A cross-sectional study. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 140, n. 1, 2022.

World Health Organization 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. (Technical Reports Series, 564).

VAN STEIJN, M. E. et al. Occupational well-being in pediatricians—a survey about work-related posttraumatic stress, depression, and anxiety. **European Journal of Pediatrics**, v. 178, n. 5, p. 681–693, 1 maio 2019.

VANCE, M. C. et al. Exposure to workplace trauma and posttraumatic stress disorder among intern physicians. **JAMA Network Open**, 8 jun. 2021.

VARGHESE, A. et al. Prevalence and determinants of workplace violence among nurses in the South-East Asian and Western Pacific Regions: a systematic review and meta-analysis. **Journal of clinical nursing** vol. 31,7-8 (2022): 798-819.

VIEIRA-MEYER, A. P. G. F. et al. Violence in the neighborhood and mental health of community health workers in a Brazilian metropolis. **Cadernos de Saude Publica**, v. 38, n. 12, 2022.

XIAO, Y. et al. Workplace violence against Chinese health professionals 2013-2021: A study of national criminal judgment documents. **Frontiers in public health** vol. 10 1030035. 19 Oct. 2022, doi:10.3389/fpubh.2022.1030035.

YAZBEK, M. C. et al. A conjuntura atual e o enfrentamento ao coronavírus: desafios ao Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**, n. 140, p. 5–12, abr. 2021.

YUN, J. Y.; MYUNG, S. J.; KIM, K. S. Associations among the workplace violence, burnout, depressive symptoms, suicidality, and turnover intention in training physicians: a network analysis of nationwide survey. **Scientific Reports**, v. 13, n. 1, 1 dez. 2023.

YUSOFF, H. M. et al. **Contemporary evidence of workplace violence against the primary healthcare workforce worldwide: a systematic review.** **Human Resources for Health** BioMed Central Ltd, , 1 dez. 2023.

ZAFAR, W. et al. Workplace Violence and Self-reported Psychological Health: Coping with Post-traumatic Stress, Mental Distress, and Burnout among Physicians Working in the Emergency Departments Compared to Other Specialties in Pakistan. **The Journal of emergency medicine** vol. 50,1. p. 167-77.e1, 2016.

ZANELLI, J. C.; KANAN, L. A. **Fatores de risco, proteção psicossocial e trabalho: Organizações que emancipam ou que matam.** Lages: Uniplac, 2018.

ZERACH, G.; SHALEV, T.B.I. The relations between violence exposure, posttraumatic stress symptoms, secondary traumatization, vicarious post traumatic growth and illness attribution among psychiatric nurses. **Archives of psychiatric nursing** vol. 29,3, p.135-42, 2015.

ZHANG, X. et al. **Trends in workplace violence involving health care professionals in China from 2000 to 2020: A review.** **Medical Science Monitor** International Scientific Information, Inc., , 8 jan. 2021.

ZHAO, X. et al. Mediating role of depression between workplace violence and job burnout among healthcare workers. *Zhong nan da xue xue bao. Yi xue ban = Journal of Central South University.* Medical sciences vol. 48,6. p. 903-90, 2023.

ZHU, P.P. et al. The Symptoms and Factors Associated With Posttraumatic Stress Disorder for Burns Nurses: A Cross-Sectional Study From Guangdong Province in China. **Journal of burn care & research : official publication of the American Burn Association** vol. 43,1. p. 189-195, 2022.

## **2. Modificações do Projeto de Pesquisa**

Foram realizadas algumas alterações no projeto original apresentado no exame de qualificação, seja por sugestões e recomendações da banca, seja pelo avanço das análises e identificação da natureza das informações e particularidades da distribuição dos dados coletados.

### **- ORDENAMENTO DAS REFERÊNCIAS:**

Foi modificada a ordem da disposição dos artigos na planilha de revisão literária, passando então a organiza-se por ordem cronológica, de forma decrescente, de acordo com o ano das publicações.

### **- AJUSTES DO CRONOGRAMA**

O cronograma de atividades precisou ser reorganizado, para que fosse possível o cumprimento das atividades propostas.

### **- QUESTÕES RELACIONADAS A ANÁLISES DE GÊNERO E ANÁLISES DE INTERAÇÃO:**

Por ser uma amostra majoritariamente composta por mulheres, análises estratificadas por sexo ficaram com muito baixa precisão e sem poder estatístico suficiente para fazer inferências, o que não permitiu aprofundar algumas análises de interação e modificação de efeito conforme sexo/gênero. Com isso, o terceiro objetivo específico, que objetivava analisar a interação entre a violência e fatores psicossociais do trabalho na associação com TMC nos trabalhadores/as, foi suprimido.

### **- INSTRUMENTOS DE PESQUISA**

No que tange ao uso dos instrumentos de pesquisa para as análises principais desta dissertação, ao longo do desenvolvimento das atividades, limpeza do banco de dados e realização das análises estatísticas, optou-se por utilizar somente a Escala de Desequilíbrio Esforço-Recompensa para avaliação dos aspectos psicossociais do trabalho, uma vez que foi o instrumento que melhor descreveu e discriminou os estressores ocupacionais. Além disso, houve perdas e problemas de preenchimento de informação no instrumento Job Content Questionnaire (JCQ), que inicialmente havia sido previsto para ser utilizado nas análises, o que

provocaria uma redução de 1.011 indivíduos para 923. Dessa forma, mantendo-se os elementos conceituais e teóricos que guiaram esse projeto, e não havendo prejuízo para as análises e para o conteúdo do mesmo, decidiu-se pela não utilização do instrumento JCQ nas análises, sendo priorizado o modelo de Siegrist para avaliação do Estresse Ocupacional.

#### -MENSURAÇÃO DA EXPOSIÇÃO PRINCIPAL

Dentre as perguntas do questionário do bloco X, específico para violência, optou-se por utilizar uma pergunta (número 6) mais simples e que tratava da vitimização direta ao trabalhador/a, sendo então selecionada para mensuração da exposição principal: “Você sofreu, nos últimos 12 meses, alguma agressão no seu trabalho?” Os demais questionamentos, de modo geral, englobavam as situações de violência sem distinguir a vitimização direta ao trabalhador/a ou se o mesmo havia somente testemunhado a violência.

### 3. Artigo Resultante do Projeto

#### **VIOLÊNCIA NO TRABALHO E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM TRABALHADORES/AS DA SAÚDE DE TRÊS MUNICÍPIOS BAIANOS.**

**Resumo:** A pandemia de COVID-19 desvelou condições adversas do trabalho em saúde, agravando riscos ocupacionais, como os fatores psicossociais e da organização do trabalho, e aumentando a magnitude dos problemas de saúde mental. Nesse contexto, os trabalhadores/as da saúde têm sido expostos a situações de violência no trabalho, o que os coloca em vulnerabilidade à medida que pode ter efeitos tanto na saúde física quanto mental. Dessa forma, analisou-se a associação entre violência ocupacional e Transtornos Mentais Comuns (TMC) em trabalhadores/as da atenção primária e média complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS) em três municípios baianos. Para tal, realizou-se um estudo transversal, com amostra estratificada e proporcional, representativa da população-alvo, com coleta de dados entre 2021 e 2022. Os participantes responderam um questionário estruturado, com instrumentos validados e informações sociodemográficas, ocupacionais e de saúde. O desfecho foi mensurado a partir do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), enquanto a exposição principal foi avaliada a partir de perguntas diretas e específicas sobre agressões e situações de violência. Aspectos psicossociais foram avaliados a partir da *Effort Reward Imbalance Scale* (ERI). Realizaram-se análises bivariadas e regressão logística múltipla, com cálculo de razões de odds e intervalo de confiança 95%. A prevalência de TMC foi 40,78%. Trabalhadores/as expostos a situações violentas apresentaram 2,2 vezes maior chance de apresentarem o desfecho (RO=2,28; IC95% 1,44- 3,59), mesmo após ajuste para fatores de confusão. Foram verificadas, ainda, associações positivas entre os estressores psicossociais do trabalho e TMC, sendo que indivíduos com alto desequilíbrio esforço-recompensa (DER) apresentaram 78% maior chance de TMC (RO=1,78; IC95% 1,21-2,62), enquanto os trabalhadores/as com comprometimento excessivo no trabalho tiveram cerca de 310% de maior chance de terem TMC (RO=4,14; IC95% 3,03-5,64). Os achados são consistentes com a literatura e reforçam a hipótese de que há forte associação entre exposição à violência no trabalho e TMC, especialmente no contexto pós-pandemia de COVID-19 no Brasil e no trabalho da linha de frente do Sistema Único de Saúde (SUS). A violência parece ser um fator de risco à saúde independente de outros estressores ocupacionais como o DER. A alta prevalência do desfecho e a magnitude das associações encontradas apontam para a necessidade urgente de ações preventivas e de promoção da saúde para trabalhadores/as da saúde no âmbito do SUS, com foco na organização do trabalho, de modo a reduzir a exposição à violência e a ocorrência de transtornos mentais nesse grupo.

**Palavras chaves:** transtornos mentais, violência; trabalhadores/as da saúde.

#### **Introdução**

A violência no ambiente de trabalho é compreendida como toda prática e/ou ato direcionado a qualquer indivíduo, que esteja exercendo atividades laborativas, manifestando-se de diversas formas (SILVEIRA, 2018, p.1239). No Brasil, os trabalhadores/as da saúde são

apontados como os mais vulneráveis ao risco de eventos dessa natureza, sendo observado o aumento do registro de casos durante a pandemia de COVID-19 (SILVEIRA, 2018, p.1239; LEONEL, 2021). Segundo a Fiocruz, durante esse período 40% dos trabalhadores/as de saúde afirmaram serem vítimas da violência no ambiente de trabalho, e 30,4% pontuaram que também sofreram atos discriminatórios (LEONEL 2021).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) atesta que a violência e o assédio ocupacional, são um fenômeno crescente desde os anos 1990, sobretudo nos países de baixa renda e com maior vulnerabilidade social (OIT, 1986; 2010; 2021; 2022), ao passo que a emergência sanitária da COVID-19 evidenciou tal problemática em escala global. A OIT esclarece, ainda, que ao serem expostos a tais situações de risco, diversas repercussões para a saúde e para o bem-estar podem surgir, acarretando desde sintomas e problemas de saúde físicos, como lesões, traumas e doenças crônicas, até problemas de saúde mental para o trabalhador/a vitimado. Além disso, reafirma-se o potencial maléfico que a violência ocupacional exerce em outras esferas da vida e para a sociedade em geral, afetando também todo um contexto que determina a saúde mental dos trabalhadores/as (OIT, 1986, 2010; 2021; 2022; DE ALMEIDA; FILHO; DE ANDRADE MARQUES, 2017; SAJEDIAN et al., 2023).

Dentre os agravos de saúde mais incapacitantes, destacam-se os Transtornos Mentais Comuns (TMC) (OIT, 2022), que são compreendidos como um conjunto de transtornos manifestados por sintomas de características não psicóticas, que afetam os indivíduos e sobretudo em suas relações sociais (GOLDBERG e HUXLEY, 1992). No Brasil, os transtornos mentais são a terceira causa no ranking de concessão de benefícios previdenciários e estão entre as 5 principais causas de afastamento das atividades trabalhistas (BRASIL – MF, 2017). Alguns estudos internacionais demonstram que a ansiedade, o estresse, a insônia, os sintomas depressivos, entre outros, são desfechos de saúde que estão associados à experiência violenta prévia no ambiente de trabalho (SARAGIH et al. 2022; MUSSE et al., 2022; QI et al., 2022; TONSO et al., 2016; PAI et al., 2015; MAGNAVITA, 2014; SAJEDIAN, et al., 2023; LEŻNICKA e ZIELIŃSKA-WIĘCZKOWSKA, 2022; ZHU et al., 2022; FANG et al., 2018). A literatura aponta ainda que desfechos mais graves como o suicídio podem estar associados à violência no trabalho, de modo que, além da morbidade relacionada aos TMC, a carga de doença dos desfechos mais graves relacionados a esse fenômeno já é uma realidade entre trabalhadores/as da saúde (BRAUN et al., 2021).

Tanto os TMC em trabalhadores/as quanto a violência de uma maneira geral são aspectos abordados pela literatura nacional e internacional ao longo das últimas décadas, tendo

uma relevância crescente nos últimos anos. Contudo, na maioria das vezes, cada um desses fenômenos é estudado isoladamente, além do que, para ambas as temáticas, os estudos já publicados não abrangem todos os trabalhadores/as que compõem o setor saúde, de modo que as investigações majoritariamente excluem das análises o pessoal que trabalha na área administrativa, limpeza, segurança e técnicos de área correlatas à saúde, focando apenas nos profissionais da saúde (principalmente enfermeiros e médicos). Além disso, apesar de existirem alguns trabalhos publicados sobre o tema em outros países, foi evidenciada escassez de estudos que analisaram a associação entre violência e TMC em trabalhadores/as da saúde, sobretudo no Brasil e no Nordeste Brasileiro. Os poucos estudos existentes avaliaram diversas formas de violência (urbana, doméstica), não focalizando a violência no trabalho. Ademais, nenhuma publicação encontrada investigava a relação existente entre violência no local de trabalho e TMC em trabalhadores/as da saúde, especialmente no contexto da atenção primária e média complexidade ao longo da pandemia de COVID-19.

Diante da lacuna no conhecimento encontrada, o presente artigo buscou analisar a associação entre violência no trabalho e TMC em trabalhadores/as da atenção primária à saúde e média complexidade em três municípios baianos.

## **Metodologia**

### **Desenho e local do estudo:**

Realizou-se um estudo epidemiológico do tipo transversal analítico, com trabalhadores/as da saúde nos municípios de São Gonçalo dos Campos, Cruz das Almas e Feira de Santana, localizados na Bahia. A cidade de Feira de Santana, localizada a 115 km da capital Salvador, é a maior cidade do interior do Estado e de todo interior nordestino, com cerca de 616.272 habitantes (IBGE, 2022), sendo um grande polo educacional e econômico com maior PIB do norte-nordeste em Serviços e Comércio. A 23 km de Feira de Santana, está o município de São Gonçalo dos Campos posto a 114.00 km de Salvador, localizado na Região Metropolitana de Feira de Santana (RMFS), com uma população estimada de 39.513 habitantes (IBGE, 2022), é o segundo município mais populoso da RMFS, de clima campestre, sua economia sustenta-se principalmente nas atividades do terceiro maior centro industrial do Estado, o Centro Industrial do Subaé. Já a cidade de Cruz das Almas, está situada no Recôncavo Bahiano, a 62 km de Feira de Santana e 146 km de Salvador, com população estimada em 60.348 habitantes (IBGE, 2022), cuja principal atividade econômica concentra-se na agricultura e no turismo expressivo na época dos tradicionais festejos juninos.

Este trabalho é um desdobramento do projeto integrado “Vigilância e Monitoramento de Doenças Infecciosas entre Trabalhadores e Trabalhadoras do Setor Saúde”, o qual avaliou também algumas doenças crônicas e questões de saúde mental, mensurando também aspectos psicossociais do trabalho, estressores e situações de violência.

### **População do estudo e procedimentos de amostragem**

A população alvo foram os trabalhadores/as da saúde da Atenção Básica e Média complexidade dos três municípios, com nível de instrução básico, técnico ou profissional, e que estivessem em efetivo exercício de suas funções no período da coleta de dados. Foram elegíveis para o estudo o total de 2.977 trabalhadores/as, sendo 168 em São Gonçalo dos Campos, 552 em Cruz das Almas e 2.257 em Feira de Santana. Foram excluídos aqueles com idade inferior a 18 anos e que ocupassem a função de estagiário no período referido. Foi realizada uma amostragem estratificada proporcional, segundo as características do público-alvo em termos de área geográfica, grupo ocupacional e tipos de serviços prestados na Rede Básica e de Média Complexidade (de acordo com o número de trabalhadores/as em cada localidade). Uma frequência estimada de 38,5% (com base nas doenças infecciosas estimadas, que era o objetivo principal do projeto integrado) foi considerada como parâmetro para o cálculo do tamanho da amostra. Considerando um erro aceitável de 2,0%, estimou-se uma amostra mínima de 1.133 trabalhadores/as de saúde, sendo proporcional ao número de trabalhadores/as de cada município. Com acréscimo de 20% para possíveis perdas e ajuste para confusão, a amostra final estimada seria de 1.356 indivíduos.

A coleta contemplou o total de 1204 participantes, sendo que destes 1.011 tinham informações completas para violência e aspectos psicossociais do trabalho (esforços, recompensas e comprometimento excessivo). A amostra final possibilitou estimar riscos (odds ratios) de até 1,7, considerando uma razão de expostos/não expostos de 1:5.

### **Coleta de Dados**

Primeiramente foram padronizados os procedimentos metodológicos e elaborado um Manual de Procedimentos e Condutas, para realização de oficinas, treinamentos e preparo dos entrevistadores. Realizou-se a capacitação com a equipe de coleta de dados, com teste e padronização das condutas. A coleta de dados e realização das entrevistas com a autoaplicação do questionário foi realizada entre abril de 2021 a abril de 2022.

O questionário foi subdividido em nove blocos, com identificação geral e informações sociodemográficas, questões relacionadas ao trabalho, sobre condições do ambiente de trabalho, as características psicossociais do trabalho; atividades domésticas e hábitos de vida, hábitos de vida e aspectos relacionados à saúde, questionamentos acerca da tuberculose, o arboviroses e por fim, questões relacionadas a violência. Para abastecimento do banco de dados, foi adotado o procedimento de dupla digitação, com controle de qualidade.

## **Mensuração das variáveis de interesse**

### **Desfecho**

Para caracterização do desfecho, os Transtornos Mentais Comuns – TMC foram mensurados a partir do instrumento Self Reporting Questionnaire (SRQ-20). O SRQ-20 é composto por 20 questões, com respostas dicotômicas (sim/não), onde ao final de sua aplicação é obtido um escore com a soma das respostas positivas (SANTOS et al., 2010). O SRQ-20 é utilizado para rastreamento de transtornos não-psicóticos, de fácil aplicabilidade e baixo custo; tendo seu uso recomendado pela OMS, principalmente em países subdesenvolvidos/periféricos (MARI e WILLIANS, 1986; GONÇALVES, STEIN e KAPCZINSKI, 2008). No Brasil, o instrumento foi validado por Mari e Willians em 1986 (MARI e WILLIANS, 1986).

Após a coleta dos dados e compilação das respostas ao instrumento nas entrevistas, e considerando os estudos de validação do SRQ-20 em diferentes populações, foram adotados pontos de corte específicos conforme o sexo para definição de caso de TMC, sendo 5 para indivíduos do sexo masculino e 7 para o sexo feminino, baseado nas características do grupo investigado (SANTOS et al., 2010).

### **Exposição principal:**

A exposição à violência no trabalho foi avaliada pelo autorrelato dos trabalhadores/as, por meio das entrevistas e preenchimento do bloco X, contido no questionário estruturado. Foi utilizada uma pergunta única a seguir, com quatro possibilidades de resposta (nunca, uma vez, algumas vezes, com frequência): “Você sofreu, nos últimos 12 meses, alguma agressão no seu trabalho”? A variável foi dicotomizada (sim/não), sendo que todos os indivíduos que responderam ter sofrido o evento ao menos uma vez no último ano foram considerados como expostos à violência.

### **Exposições secundárias e/ou covariáveis:**

Foi utilizado também o questionário Effort Reward Questionnaire – ERI, para avaliar o estresse no ambiente de trabalho. O modelo do desequilíbrio dos esforços e recompensa propostos pelo ERI, está relacionado com os esforços empregados pelo trabalhador/a no desempenhar de suas atividades, e a recompensa por ele recebida (CHOR et al., 2008). O modelo é de suma importância para o campo da saúde do trabalhador/a, uma vez que o desequilíbrio entre o alto esforço e a baixa recompensa recebida, podem desencadear sofrimento físico e/ou emocional. O ERI é composto por 23 questões, com respostas também em escala likert, variando do “discordo totalmente” (escore 1) ao “concordo totalmente” (escore 4) (CHOR, et al., 2008; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2018).

No Brasil, o instrumento foi validado por meio de dois estudos que apontaram evidências positivas e o seu bom desempenho de modo geral; foram eles, um realizado por Chor et al em 2008 (CHOR, et al., 2008) com 111 trabalhadores/as da saúde e de uma universidade, e outro desenvolvido com 100 trabalhadores/as bancários em 2010, por Silva e Barreto (SILVA; BARRETO, 2010).

O desequilíbrio esforço-recompensa (DER), variável de exposição, foi obtida a partir da dicotomização em alto e baixo das três dimensões (esforço, recompensa e comprometimento excessivo com o trabalho), utilizando a média como ponto de corte. Para cálculo dos indicadores foi utilizado a seguinte razão:  $e/(r*c)$ , onde o “e” representa os itens de esforço somados, o “r” o escore dos itens de recompensa e o “c” diz respeito ao fator de correção, o quociente do quantitativo dos itens do numerador e do denominador, comparando-os, adotando então o valor de 15 como ponto de corte para esforço, 31 para recompensa e 14 para comprometimento excessivo. O indicador de DER foi categorizado a partir dos tercis dos escores finais em desequilíbrio baixo, médio e alto, e o excesso de comprometimento foi dicotomizado a partir da média, considerando-se assim a análise do ERI em seu modelo completo (SILVA; BARRETO, 2010; CHOR, et al., 2008; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2018).

Utilizaram-se também, como variáveis independentes as características sociodemográficas: sexo, idade em anos, raça/cor da pele, estado civil, se tem filhos, nível de escolaridade; e informações gerais sobre o trabalho, como: cargo, vínculo do trabalho atual, jornada de trabalho.

## **Análise estatística**

A análise dos dados foi realizada por meio do Pacote Estatístico Stata, versão 14. Primariamente, foi feita a análise descritiva da amostra, com uso de medidas de tendência central e dispersão para avaliação das variáveis de interesse. Em seguida foi feita a análise univariada para verificar a distribuição e descrever as frequências das variáveis dependente e independentes. Na sequência, foi realizada a análise bivariada, para teste da associação entre os fatores de risco e os TMC, tendo sido calculadas as razões de odds brutas por meio de regressão logística simples para cada variável independente. Por fim, realizou-se a análise multivariável através da regressão logística múltipla, para avaliação da associação entre violência e TMC (associação principal), controlando para fatores de confusão, estimando as razões de odds de prevalência ajustada (PEARCE, 2004). Foram consideradas associadas ao desfecho as variáveis com  $p < 0,05$  (nível de significância estatística a 5%). Foram mantidas no modelo final, para controle de confundimento, todas as variáveis que, pela literatura, são relevantes para a associação de interesse. A inserção das variáveis e a apresentação do modelo múltiplo foi feita por nível hierárquico, conforme modelo teórico-conceitual, sendo incluídas no primeiro nível as variáveis demográficas, no segundo as variáveis sócio-ocupacionais, no terceiro os estressores psicossociais do trabalho e no último a violência.

## **Aspectos éticos.**

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, seguindo as especificações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido apreciado e aprovado, e estando registrado na Plataforma Brasil sob Nº 90204318.2.0000.0053. Foi obtido o consentimento livre e esclarecido de todos os participantes.

## Resultados

**Tabela 1.** Distribuição e prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) entre trabalhadores/as da atenção primária à saúde e média complexidade dos três municípios baianos, conforme características sociodemográficas/ocupacionais, e fatores de risco para TMC (análise bivariada). Bahia, Brasil, 2021-2022 (n=1.011).

Variáveis	n total (%)	TMC (%)	RO (IC 95%)	p-valor
<b>Sexo</b>				
Masculino	187 (18,50%)	68 (36,36%)	1,00	
Feminino	824 (81,50%)	349 (41,65%)	1,22 (0,88-1,70)	0,218
<b>Idade (anos)</b>				
18-34	220 (21,76%)	98 (44,34%)	1,00	
35-44	394 (38,97%)	163 (41,06%)	0,86 (0,61-1,20)	0,376
45-54	284 (28,09%)	120 (41,10%)	0,83 (0,58-1,19)	0,321
55 ou mais	113 (11,18%)	36 (31,30%)	0,55 (0,34-0,90)	0,017
<b>Escolaridade</b>				
Esp/M.e/Dr.	198 (19,58%)	81 (40,50%)	1,00	
Ens. sup. comp.	249 (24,63%)	101 (39,76%)	0,96 (0,65-1,40)	0,839
Ens. sup. incop.	73 (7,22%)	43 (58,90%)	2,15 (1,25-3,72)	0,006
Ens. técnico	187 (18,50%)	64 (34,04%)	0,78(0,51-1,18)	0,250
Ens. médio comp.	247 (24,43%)	108 (43,20%)	1,13 (0,77-1,65)	0,521
Ens. médio incop.	57 (5,64%)	20 (33,33%)	0,75 (0,40-1,39)	0,370
<b>Cor da pele</b>				
Branca	88 (8,70%)	33 (36,67%)	1,00	
Preta	362 (35,81%)	159 (43,68%)	1,40 (0,86-2,28)	0,166
Parda	542 (53,61%)	216 (39,13%)	1,17(0,73-1,87)	0,508
Indígena/Amarela/ Outra	19 (1,88%)	9 (47,37%)	1,65 (0,60-4,50)	0,324
<b>Filhos</b>				
Não	284 (28,09%)	112 (39,16%)	1,00	
Sim	727 (71,91%)	305 (41,27%)	1,05 (0,79-1,39)	0,710
<b>Situação conjugal</b>				
Casado(a)/com companheiro (a)	565 (55,89%)	247 (43,03%)	1,00	
Sem companheiro(a)	446 (44,11%)	170 (37,67%)	0,79 (0,61-1,02)	0,071
<b>Município</b>				
Cruz das Almas	363 (35,91%)	149 (40,93%)	1,00	
Feira de Santana	522 (51,63%)	205 (38,39%)	0,88 (0,67-1,16)	0,394
São Gonçalo dos Campos	126 (12,46%)	63 (49,61%)	1,40 (0,93-2,11)	0,100

<b>Vínculo</b>				
Serv. Pub. Est.	563 (55,69%)	247 (43,26%)	1,00	
CLT	207 (20,47%)	82 (39,05%)	0,82 (0,59-1,14)	0,261
Outros	241 (23,84%)	88 (36,07%)	0,71 (0,52-0,98)	0,037
<b>Jornada</b>				
Até 36h/sem	112 (11,08%)	41 (36,28%)	1,00	
40 a 48h/sem	705 (69,73%)	297 (41,60%)	1,27 (0,84-1,92)	0,254
>48h/sem	194 (19,19%)	79 (39,90%)	1,15 (0,71-1,87)	0,548
<b>Cargo</b>				
Nível Superior	241 (23,84%)	98 (43,33)	1,00	
Nível Técnico	203 (20,08%)	76 (37,44%)	0,88 (0,60-1,30)	0,545
ACS	236 (23,34%)	122 (50,21%)	1,48 (1,03-2,13)	0,033
ACE	105 (10,39%)	38 (35,85%)	0,84 (0,52-1,35)	0,477
Outros	226 (22,35%)	83 (36,09%)	0,79 (0,54-1,16)	0,283
<b>ERI</b>				
Leve	341 (33,73%)	94 (27,33%)	1,00	
Moderado	346 (34,22%)	138 (39,32%)	1,77 (1,28-2,45)	<0,001
Alto	324 (32,05%)	185 (56,06%)	3,47 (2,51-4,81)	<0,001
<b>Excesso de comprometimento</b>				
Não	512 (50,64%)	117 (22,63%)	1,00	
Sim	499 (49,36%)	300 (59,06%)	4,91 (3,73-6,45)	<0,001
<b>Violência</b>				
Não	894 (88,43%)	333 (37,25%)	1,00	
Sim	117 (11,57%)	75 (64,10%)	3,00 (2,01-4,49)	<0,001

1.204 trabalhadores e trabalhadoras da saúde participaram da pesquisa, dos quais 1.011 (84,0%) tinham informações completas para as variáveis sociodemográficas e ocupacionais, incluindo dados sobre estressores do trabalho e violência. Assim a amostra final desta análise foi composta por esses 1.011 trabalhadores/as da saúde, sendo Feira de Santana o município com maior número de trabalhadores/as (n=522, correspondendo a 51,6%), seguido de 35,9% (n=363) em Cruz das Almas e 12,5% (n=126) em São Gonçalo. Entre os entrevistados, 81,5% (n= 824) eram do sexo feminino, 39,0% (n=394) estavam na faixa etária entre 35 e 44 anos, 53,6% (n=542) declaram-se como sendo de cor parda, 71,9% (n=727) afirmaram ter filhos e 55,9% (n=565) eram casados (as) e/ou possuía companheiro (a). Em relação ao nível de formação, 24,6 % (n=249) eram trabalhadores/as com nível superior e 24,4% (n=247) com nível médio (tabela 01).

No que tange as características pertinentes ao trabalho, 55,7% (n=563) eram servidores públicos estaduais, 69,7% (n=705) cumpriam jornada semanal de 40 a 48/h, 23,8% (n=241) ocupavam cargo profissional de nível superior, seguidos de 23,3% (n=236) que ocupavam o cargo de Agente Comunitário de Saúde (ACS) (tabela 01).

Em relação aos estressores psicossociais do trabalho, a partir dos escores do ERI, 32,0% (n=324) foram classificados como alto desequilíbrio esforço-recompensa (DER), 34,2% (n=346) como DER moderado, seguido de 33,7% (341) correspondente ao leve DER. Já 49,4% (n=499) foram classificados como pessoas com excesso de comprometimento (EC) com o trabalho. Com relação a vivência de situações violentas no local de trabalho, 11,6% (n=117) relataram terem sofrido violência no trabalho, enquanto 88,4% (n=894) afirmaram não terem sido expostos à violência até o momento da coleta de dados (tabela 01).

A prevalência global dos transtornos mentais comuns na população investigada foi de 40,4%. Na análise bivariada, considerando as características sociodemográficas, não foi encontrada associação entre sexo e TMC. Entretanto, foi observada associação negativa entre faixa etária e TMC, com uma chance de TMC 45% menor entre indivíduos com 55 anos ou mais (RO = 0,55; IC95% 0,34-0,90). O mesmo foi observado entre o tipo de vínculo e TMC, sendo que aqueles que não eram servidores públicos ou celetistas (CLT) (prestadores de serviço, cooperativado, terceirizado), tiveram uma chance 29% menor de apresentarem o transtorno (RO= 0,71; IC95% 0,52-0,98). Já entre escolaridade e TMC, foi encontrada uma associação positiva, de modo que aqueles com nível superior incompleto apresentaram cerca de 115% maior chance de terem TMC (RO = 2,15; IC95% 1,25-3,72). No que diz respeito a ocupação de cargos, também foi encontrada uma associação positiva, de maneira que os ocupantes dos cargos de ACS tiveram cerca de 50% maior chance de apresentarem o desfecho (RO: 1,48; IC95% 1,03-2,13). Em relação aos aspectos psicossociais e violência do trabalho, foram observadas associações positivas do alto DER, do excesso de comprometimento com o trabalho e da exposição à violência laboral com TMC, em comparação aos indivíduos com baixo DER, sem excesso de comprometimento e não expostos à violência, respectivamente (tabela 01).

Considerando a relação entre DER e TMC, aqueles com moderado desequilíbrio apresentaram cerca de 77% maior chance de terem TMC (RO=1,77; IC95% 1,28-2,45), enquanto aqueles com alto desequilíbrio apresentaram cerca de 247% maior chance de terem o desfecho (RO=3,47; IC95% 2,51-4,81). Já os indivíduos com comprometimento excessivo com o trabalho apresentaram cerca de 390% maior chance de terem TMC (RO=4,91; 3,73-6,45),

enquanto os que foram expostos à violência tiveram por volta de 200% maior chance de apresentarem o desfecho (RO=3,00; 2,01-4,49) (tabela 01) nas análises bivariadas.

**Tabela 2** – Fatores associados a TMC entre trabalhadores/as de saúde da APS e média complexidade do interior da Bahia. Brasil, 2021-2022 (n=1.011).

<b>Variáveis</b>	<b>ROP (IC95%)</b>
	<b>Análise ajustada</b>
<b>1º Nível - Variáveis sociodemográficas</b>	
<b>Sexo</b>	
Masculino	REF
Feminino	1,08 (0,73-1,58)
<b>Idade</b>	
18-34	REF
35-44	0,72 (0,49-1,06)
45-54	0,58 (0,37-0,89)
55 ou mais	0,36 (0,20-0,64)
<b>Escolaridade</b>	
Esp/M.e/Dr.	REF
Ens. sup. comp.	1,14 (0,72-1,80)
Ens. sup. incomp.	2,70 (1,35-5,37)
Ens. técnico	0,91 (0,50-1,66)
Ens. médio comp.	1,48 (0,85-2,58)
Ens. médio incomp.	1,37 (0,63-3,00)
<b>Cor da pele</b>	
Branca	REF
Preta	1,12 (0,63-1,97)
Parda	1,06 (0,62-1,81)
Indígena/Amarela/Outra	1,41 (0,44,-4,54)
<b>Município</b>	
Cruz das Almas	REF
Feira de Santana	0,79(0,56-1,11)
São Gonçalo dos Campos	1,51 (0,93-2,44)
<b>2º Nível – Variáveis ocupacionais</b>	
<b>Vínculo</b>	
Serv. Pub. Est.	REF
CLT	1,28 (0,77-2,12)
Outros	1,10 (0,69-1,74)
<b>Cargo</b>	
Nível Superior	REF
Nível Técnico	1,04 (0,58-1,87)
ACS	1,53 (0,82-2,87)
ACE	1,35 (0,68-2,67)
Outros	0,91 (0,52-1,59)
<b>Jornada</b>	
Até 36h/sem	REF

40 a 48h/sem	0,84 (0,52-1,36)
>48h/sem	0,83 (0,48-1,43)

### 3º Nível – Aspectos psicossociais

#### ERI

Leve	REF
Moderado	1,32 (0,92-1,89)
Alto	1,78 (1,21-2,62)

#### Excesso de comprometimento

Não	REF
Sim	4,14 (3,03-5,64)

### 4º Nível - Violência

Não	REF
Sim	2,28(1,44- 3,59)*

\*Ajustado por sexo, idade, escolaridade, cor da pele, município, tipo de vínculo, cargo, jornada, desequilíbrio esforço-recompensa e excesso de comprometimento.

No modelo de regressão múltipla (tabela 02), exceto pela idade e escolaridade, nenhuma outra variável sociodemográfica ou relacionada ao perfil ocupacional apresentou associação estatisticamente significativa com o desfecho. Foi observada a permanência da associação negativa entre faixa etária e TMC, com chance 64% menor do desfecho entre indivíduos com 55 anos ou mais (RO = 0,36; IC95% 0,20-0,64), em comparação aos indivíduos mais jovens (18 a 34 anos). A associação positiva entre escolaridade e TMC permaneceu significativa e com maior magnitude, de modo que os indivíduos com ensino superior incompleto passaram a ter 170% maior chance de terem o desfecho (RO: 2,70; IC95% 1,35-5,37) na comparação com aqueles com mais escolaridade (nível de especialização, mestrado e doutorado). Já a associação negativa entre vínculo e TMC deixou de ser significativa no modelo múltiplo (tabela 02).

Com relação aos aspectos psicossociais do trabalho, na análise multivariável, as associações entre estressores ocupacionais e TMC seguiram positivas. Aqueles com alto DER apresentaram 78% maior chance de terem o desfecho (RO=1,78; IC95% 1,21-2,62), em comparação aos com DER leve. Já os que tinham comprometimento excessivo com o trabalho apresentaram cerca de 4,1 vezes maior chance de terem TMC (RO=4,14; IC95% 3,03-5,64), comparados aos que não tinham comprometimento excessivo.

Na análise da associação principal, após ajuste para sexo, escolaridade, cor da pele, município, vínculo, cargo, jornada, DER e EC, os trabalhadores/as da saúde expostos a situações violentas no trabalho apresentaram cerca de 2,3 vezes mais chance de terem TMC (RO=2,28; IC95% 1,44-3,59), quando comparados aos não expostos à violência (tabela 02).

## Discussão

Os resultados principais deste estudo, ao evidenciarem uma associação positiva de grande magnitude (RO de 2,28) entre violência no trabalho em saúde e TMC, mesmo após ajuste para diversos possíveis fatores de confusão – incluindo covariáveis sociodemográficas, perfil ocupacional e estressores psicossociais do trabalho – revelam que a exposição à violência no trabalho em saúde da APS e média complexidade do SUS pode ser um determinante importante da saúde mental desse grupo de trabalhadores/as. Além disso, confirma-se a hipótese de que a violência no trabalho é um fator de risco independente para problemas de saúde mental, uma vez que mesmo após ajuste para DER e comprometimento excessivo, a associação principal permaneceu forte. Ademais, não é possível descartar que a magnitude dessa associação esteja subestimada, já que aqueles que sofrem situações de violência grave tendem a se afastar das atividades laborais por quadros de saúde mais graves e prolongados, podendo desenvolver transtornos de difícil tratamento e lenta recuperação como os transtornos de estresse pós-traumático, por exemplo (ZHU, et al., 2022; VANCE, et al., 2021; MOTREFF, et al., 2020).

A magnitude dos TMC, com uma prevalência de 40,8% em toda a amostra, foi alta, confirmando a relevância desse problema de saúde pública, particularmente no contexto laboral do trabalho em saúde pós-pandemia de COVID-19. Os achados revelam uma prevalência maior do que a encontrada em outros estudos brasileiros que utilizaram o SRQ-20, sendo o primeiro com Agentes Comunitários de Saúde, no qual foi encontrada a prevalência de 32,1% de TMC (VIEIRA-MEYER et al., 2022), e o segundo, realizado com a equipe de enfermagem de um hospital geral localizado em Salvador (ARAÚJO et al., 2003), com prevalência de 33,3%. Além disso, foi uma prevalência muito maior – aproximadamente o dobro – do que a encontrada em trabalhadores/as da saúde da atenção básica na Bahia em 2012, cuja prevalência foi de 21,0% (ARAÚJO et al., 2016), o que pode sugerir uma tendência de aumento da ocorrência desses transtornos. Comparando-se trabalhadores/as da saúde da Bahia com os de outras categorias profissionais, observa-se uma maior prevalência de TMC entre os trabalhadores/as da saúde do que em outras categorias como motoristas de ônibus e caminhoneiros (ASSUNÇÃO; DA SILVA, 2013; DE OLIVEIRA; CARLOTTO, 2020), por exemplo. Já ao analisar o cenário internacional dos trabalhadores/as da saúde, observa-se uma maior prevalência de TMC entre os brasileiros (CHENG; CHENG, 2017). Dessa forma, esses achados sugerem a existência de possíveis particularidades do trabalho em saúde no Brasil, o que poderia agravar situações de

adoecimento psíquico no território nacional e, mais especificamente no trabalho em saúde do nordeste brasileiro e da Bahia.

Com relação ao sexo como um fator de risco para TMC, diversos estudos evidenciam uma associação positiva entre ser do sexo feminino e ter maior ocorrência do desfecho (CARVALHO; ARAÚJO; BERNARDES, 2016; VIEIRA-MEYER et al., 2022), porém este fato não foi evidenciado neste estudo. A amostra majoritariamente feminina e o contexto da pandemia no Brasil poderiam justificar esses achados divergentes da literatura, tendo em vista que todos os trabalhadores/as da saúde tiveram um processo severo de sobrecarga e intensificação do trabalho (TEIXEIRA, et al., 2020). Soma-se a isso a conjuntura nacional de vulnerabilidade social e a condução desastrosa da pandemia no Brasil (CALIL, 2020), o que pode ter afetado desigualmente homens e mulheres. Apesar de a diferença não ter sido estatisticamente significativa, importa ressaltar que a maior ocorrência do desfecho na amostra, foi entre os indivíduos do sexo feminino (41,6%, em comparação aos 36,4% no sexo masculino). Em contrapartida, a faixa etária teve associação negativa com TMC, com uma chance 45% menor entre aqueles com 55 anos ou mais, o que pode ser compreendido a partir de um processo positivo do envelhecimento, no qual os indivíduos que “resistem” e permanecem no trabalho até as idades mais avançadas passam a possuir uma maior capacidade de enfrentamento e resiliência frente as adversidades do que os mais jovens (DA SILVA JÚNIOR, et al., 2019; SILVA JÚNIOR; EULÁLIO, 2022). Outro motivo que poderia justificar essa associação seria a ocorrência de um efeito do trabalhador sadio, no qual os trabalhadores/as adoecidos, com o avançar da idade, acabariam saindo do trabalho, principalmente aqueles em condições adversas e com exposição aos riscos da pandemia.

Outro achado que confirma os resultados de diferentes estudos prévios é a associação positiva evidenciada entre escolaridade e TMC, na qual os que tem ensino superior incompleto tiveram cerca de 115% e 170% maior chance de apresentarem o desfecho nas análises bivariada e multivariável, respectivamente. Achados similares com a mesma direção da associação também foram verificados em trabalhadoras urbanas do município de Feira de Santana (FARIAS; ARAÚJO, 2011) e em mulheres de um município mineiro (MARCACINE et al., 2020). Este fato pode ser compreendido como resposta ao processo educacional, o qual pode influenciar o desenvolvimento de certas habilidades do intelecto, qualificando a autonomia, independência e capacidade para tomada de decisões, o que, por sua vez, pode fortalecer mecanismos protetores tanto da saúde física, quanto mental (STEWART; ASHRAF; MUNCE, 2006). Por outro lado, há estudos na literatura que demonstram uma relação contrária, ou seja,

quanto maior o nível de formação educacional, maior chance de os sujeitos desenvolverem o TMC (SILVA, 2008; ALARCON, 2014), o que se justificaria pela alta cobrança sobre profissionais com elevada titulação acadêmica, uma vez que ocupam cargos com altas exigências de produtividade, impostas pelos novos modelos gerenciais (ALARCON, 2014).

Tais modelos gerenciais ainda estão marcados pelo preconceito e segregação racial. Um estudo no Estado da Bahia, com trabalhadores/as da saúde evidenciou que a prevalência dos TMC foi maior entre mulheres, e comparando o quesito cor da pele, o desfecho foi maior entre aquelas de pele negras (23,7% e não negras: 19,6%); o mesmo ocorreu entre os homens do mesmo estudo (negros: 17,6%, e não negros: 14,7%) (CAMPOS, et al., 2020). Apesar de não ter sido encontrada associação estatisticamente significativa entre cor da pele e o desfecho em nosso estudo, a ocorrência de TMC em pessoas da cor preta foi 7,0 pontos percentuais maior do que na população branca (43,7 e 36,7%, respectivamente). A falta de significância estatística, neste caso, pode ter ocorrido por baixo poder estatístico, tendo em vista o número pequeno de indivíduos brancos. Analisar desigualdades raciais em saúde permanece sendo imprescindível e deve seguir sendo investigada em estudos com maior poder estatístico, uma vez que trabalhadores(as) negros(as), apesar de ocuparem 54,9% da força de trabalho no Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019), recebiam cerca de R\$ 1.188,00 reais a menos que trabalhadores/as brancos, e quando avaliadas as condições de trabalho, em 2022, pela Auditoria Fiscal do Trabalho, 84% dos trabalhadores que foram resgatados de condições análogas à escravidão eram autodeclarados como pretos ou pardos (PAJOLLA, 2022). Tais questões de desvalorização e desigualdades são fatores que aumentam a vulnerabilidade do indivíduo e influenciam o adoecimento psíquico (PASCOE e RICHMAN, 2009).

Com exceção da variável vínculo e cargo, outras características de perfil ocupacional aqui investigadas não foram associadas ao desfecho, divergindo da literatura e não confirmando algumas hipóteses. Em relação ao vínculo, trabalhadores com vínculos mais precários foram os que apresentaram as menores ocorrências do desfecho 36,1%, enquanto os servidores públicos tiveram a maior prevalência (43,3%), ou seja, trabalhadores/as com vínculos mais precários, apresentaram uma chance 29% menor de terem o desfecho (RO: 0,71; IC95% 0,52-0,98), quando comparados aos servidores públicos estaduais. Esse fato pode ser compreendido, em parte, pelo maior tempo de serviço dos servidores em seus cargos, cujo ingresso se dá por concurso público, com possibilidade de estabilidade no trabalho, o que não acontece entre os trabalhadores/as com vínculos precários. Dessa forma, servidores/as podem ter maior tempo de

exposição a diversas situações de precariedade e pressão no ambiente de trabalho, o que pode acarretar maior desgaste, com maiores níveis de estresse, como pontuam Nunes e Souza (2017). O cargo da ocupação foi outra característica do perfil ocupacional associada aos TMC, de modo que os ACS apresentaram cerca de 50% maior chance de terem o TMC, quando comparados a aqueles que ocupavam cargos de nível superior (RO:1,48; IC95% 1,03-2,13). A literatura discute que as condições psicossociais do indivíduo, assim como as condições gerais ofertadas no ambiente de trabalho, como a eventual insegurança e o fato de muitos residirem no mesmo território que laboram, por exemplo, são fatores cruciais para o desenvolvimento de TMC nesta categoria de trabalhadores/as (LINO, 2013).

Em contrapartida a esses achados, no que tange aos estressores ocupacionais e à violência, estas variáveis demonstraram associação de expressiva magnitude, sugerindo um protagonismo dos determinantes do trabalho sobre a saúde mental, em detrimento do papel de algumas características demográficas individuais, biológicas ou do perfil ocupacional em si. Discute-se, assim, que ter uma organização do trabalho mais adequada é o que parece ser mais determinante para menores ocorrências de TMC.

Com a precarização da força de trabalho e com a implantação de novos modelos de gestão laboral, os trabalhadores/as passaram a ser vistos como “máquinas produtivas”, e essa nova visão influi nos fatores psicossociais, na medida em que impõe mudanças nos processos de trabalho, incentivando a otimização, agilidade e racionalidade dos recursos, que além de enfraquecerem as relações entre os colegas de trabalho, estimulam a competitividade (DEJOURS, 1995; MOROSINI, 2016). As altas exigências produtivas exercem fortes influências nos aspectos psicossociais e na dinâmica do trabalho, impondo aos trabalhadores/as níveis de estresse com potenciais efeitos nocivos (CHOR, et al., 2008).

Siegrist (1996) discute que todo ser humano emprega certo esforço com o objetivo de receber uma recompensa, inclusive no ambiente de trabalho, onde, ao se empenhar em suas tarefas, espera com isso um retorno efetivo. Quando isso ocorre, suas expectativas são atendidas de forma positiva. Entretanto, quando a situação é inversa, observa-se o fenômeno do DER. Nesta amostra, o alto DER foi fortemente associado aos TMC tanto nas análises bivariadas quanto no modelo múltiplo, com uma magnitude de efeito (OR= 1,78; IC95% 1,21-2,62) semelhante à de outros estudos, confirmando os achados de Oliveira e Araújo (2018) e Araújo et al. (2016). No que diz respeito ao comprometimento excessivo com o trabalho, tal condição também esteve associada aos TMC, com uma grande magnitude de efeito (chance 4 vezes maior entre os que tinham comprometimento excessivo). A medida de associação aqui encontrada foi

mais do que o dobro da verificada cerca de 10 anos antes no Estado da Bahia (De Araújo et al. 2016). Esses resultados sugerem que o comprometimento demasiado com o trabalho, que passa a ser uma exigência das novas formas de gestão e que se exacerba no contexto das adversidades da pandemia, pode gerar um desgaste mental ainda maior nos trabalhadores/as, aumentando a ocorrência de transtornos mentais.

Ainda no que tange aos aspectos psicossociais do trabalho, a forte associação da violência no ambiente de trabalho com os TMC, tanto nas análises bivariadas quanto nas ajustadas, reforçam a relevância dessa exposição no ambiente laboral e particularmente no trabalho em saúde na Bahia e no Brasil. Os resultados aqui encontrados concordam com a literatura, a qual tem apontado em alguns estudos recentes que as situações de violência laboral aumentam o risco de desenvolvimento de desordens mentais, como os TMC, TEPT, ansiedade, entre outras (TSUKAMOTO et al., 2022; GIMÉNEZ LOZANO; MARTÍNEZ RAMÓN; MORALES RODRÍGUEZ, 2021; PACHECO et al., 2021; PAI et al., 2015; SAJEDIAN, et al., 2023; VANCE et al., 2021; PALMA; ANSOLEAGA; AHUMADA, 2018). A violência tem se destacado como uma problemática social importante nacionalmente, gerando enorme carga de doença (BRASIL, 2005; FACHIN, 2018) e repercussões dispendiosas para o setor da saúde (VIEIRA-MEYER et al., 2022). A literatura expõe que várias são as formas da perpetração da violência contra os trabalhadores/as da saúde, sendo a agressão verbal e física os tipos mais observados para este fenômeno de escala global (YUSOFF, et al., 2023; HADAVI, et al., 2023; TSUKAMOTO et al., 2022; LA TORRE et al., 2022; ÖZDAMAR ÜNAL, İŞCAN e ÜNAL, 2022).

No que diz respeito aos perpetradores dos atos violentos, citam-se primeiramente os pacientes e/ou seus acompanhantes (REHAN, et al., 2023; XIAO et al., 2022; ALSMAEL; GORAB e ALQAHTANI, 2020; SIMÕES et al., 2020; DE ALMEIDA; FILHO; DE ANDRADE MARQUES, 2017), seguido dos colegas de trabalho (CHEUNG; LEE; YIP, 2018; BORDIGNON; MONTEIRO, 2021; MOLINOS et al., 2012). Oliveira et al., (2020) pontua que além da interferência nos processos de trabalho e dos prejuízos físicos e mentais, a violência ocupacional impacta a sociedade como um todo, visto que o adoecimento decorrente dela leva ao afastamento e/ou aposentaria precoce dos sujeitos, além de poder acarretar casos graves, como os de suicídio, gerando elevada carga de doença, sofrimento e custos sociais e econômicos.

Embora este estudo tenha agregado para a construção do conhecimento sobre possíveis impactos da violência no trabalho em saúde ao longo da pandemia de COVID-19, destacamos

que ele tem limitações, as quais perpassam pelo desenho do estudo, pelos desafios de mensuração da exposição principal e por dificuldades da coleta de dados no contexto da pandemia de COVID-19. O delineamento transversal implica uma avaliação simultânea das exposições e do desfecho, não sendo possível garantir a temporalidade entre a exposição à violência e o surgimento do transtorno mental. Apesar de não podermos descartar totalmente a existência de causalidade reversa na associação principal estudada, isso seria algo pouco plausível, já que o período recordatório da exposição foi de 12 meses, enquanto o do SRQ-20 foi de 30 dias. A mensuração da violência foi feita por meio de pergunta direta e autorrelato sobre a vivência prévia da violência, o que poderia incorrer em viés de informação. Entretanto, não há um instrumento específico validado para mensurar essa exposição, especialmente no contexto do trabalho em saúde brasileiro. Dessa forma, optou-se pela utilização de pergunta direta de simples entendimento e que tratasse da vitimização com agressão direta ao trabalhador/a. Outra possível limitação foi as perdas de informação para algumas das variáveis investigadas no estudo no decorrer da análise do banco, proveniente da ausência de resposta pelo participante ou da falha na alimentação do banco de dados, o que implicou a perda de 193 indivíduos que não tinham informação completa para as variáveis utilizadas neste estudo. Todavia, análises exploratórias indicaram que tais déficits não prejudicaram a análise principal.

Em contrapartida, este estudo tem pontos fortes que merecem destaque, como a amostra representativa e ampla de três municípios baianos e a utilização de instrumentos validados para mensuração do desfecho e de covariáveis principais, incluindo os estressores do trabalho. Além disso, este é um dos poucos estudos do setor saúde que englobam todos os trabalhadores/as da APS e média complexidade, inclusive pessoal de apoio, limpeza, agentes de saúde, entre outros. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL – MS, 2020), todas as pessoas que exercem atividades laborais nos serviços de saúde, sejam profissionais da área ou pessoal de apoio, que trabalhem em espaços de atendimento direto, e em estabelecimentos prestadores de cuidado, incluindo ações de vigilância, são compreendidos como trabalhadores/as da saúde. Dessa forma, diversas ocupações foram contempladas no público aqui investigado. Por fim, a plausibilidade, coerência, consistência e magnitude das ocorrências e associações investigadas destacam a relevância deste estudo, que poderá subsidiar futuros estudos, testagem de novas hipóteses causais sobre o tema e produção de ações de saúde que minimizem a violência e adoecimento no trabalho.

## **Conclusão**

A partir dos resultados, pode-se observar que, quando expostos a fatores psicossociais do trabalho desfavoráveis, e particularmente quando sofrem situações violentas/agressões no ambiente de trabalho, seja por parte dos pacientes assistidos e acompanhantes ou entre colegas, nas mais variadas formas, há uma chance aumentada de os trabalhadores/as apresentarem TMC. Isso indica que intervir na organização do trabalho com vistas à redução da violência laboral pode ser um caminho possível para reduzir a carga de doença relacionada aos TMC, reduzindo incapacidade, afastamentos prolongados e custos sociais. É imperativo que os estudos que avaliam o trabalho em saúde incluam reflexões e mensurações da violência laboral, de modo a avançar na compreensão desse fenômeno e suas repercussões à saúde.

Os achados sugerem, ainda, que há particularidades do trabalho em saúde na APS e média complexidade do SUS, especialmente no contexto pós-pandemia de COVID-19, de modo que o trabalho e a saúde mental desses trabalhadores/as podem ter sido prejudicados pela violência ocupacional. Há, portanto, uma necessidade crescente de avaliação do contexto laboral dos trabalhadores/as da saúde, tal como a avaliação das exposições presentes no local de trabalho, com o propósito de compreender de forma aprofundada as possíveis relações entre os estressores laborais e o adoecimento mental. Novos estudos com esse grupo de trabalhadores/as, e particularmente estudos de seguimento, são fundamentais para compreender a dinâmica do contexto laboral e da saúde no trabalho, permitindo intervenções mais assertivas nos processos de trabalho em saúde, com vistas a reduzir os danos decorrentes da violência no trabalho.

## Referências

ALARCON, Andreia de Cassia Rodrigues Soares. Prevalência de transtornos mentais comuns em servidores de uma universidade pública de Mato Grosso do Sul. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2014. Disponível em: <https://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/15728-via-final.pdf>. Acesso em: 10 março 2024.

ALSMAEL, M. M.; GORAB, A. H.; ALQAHTANI, A. M. Violence against healthcare workers at primary care centers in dammam and al khobar, eastern province, saudi arabia, 2019. **International Journal of General Medicine**, v. 13, p. 667–676, 2020.

ARAÚJO, T. M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns entre trabalhadores da saúde: Contribuições da análise de modelos combinados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 3, p. 645–657, 2016.

ARAÚJO, T. M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Rev Saúde Pública**. 2003;4(37):424-33.

ASSUNÇÃO, A. Á.; DA SILVA, L. S. Condições de trabalho nos ônibus e os transtornos mentais comuns em motoristas e cobradores: Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2012. **Cadernos de Saude Publica**, v. 29, n. 12, p. 2473–2486, 2013.

BORDIGNON, M.; MONTEIRO, M. I. Analysis of workplace violence against nursing professionals and possibilities for prevention. **Revista Gaucha de Enfermagem**, v. 42, 2021.

BRASIL. MF- Ministério da Fazenda. 1º Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por Incapacidade 2017. Disponível em: <http://sa.previdencia.gov.br/site/2017/04/1%C2%BA-boletim-quadrimestral.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2022.

BRASIL – Ministério da Saúde. Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais. Abril, 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/covid-19/publicacoes-tecnicas/recomendacoes/recomendacoes-de-protacao-aos-trabalhadores-do-servico-de-saude.pdf/view>>. Acesso em: 22 de maio de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005. 340 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRAUN, B. I. et al. Health Care Worker Violent Deaths in the Workplace: A Summary of Cases From the National Violent Death Reporting System. **Workplace Health and Safety**, v. 69, n. 9, p. 435–441, 1 set. 2021.

CALIL, G. G. A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista. *Serviço Social & Sociedade*, n. 140, p. 30–47, abr. 2021.

CAMPOS, F. M. et al. Estresse ocupacional e saúde mental no trabalho em saúde: desigualdades de gênero e raça. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, n. 4, p. 579–589, dez. 2020.

CHENG, W. J.; CHENG, Y. Minor mental disorders in Taiwanese healthcare workers and the associations with psychosocial work conditions. **Journal of the Formosan Medical Association**, v. 116, n. 4, p. 300–305, 1 abr. 2017.

CHEUNG, T.; LEE, P. H.; YIP, P. S. F. The association between workplace violence and physicians' and nurses' job satisfaction in macau. **PLoS ONE**, v. 13, n. 12, 1 dez. 2018.

CHOR D. et al. The Brazilian version of the effort-reward imbalance questionnaire to assess job stress. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(1):219-224, jan, 2008. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100022>.

DE ALMEIDA, N. R.; FILHO, J. G. B.; DE ANDRADE MARQUES, L. **Análise da produção científica sobre a violência no trabalho em serviços hospitalares**. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*. Associação Nacional de Medicina do Trabalho, 2017.

DEJOURS, C. Inteligência operária e organização do trabalho: a propósito do modelo japonês de produção. In: HIRATA, H. (Org.). *Sobre o 'modelo' japonês* São Paulo: EDUSP, 1995.

DE OLIVEIRA, M. E. T.; CARLOTTO, M. S. Factors associated with common mental disorders in truck drivers. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 36, 2020.

DA SILVA JÚNIOR, E. G. et al. The capacity for resilience and social support in the urban elderly. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 7–16, 2019.

CARVALHO, D. B. DE; ARAÚJO, T. M. DE; BERNARDES, K. O. Transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 41, n. 0, 2016.

FACHIN, Patrícia. FIOCRUZ. O grande desafio da saúde pública no Brasil é o enfrentamento da violência. Publicado em: 07/03/2018. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/o-grande-desafio-da-saude-publica-no-brasil-e-o-enfrentamento-da-violencia/>. Acesso em: 25 de março de 2024.

FARIAS, M. D.; ARAÚJO, T. M. Transtornos Mentais comuns entre trabalhadores da zonaurbana de Feira de Santana-BA. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 36, n. 123, p.25-39, 2011.

FANG, H. et al. Depressive symptoms and workplace violence-related risk factors among otorhinolaryngology nurses and physicians in Northern China: A cross-sectional study. **BMJ Open**, v. 8, n. 1, 1 jan. 2018.

GIMÉNEZ LOZANO, J. M.; MARTÍNEZ RAMÓN, J. P.; MORALES RODRÍGUEZ, F. M. Doctors and nurses: A systematic review of the risk and protective factors in workplace violence and burnout. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 6, p. 1–19, 2 mar. 2021.

Goldberg DP, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. New York: Tavistock/Routledge; 1992.

GONÇALVES, D.M.; STEIN, A.T. e KAPCZINSKI, F. Performance of the Self-Reporting Questionnaire as a psychiatric screening questionnaire: a comparative study with Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cad. Saúde Pública** 24 (2).Fev 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200017>

HADAVI, M. et al. Workplace violence against health care workers during the COVID-19 Pandemic: A systematic review and meta-analysis. **Journal of safety research** vol. 85 (2023): 1-7. doi:10.1016/j.jsr.2023.01.001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico de 2022. Panorama do município de Feira de Santana. Feira de Santana: IBGE, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/feira-de-santana/panorama>. Acesso em: 23 de março de 2024a.

IBGE. Censo Demográfico de 2022. Panorama do município de São Gonçalo dos Campos. São Gonçalo dos Campos: IBGE, 2022. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/sao-goncalo-dos-campos/panorama>. Acesso em: 23 de março de 2024b.

IBGE. Censo Demográfico de 2022. Panorama do município de Cruz das Almas. Cruz das Almas: IBGE, 2022. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/cruz-das-almas/panorama>. Acesso em: 23 de março de 2024c.

IBGE. Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Socioeconômica n.41. 2019. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf). Acesso em: 25 março 2024.

International Labour Organisation. Psychosocial factors at work: recognition and control. Report of the Joint ILO/ WHO Committee on Occupational Health. Ninth Session, Geneva,

18-24 September, 1984. Geneva; 1986. (Occupational Safety and Health Series, 56). Disponível em: [https://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/1986/86B09\\_301\\_engl.pdf](https://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/1986/86B09_301_engl.pdf). Acesso em: 02 de junho de 2022. Página: 3 e 4.

LA TORRE, G. et al. Workplace violence among healthcare workers, a multicenter study in Italy. **Public health** vol. 208 (2022): 9-13. doi:10.1016/j.puhe.2022.04.008.

LEONEL, Filipe. Pandemia expõe excesso de trabalho, sofrimento e falta de reconhecimento dos profissionais de saúde, revela estudo da Fiocruz. Publicado em 22/03/2021. Disponível em: <http://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/51044>. Acesso em 18 de maio de 2023.

LEŻNICKA, M.; ZIELIŃSKA-WIĘCZKOWSKA, H. Violence in the workplace. The occurrence of the phenomenon in relation to health care workers. **Psychiatria Polska**, p. 1–12, 14 nov. 2022.

LINO, D.C.S.F. **Saúde mental e condições de trabalho entre agentes comunitários de saúde**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié, Bahia. 111f. p. 62-73. 2013.

MAGNAVITA, N. Workplace violence and occupational stress in healthcare workers: A chicken-and-egg situation-results of a 6-year follow-up study. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 46, n. 5, p. 366–376, 2014.

MARCACINE, P. R. et al. Aspectos sociodemográficos e transtorno mental comum em mulheres de um município mineiro. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 8, n. 3, p. 427, 2020.

MARI, J.J. e WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. **The British journal of psychiatry : the journal of mental science** vol. 148 (1986): 23-6. doi:10.1192/bjp.148.1.23

MOLINOS, B.G. et al . Violência com profissionais da Atenção Básica: estudo no interior da Amazônia brasileira. **Cogitare enferm.**, Curitiba , v. 17, n. 2, p. 239-247, jun. 2012.

MOROSINI, M. V. G. C. Precarização do trabalho: particularidades no setor saúde brasileiro. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. suppl 1, p. 5–7, nov. 2016.

MOTREFF, Y. et al. Factors associated with PTSD and partial PTSD among first responders following the Paris terror attacks in November 2015. **Journal of psychiatric research** vol. 121, p. 143-150, 2020.

MUSSE, J. L. L. et al. Violence against health personnel before and during the COVID-19 pandemic. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 68, n. 11, p. 1524–1529, 2022.

NUNES, W.S.; SOUZA, F.P. Níveis de estresse e apoio social em servidores públicos de serviços socioassistenciais de alta complexidade. **Aletheia**, Canoas , v. 50, n. 1-2, p. 95-110, dez. 2017.

OLIVEIRA, A. M. N. DE; ARAÚJO, T. M. DE. Situações de desequilíbrio entre esforço-recompensa e transtornos mentais comuns em trabalhadores da atenção básica de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 1, p. 243–262, 11 dez. 2018.

OLIVEIRA et al. Violência, discriminação e assédio no trabalho /. Florianópolis, SC: Lagoa, 2020. 32 p. : il. ; 21 cm. P.08. Disponível em: <

<https://neppot.paginas.ufsc.br/files/2021/03/cartilha-viol%C3%A0ncia-e-ass%C3%A9dio-web.pdf>>. Acesso em 21 de maio de 2023

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Riscos emergentes e novas formas de prevenção num mundo de trabalho em mudança. 2010. Disponível em: <[https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/publication/wcms\\_718134.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/publication/wcms_718134.pdf)>. Acesso em 25 de out. 2022.

Organização Internacional do Trabalho. Primeiro tratado internacional para enfrentar a violência e o assédio entra em vigor. 21 de Junho de 2021. Disponível em: [https://www.ilo.org/brasilia/noticias/WCMS\\_806107/lang--pt/index.htm](https://www.ilo.org/brasilia/noticias/WCMS_806107/lang--pt/index.htm). Acesso em: 17 de nov de 2022.

Organização Internacional do Trabalho. OMS e OIT pedem novas medidas para enfrentar os problemas de saúde mental no trabalho. 28 de Setembro de 2022. Disponível em: [https://www.ilo.org/brasilia/noticias/WCMS\\_857127/lang--pt/index.htm](https://www.ilo.org/brasilia/noticias/WCMS_857127/lang--pt/index.htm). Acesso em 17 de nov de 2022.

ÖZDAMAR ÜNAL, G.; IŞCAN, G.; ÜNAL, O. The occurrence and consequences of violence against healthcare workers in Turkey: before and during the COVID-19 pandemic. **Family Practice**, v. 39, n. 6, p. 1001–1008, 1 dez. 2022.

PAI, D. D. et al. Violence, burnout and minor psychiatric disorders in hospital work. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 49, n. 3, p. 457–464, 2015.

PALMA, A.; ANSOLEAGA, E.; AHUMADA, M. Violência no trabalho entre profissionais de saúde. **Rev. Médica do Chile**, Santiago, v. 2, pág. 213-222, fevereiro de 2018.

PACHECO, ECRL. et al. Impacto da agressão psicológica no local de trabalho na saúde dos funcionários: uma revisão sistemática dos resultados pessoais e estratégias de prevenção. **Relatórios Psicológicos**, 124 (3), 929-976. 2021. Doi: <https://doi.org/10.1177/0033294119875598>.

PAJOLLA, Murilo. Negros são 84% dos resgatados em trabalho análogo à escravidão em 2022. Publicado em: 13 de maio de 2022 às 11:30. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2022/05/13/negros-e-pardos-sao-84-dos-resgatados-em-trabalho-analogo-a-escravidao-em-2022>. Acesso em: 25 de março de 2024.

PASCOE, EA e RICHMAN, L.S. Perceived Discrimination and Health: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 135(4), 531–554, 2009. doi:10.1037/a0016059.

PEARCE, N. Effect measures in prevalence studies. **Environmental Health Perspectives**, v. 112, n. 10, p. 1047–1050, 2004.

QI, M. et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the prevalence and risk factors of workplace violence among healthcare workers in China. **Frontiers in public health** vol. 10 938423. 25 Jul. 2022, doi:10.3389/fpubh.2022.938423.

REHAN, S. T. et al. Workplace violence against healthcare workers in Pakistan; call for action, if not now, then when? A systematic review. **Global Health Action** Taylor and Francis Ltd. VOL.16,2273623, 2023.

SAJEDIAN, A. A. et al. Evaluation of general health, exposure to workplace violence, and predicting its consequences in health care employees in Iran. **Work**, v. 76, p. 343–354, 2023.

SARAGIH I.D. Global prevalence of stigmatization and violence against healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *J Nurs Scholarsh*. 2022 Nov;54(6):762-771. doi: 10.1111/jnu.12794. Epub 2022 Jul 12. PMID: 35819267; PMCID: PMC9349814.

SANTOS, K.O.B. et al. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do self-reporting questionnaire (SRQ-20). **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 34, n. 3, p. 544-560, jul.-set. 2010.

SIEGRIST, J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. **Journal of Occupational Health Psychology**, Washington, v. 1, n. 1, p. 27-41, 1996.

SILVA JÚNIOR, E. G. DA; EULÁLIO, M. DO C. Resiliência para uma Velhice Bem-Sucedida: Mecanismos Sociais e Recursos Pessoais de Proteção. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 42, 2022.

SILVA, J. L. L. Estresse e Transtornos Mentais comuns em trabalhadores de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet], v. 10, n. 4, p. 1174-1175, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a32.htm>>. Acesso em: 10 março 2024.

SILVA, S.L.; BARRETO M.S. Adaptação transcultural para o português brasileiro da escala effort-reward imbalance: um estudo com trabalhadores de banco. **Rev Panam Salud Publica**. Washington, DC. V.27. n.1, 2010.

SILVEIRA, ANDRÉA MARIA. VIOLÊNCIA NO TRABALHO. In: MENDES, René (org.). **DICIONÁRIO DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR**: conceitos, definições, história, cultura. 1ª Edição. Novo Hamburgo (RS): Proteção Publicações LTDA, 2018. P. 1239.

SIMÕES, M. R. L. et al. Workplace violence among municipal health care workers in Diamantina, Minas Gerais, Brazil, 2017. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 18, n. 1, p. 82–90, 2020.

STEWART, D. E.; ASHRAF, I. J.; MUNCE, S. E. Women's mental health: A silent cause of mortality and morbidity. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 94, n. 3, p. 343–349, 2006.

TEIXEIRA, C. F. DE S. et al. The health of healthcare professionals coping with the covid-19 pandemic. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3465–3474, 2020.

TSUKAMOTO, S. A. S. et al. Burnout syndrome and workplace violence among nursing staff: A cross-sectional study. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 140, n. 1, 2022.

TONSO, M. A. et al. Workplace Violence in Mental Health: A Victorian Mental Health Workforce Survey. **International journal of mental health nursing**, v. 25, n. 5, p. 444–451, 1 out. 2016.

VANCE, M. C. et al. Exposure to workplace trauma and posttraumatic stress disorder among intern physicians. **JAMA Network Open**, 8 jun. 2021.

VIEIRA-MEYER, A. P. G. F. et al. Violence in the neighborhood and mental health of community health workers in a Brazilian metropolis. **Cadernos de Saude Publica**, v. 38, n. 12, 2022.

YUSOFF, H. M. et al. **Contemporary evidence of workplace violence against the primary healthcare workforce worldwide: a systematic review.** **Human Resources for Health** BioMed Central Ltd, , 1 dez. 2023.

XIAO, Y. et al. Workplace violence against Chinese health professionals 2013-2021: A study of national criminal judgment documents. **Frontiers in public health** vol. 10 1030035. 19 Oct. 2022, doi:10.3389/fpubh.2022.1030035.

ZHU, P.P. et al. The Symptoms and Factors Associated With Posttraumatic Stress Disorder for Burns Nurses: A Cross-Sectional Study From Guangdong Province in China. **Journal of burn care & research : official publication of the American Burn Association** vol. 43,1 (2022): 189-195. doi:10.1093/jbcr/irab121.

#### **4. Considerações finais**

Visto a importância desta problemática ao campo da saúde do trabalhador/a, e diante dos resultados apresentados nesta dissertação, pode-se concluir que a exposição a fatores psicossociais desfavoráveis, como vivenciar situações violentas no ambiente de trabalho, tanto por parte dos assistidos/acompanhantes quanto entre colegas, está associada ao desenvolvimento dos TMC em trabalhadores/as da atenção primária e secundária à saúde, nos municípios pesquisados.

Conclui-se ainda, que indivíduos que passaram por situações de violência ocupacional possuem mais chance de adoecerem psiquicamente, em comparação com aqueles que não vivenciaram tais fatos. Isso evidencia a necessidade da avaliação e reavaliação do contexto de trabalho destes trabalhadores/as, assim como as exposições presentes no ambiente laboral; a fim de compreender as possíveis relações entre os aspectos psicossociais do trabalho e o adoecimento mental desses trabalhadores/as no estado da Bahia. Além disso, os resultados também destacam que altos níveis de pressão e desequilíbrio entre o esforço dedicado e as recompensas recebidas pelos trabalhadores/as, também são fatores importantes associados aos TMC, tornando-os mais propensos a problemas de ordem mental, especialmente quando se comprometem excessivamente com o trabalho em ambientes desfavoráveis.

Por fim, evidencia-se a suma importância de estudos com esse grupo, principalmente no âmbito da saúde mental, para que haja a redução do impacto nos processos de trabalho em saúde e a minimização dos danos aos profissionais decorrentes da violência no ambiente laboral. Espera-se que os achados aqui encontrados possam contribuir com a academia para esclarecimento do tema, e fomente futuras investigações.

## 5. Anexos

### 5.1 Anexo I - Questionário completo



# VIGILÂNCIA E MONITORAMENTO DE DOENÇAS INFECCIOSAS ENTRE TRABALHADORES E TRABALHADORAS DO SETOR SAÚDE.

# UEFS

Número do Questionário

Este questionário é individual e confidencial. Por favor, é fundamental que você responda a todas as perguntas, pois a ausência de uma resposta pode invalidar sua avaliação. Suas respostas deverão refletir sua realidade, como você entende e vivencia seu trabalho e sua condição de saúde.

## BLOCO I – IDENTIFICAÇÃO GERAL

### INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

Unidade de trabalho:

Data/Horário:

1. Sexo: 1 feminino  0 masculino 2. Idade (em anos):   3. Tem filhos? 0 não  1 sim  Quantos?  

4. Situação conjugal:

- 1  solteiro(a)  
2  casado(a)  
3  união consensual/união estável  
4  viúvo(a)  
5  divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a)

5. Na escola, qual o último nível de ensino e a última série /grau que concluiu?

Ensino fundamental

Ensino Médio

Ensino Superior

1  1ª a 4ª série.3  1º ano. 5  3º ano7  Completo2  5ª a 8ª série.4  2º ano. 6  Técnico8  Incompleto

Qual curso?

 Pós-Graduação:9  Especialização10  Mestrado11  Doutorado

6. Dentre as alternativas abaixo, como você classificaria a cor da sua pele?

- 1  Branca  
2  Amarela (oriental)  
3  Parda  
4  Origem indígena  
5  Preta  
6  Não sabe

## BLOCO II - INFORMAÇÕES GERAIS

### SOBRE O SEU TRABALHO

1. Qual o cargo que você exerce? \_\_\_\_\_

2. Há quanto tempo você está trabalhando neste cargo? Anos   Meses  3. Seu vínculo de trabalho atual é:  
(para essa pergunta você pode marcar mais de uma opção)

- 1  Municipal com concurso (do quadro permanente) 2  Municipalizado  
3  Contratado pela CLT 4  Prestador de serviços 5  Cooperativado  
6  Cargo de confiança 7  Terceirizado 8  Estagiário

4. Há quanto tempo você trabalha nos serviços públicos de saúde? Anos   Meses

5. Há quanto tempo você trabalha na unidade atual? Anos   Meses

6. Você fez algum treinamento institucional para exercer o seu cargo atual?  sim  não

7. Você tem recebido treinamento durante o tempo que está exercendo este cargo?  sim  não

8. As atividades que você desenvolve diariamente são compatíveis com o seu cargo de trabalho?

sim, totalmente  sim, a maior parte do tempo  sim, a menor parte do tempo  
 quase nunca  nunca

9. Seu turno de trabalho é:  Manhã  Tarde  Manhã e Tarde  
 Noturno  Regime de plantão

10. Qual a sua jornada real neste trabalho no município?

jornada semanal até 8 horas  jornada semanal de 8 horas  jornada semanal de 12 horas  
 jornada semanal de 20 horas  jornada semanal de 24 horas  jornada semanal de 30 horas  
 jornada semanal de 36 horas  jornada semanal de 40 horas  jornada semanal = 44 horas

11. Em seu trabalho, você tem direito a:

13ºsalário  sim  não  Folgas  sim  não  
 Férias remuneradas  sim  não  1/3 de adicional de férias  sim  não

12. Você possui outro trabalho remunerado?

Sim, na Prefeitura  Sim, em outra Prefeitura de outra cidade  Sim, no Estado  
 Sim, no nível Federal  Sim, tenho outro emprego na iniciativa privada com carteira assinada  
 Sim, tenho outro emprego na iniciativa privada sem carteira assinada  
 Sim, tenho outro trabalho por conta própria  Não tenho outro trabalho

13. Qual a sua jornada total de trabalho ao longo da semana, considerando todas as suas atividades que geram renda?

horas semanais.

## BLOCO III - SOBRE O SEU AMBIENTE DE TRABALHO

Com relação às condições de seu ambiente/local de trabalho:

1. Em geral, a ventilação é:  precária  razoável  satisfatória

2. Em geral, a temperatura é:  precária  razoável  satisfatória

3. Em geral, a iluminação é:  precária  razoável  satisfatória

4. Em geral, você considera as condições das cadeiras e mesas:  precárias  razoáveis  satisfatórias

5. Em geral, os recursos técnicos e equipamentos são:  precários  razoáveis  satisfatórios

6. No seu setor, existem equipamentos de proteção individual à sua disposição.

7. Luvas?  Sim  Não 8. Avental?  Sim  Não

9. Máscara?  Sim  Não 10. Óculos?  Sim  Não

11. A relação entre as exigências de suas tarefas e os recursos disponíveis para sua realização é:

Boa  Regular  Ruim  Muito ruim

Nas suas atividades laborais, você entra em contato com:

12.a. Materiais biológicos, como sangue, fezes, urina, saliva, líquido amniótico?

nunca  raramente  às vezes  sempre

12.b. Anti-sépticos, como PVP-I, álcool iodado, clorexidine, álcool etílico a 70%?

nunca  raramente  às vezes  sempre

12.c. Gases anestésicos?

nunca  raramente  às vezes  sempre

13. Você prepara e/ou administra medicamentos?  
0  nunca 1  raramente 2  às vezes 3  sempre

14. Seu trabalho exige que você fique em pé por muito tempo?  
0  nunca 1  raramente 2  às vezes 3  sempre

15. Seu trabalho exige que você fique sentado por muito tempo?  
0  nunca 1  raramente 2  às vezes 3  sempre

16. Seu trabalho exige que você ande muito?  
0  nunca 1  raramente 2  às vezes 3  sempre

17. Seu trabalho exige que você levante, carregue ou empurre peso excessivo?  
0  nunca 1  raramente 2  às vezes 3  sempre

18. Seu trabalho exige que você ajude o paciente a se movimentar ou levantar?  
0  nunca 1  raramente 2  às vezes 3  sempre

19. No setor onde você trabalha existem:

Materiais suficientes para realizar tarefas 0  sim 1  não

Sala de descanso 0  sim 1  não

Tempo disponível para você se alimentar 0  sim 1  não

Acesso a sanitários para os trabalhadores no local de trabalho 0  sim 1  não

Lanche oferecido pelo empregador no local de trabalho 0  sim 1  não

Escaninhos para guardar pertences 0  sim 1  não

Copa/refeitório 0  sim 1  não

20. Durante as atividades no trabalho, com que frequência você utiliza os Equipamentos de Proteção Individual (EPI):

Máscara de tecido 0  nunca 1  raramente 2  às vezes 3  sempre

Máscara Cirúrgica 0  nunca 1  raramente 2  às vezes 3  sempre

Máscara de proteção respiratória (N95 ou PFF2) 0  nunca 1  raramente 2  às vezes 3  sempre

Protetor facial (Face Shield) 0  nunca 1  raramente 2  às vezes 3  sempre

Óculos 0  nunca 1  raramente 2  às vezes 3  sempre

Avental 0  nunca 1  raramente 2  às vezes 3  sempre

Luvas 0  nunca 1  raramente 2  às vezes 3  sempre

Álcool gel 0  nunca 1  raramente 2  às vezes 3  sempre

21. No contexto de pandemia, você teve acesso a cursos ou a protocolos de biossegurança oferecido pelo serviço em que trabalha?  
0  sim 1  não

22. Você foi treinado(a) para realizar os procedimentos previstos em protocolos de biossegurança (para uso de EPI, de máscaras e outros equipamentos)?  
0  sim 1  não

## BLOCO V - CARACTERÍSTICAS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO

Para as questões abaixo assinale a resposta que melhor corresponda a sua situação de trabalho. Às vezes nenhuma das opções de resposta corresponde exatamente a sua situação; neste caso, escolha aquela que mais se aproxima de sua realidade.

1. Meu trabalho me possibilita aprender coisas novas.  
1  discordo fortemente 2  discordo 3  concordo 4  concordo fortemente

2. Meu trabalho envolve muito trabalho repetitivo.  
1  discordo fortemente 2  discordo 3  concordo 4  concordo fortemente

3. Meu trabalho requer que eu seja criativo.  
1  discordo fortemente 2  discordo 3  concordo 4  concordo fortemente

4. Meu trabalho exige um alto nível de habilidade.  
1  discordo fortemente 2  discordo 3  concordo 4  concordo fortemente

5. Em meu trabalho, eu posso fazer muitas coisas diferentes.  
1  discordo fortemente 2  discordo 3  concordo 4  concordo fortemente

6. No meu trabalho, eu tenho oportunidade de desenvolver minhas habilidades especiais.  
1  discordo fortemente 2  discordo 3  concordo 4  concordo fortemente

7. O que tenho a dizer sobre o que acontece no meu trabalho é considerado.  
1  discordo fortemente 2  discordo 3  concordo 4  concordo fortemente

8. Meu trabalho me permite tomar muitas decisões por minha própria conta.  
1  discordo fortemente 2  discordo 3  concordo 4  concordo fortemente

9. Em meu trabalho, eu tenho pouca liberdade para decidir como fazer minhas próprias tarefas.  
1  discordo fortemente 2  discordo 3  concordo 4  concordo fortemente

10. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito duro.  
1  discordo fortemente 2  discordo 3  concordo 4  concordo fortemente

11. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito rapidamente.  
1  discordo fortemente 2  discordo 3  concordo 4  concordo fortemente

12. Eu não sou solicitado(a) a realizar um volume excessivo de trabalho.  
1  discordo fortemente 2  discordo 3  concordo 4  concordo fortemente

13. O tempo para realização das minhas tarefas é suficiente.  
1  discordo fortemente 2  discordo 3  concordo 4  concordo fortemente

14. Algumas demandas que eu tenho que atender no meu trabalho estão em conflito umas com as outras.  
1  discordo fortemente 2  discordo 3  concordo 4  concordo fortemente

15. Eu frequentemente trabalho durante o meu almoço ou durante as pausas para terminar meu trabalho.  
1  discordo fortemente 2  discordo 3  concordo 4  concordo fortemente

16. Meu trabalho me exige muito emocionalmente.  
1  discordo fortemente 2  discordo 3  concordo 4  concordo fortemente

17. Meu trabalho envolve muita negociação/ conversa/ entendimento com outras pessoas.  
1  discordo fortemente 2  discordo 3  concordo 4  concordo fortemente

18. Em meu trabalho, eu preciso suprimir minhas verdadeiras emoções.  
1  discordo fortemente 2  discordo 3  concordo 4  concordo fortemente

19. Meu trabalho exige muito esforço físico.  
1  discordo fortemente 2  discordo 3  concordo 4  concordo fortemente

20. Meu trabalho exige atividade física rápida e contínua.  
1  discordo fortemente 2  discordo 3  concordo 4  concordo fortemente

21. Frequentemente, o trabalho exige que eu mantenha meu corpo, por longos períodos, em posições incômodas  
1  discordo fortemente 2  discordo 3  concordo 4  concordo fortemente

22. Frequentemente, o trabalho exige que eu mantenha minha cabeça e braços, por longos períodos, em posições incômodas  
1  discordo fortemente 2  discordo 3  concordo 4  concordo fortemente

23. Meu supervisor/coordenador preocupa-se com o bem-estar de sua equipe de trabalho.  não tenho supervisor  
1  discordo fortemente 2  discordo 3  concordo 4  concordo fortemente

24. Meu supervisor/coordenador me trata com respeito.  não tenho supervisor  
1  discordo fortemente 2  discordo 3  concordo 4  concordo fortemente

25. Meu supervisor/coordenador me ajuda a fazer meu trabalho.  não tenho supervisor  
1  discordo fortemente 2  discordo 3  concordo 4  concordo fortemente

26. As pessoas com quem trabalho são amigáveis.  
1  discordo fortemente 2  discordo 3  concordo 4  concordo fortemente

27. As pessoas com quem trabalho são colaborativas na realização das atividades.  
1  discordo fortemente 2  discordo 3  concordo 4  concordo fortemente

28. Eu sou tratado(a) com respeito pelos meus colegas de trabalho.  
1  discordo fortemente 2  discordo 3  concordo 4  concordo fortemente

29. Onde eu trabalho, nós tentamos dividir igualmente as dificuldades do trabalho.  
1  discordo fortemente 2  discordo 3  concordo 4  concordo fortemente

30. Existe um sentimento de união entre as pessoas com quem eu trabalho.  
1  discordo fortemente 2  discordo 3  concordo 4  concordo fortemente

31. Meu grupo de trabalho toma decisões democraticamente.  
1  discordo fortemente 2  discordo 3  concordo 4  concordo fortemente

## ERI (ESCALA DESEQUILIBRIO ESFORÇO - RECOMPENSA)

1. Constantemente, eu me sinto pressionado(a) pelo tempo por causa da carga pesada de trabalho.  
1  discordo fortemente 2  discordo 3  concordo 4  concordo fortemente

2. Frequentemente eu sou interrompido(a) e incomodado(a) no trabalho.  
1  discordo fortemente 2  discordo 3  concordo 4  concordo fortemente

3. Eu tenho muita responsabilidade no meu trabalho  
1  discordo fortemente 2  discordo 3  concordo 4  concordo fortemente

4. Frequentemente, eu sou pressionado(a) a trabalhar depois da hora  
1  discordo fortemente 2  discordo 3  concordo 4  concordo fortemente

5. Meu trabalho exige muito esforço físico. <sub>1</sub>  discordo fortemente <sub>2</sub>  discordo <sub>3</sub>  concordo <sub>4</sub>  concordo fortemente

6. Nos últimos anos, meu trabalho passou a exigir cada vez mais de mim.  
<sub>1</sub>  discordo fortemente <sub>2</sub>  discordo <sub>3</sub>  concordo <sub>4</sub>  concordo fortemente

7. Eu tenho o respeito que mereço dos meus chefes. <sub>8</sub>  não tenho supervisor  
<sub>1</sub>  discordo fortemente <sub>2</sub>  discordo <sub>3</sub>  concordo <sub>4</sub>  concordo fortemente

8. Eu tenho o respeito que mereço dos meus colegas de trabalho.  
<sub>1</sub>  discordo fortemente <sub>2</sub>  discordo <sub>3</sub>  concordo <sub>4</sub>  concordo fortemente

9. No trabalho, eu posso contar com apoio em situações difíceis.  
<sub>1</sub>  discordo fortemente <sub>2</sub>  discordo <sub>3</sub>  concordo <sub>4</sub>  concordo fortemente

10. No trabalho, eu sou tratado(a) injustamente.  
<sub>1</sub>  discordo fortemente <sub>2</sub>  discordo <sub>3</sub>  concordo <sub>4</sub>  concordo fortemente

11. Eu vejo poucas possibilidades de ser promovido(a) no futuro.  
<sub>1</sub>  discordo fortemente <sub>2</sub>  discordo <sub>3</sub>  concordo <sub>4</sub>  concordo fortemente

12. No trabalho, eu passei ou ainda posso passar por mudanças não desejadas.  
<sub>1</sub>  discordo fortemente <sub>2</sub>  discordo <sub>3</sub>  concordo <sub>4</sub>  concordo fortemente

13. Minha segurança no emprego é baixa. <sub>1</sub>  discordo fortemente <sub>2</sub>  discordo <sub>3</sub>  concordo <sub>4</sub>  concordo fortemente

14. A posição que ocupo atualmente no trabalho está de acordo com a minha formação e treinamento.  
<sub>1</sub>  discordo fortemente <sub>2</sub>  discordo <sub>3</sub>  concordo <sub>4</sub>  concordo fortemente

15. No trabalho, levando em conta todo o meu esforço e conquistas, eu recebo o respeito e o reconhecimento que mereço.  
<sub>1</sub>  discordo fortemente <sub>2</sub>  discordo <sub>3</sub>  concordo <sub>4</sub>  concordo fortemente

16. Minhas chances futuras no trabalho estão de acordo com meu esforço e conquistas.  
<sub>1</sub>  discordo fortemente <sub>2</sub>  discordo <sub>3</sub>  concordo <sub>4</sub>  concordo fortemente

17. Levando em conta todo o meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado.  
<sub>1</sub>  discordo fortemente <sub>2</sub>  discordo <sub>3</sub>  concordo <sub>4</sub>  concordo fortemente

18. No trabalho, eu me sinto facilmente sufocado(a) pela pressão do tempo.  
<sub>1</sub>  discordo fortemente <sub>2</sub>  discordo <sub>3</sub>  concordo <sub>4</sub>  concordo fortemente

19. Assim que acordo pela manhã, já começo a pensar nos problemas de trabalho.  
<sub>1</sub>  discordo fortemente <sub>2</sub>  discordo <sub>3</sub>  concordo <sub>4</sub>  concordo fortemente

20. Quando chego em casa, eu consigo relaxar e "me desligar" facilmente do meu trabalho.  
<sub>1</sub>  discordo fortemente <sub>2</sub>  discordo <sub>3</sub>  concordo <sub>4</sub>  concordo fortemente

21. As pessoas íntimas dizem que eu me sacrifico muito por causa do meu trabalho.  
<sub>1</sub>  discordo fortemente <sub>2</sub>  discordo <sub>3</sub>  concordo <sub>4</sub>  concordo fortemente

22. O trabalho não me deixa; ele ainda está na minha cabeça quando vou dormir.  
<sub>1</sub>  discordo fortemente <sub>2</sub>  discordo <sub>3</sub>  concordo <sub>4</sub>  concordo fortemente

23. Não consigo dormir direito se eu adiar alguma tarefa de trabalho que deveria ter feito hoje.  
<sub>1</sub>  discordo fortemente <sub>2</sub>  discordo <sub>3</sub>  concordo <sub>4</sub>  concordo fortemente

## SATISFAÇÃO

Por favor, circule o número correspondente ao que lhe parece a melhor resposta

1 = muito insatisfeito    2 = insatisfeito    3 = nem insatisfeito, nem satisfeito    4 = satisfeito    5 = muito satisfeito

1. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de trabalho?    1    2    3    4    5

2. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, colegas)?    1    2    3    4    5

3. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?    1    2    3    4    5

## SAÚDE MENTAL (SRQ - 20)

As próximas questões estão relacionadas a situação que você pode ter vivido nos **últimos 30 DIAS**. Se você sentiu a situação descrita nos **últimos 30 DIAS** responda **SIM**. Se você não sentiu a situação, responda **NÃO**. Se você está incerto sobre como responder, dê a melhor resposta que você puder.

1. Tem dores de cabeça frequentemente?    0  sim <sub>1</sub>  não

2. Tem falta de apetite?    0  sim <sub>1</sub>  não

3. Dorme mal?    0  sim <sub>1</sub>  não

4. Assusta-se com facilidade?    0  sim <sub>1</sub>  não

5. Tem tremores nas mãos?	0	<input type="radio"/>	sim	1	<input type="radio"/>	não
6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	0	<input type="radio"/>	sim	1	<input type="radio"/>	não
7. Tem má digestão?	0	<input type="radio"/>	sim	1	<input type="radio"/>	não
8. Tem dificuldade de pensar com clareza?	0	<input type="radio"/>	sim	1	<input type="radio"/>	não
9. Tem se sentido triste ultimamente?	0	<input type="radio"/>	sim	1	<input type="radio"/>	não
10. Tem chorado mais do que de costume?	0	<input type="radio"/>	sim	1	<input type="radio"/>	não
11. Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias?	0	<input type="radio"/>	sim	1	<input type="radio"/>	não
12. Tem dificuldade para tomar decisões?	0	<input type="radio"/>	sim	1	<input type="radio"/>	não
13. Seu trabalho diário lhe causa sofrimento?	0	<input type="radio"/>	sim	1	<input type="radio"/>	não
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	0	<input type="radio"/>	sim	1	<input type="radio"/>	não
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	0	<input type="radio"/>	sim	1	<input type="radio"/>	não
16. Você se sente uma pessoa inútil em sua vida?	0	<input type="radio"/>	sim	1	<input type="radio"/>	não
17. Tem tido ideia de acabar com a vida?	0	<input type="radio"/>	sim	1	<input type="radio"/>	não
18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	0	<input type="radio"/>	sim	1	<input type="radio"/>	não
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	0	<input type="radio"/>	sim	1	<input type="radio"/>	não
20. Você se cansa com facilidade?	0	<input type="radio"/>	sim	1	<input type="radio"/>	não

## PHQ - 9

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado(a) por qualquer um dos problemas abaixo? (PHQ-9)	Nenhum dia	Menos de uma semana	Uma semana ou mais	Quase todos os dias
a - Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
b - Sente-se triste, deprimido(a), ou desesperançado(a)	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
c - Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
d - Se sentir cansado(a) ou com pouca energia	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
e - Falta de apetite ou comendo demais	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
f - Sentir-se mal consigo mesmo(a); ou pensar que você é um(a) fracassado(a), ou que desapontou você mesmo(a) ou sua família	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
g - Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
h - Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem, ou ao contrário, esteve tão agitado(a) ou inquieto(a) que você fica andando de um lado para o outro mais do que de costume?	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
i - Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>

## ANSIEDADE

a - No último mês, você sofreu alguma crise de ansiedade sentiu medo ou pânico repentinamente?	0	<input type="radio"/>	Não	1	<input type="radio"/>	Sim	3	<input type="radio"/>	Não se aplica
b - Isso já aconteceu antes em algum momento?	0	<input type="radio"/>	Não	1	<input type="radio"/>	Sim	3	<input type="radio"/>	Não se aplica
c - Algumas dessas crises surgem repentinamente de forma inesperada isto é, em situações onde você não espera se sentir nervoso(a) ou incomodado(a)?	0	<input type="radio"/>	Não	1	<input type="radio"/>	Sim	3	<input type="radio"/>	Não se aplica
d - Essas crises o (a) incomodam muito ou você se preocupa em ter uma outra crise dessas?	0	<input type="radio"/>	Não	1	<input type="radio"/>	Sim	3	<input type="radio"/>	Não se aplica

### Pense sobre sua última grave crise de ansiedade.

a - Você sentiu falta de ar?	0	<input type="radio"/>	Não	1	<input type="radio"/>	Sim	3	<input type="radio"/>	Não se aplica
b - Seu coração acelerou, bateu mais forte, ou palpitou?	0	<input type="radio"/>	Não	1	<input type="radio"/>	Sim	3	<input type="radio"/>	Não se aplica
c - Você sentiu dor ou pressão no peito?	0	<input type="radio"/>	Não	1	<input type="radio"/>	Sim	3	<input type="radio"/>	Não se aplica
d - Você suou?	0	<input type="radio"/>	Não	1	<input type="radio"/>	Sim	3	<input type="radio"/>	Não se aplica
e - Você sentiu como se estivesse em choque ou assustado(a)?	0	<input type="radio"/>	Não	1	<input type="radio"/>	Sim	3	<input type="radio"/>	Não se aplica
f - Você sentiu ondas de calor ou calafrios?	0	<input type="radio"/>	Não	1	<input type="radio"/>	Sim	3	<input type="radio"/>	Não se aplica
g - Você sentiu náusea ou estômago embrulhado ou a sensação de que você estava prestes a ter uma diarreia?	0	<input type="radio"/>	Não	1	<input type="radio"/>	Sim	3	<input type="radio"/>	Não se aplica
h - Você se sentiu tonto(a), fraco(a) ou cambaleou?	0	<input type="radio"/>	Não	1	<input type="radio"/>	Sim	3	<input type="radio"/>	Não se aplica
i - Você sentiu formigamento, dormência em partes do corpo?	0	<input type="radio"/>	Não	1	<input type="radio"/>	Sim	3	<input type="radio"/>	Não se aplica
j - Você sentiu tremores?	0	<input type="radio"/>	Não	1	<input type="radio"/>	Sim	3	<input type="radio"/>	Não se aplica
k - Você teve medo de que você estivesse morrendo?	0	<input type="radio"/>	Não	1	<input type="radio"/>	Sim	3	<input type="radio"/>	Não se aplica

## BLOCO VI - ATIVIDADES DOMÉSTICAS E HÁBITOS DE VIDA

Abaixo estão listadas algumas atividades domésticas. Por favor, descreva o grau de responsabilidade que você possui por cada uma delas.

1. Contando com você, **quantas pessoas vivem na sua casa?** \_\_\_\_\_

2. Você é o/a **principal responsável** pelas atividades domésticas na sua casa?  0 Sim  1 Não

3. **Quantas horas** você dedica, **por dia**, às tarefas domésticas? Durante a semana \_\_\_\_\_ Final de semana \_\_\_\_\_

### ATIVIDADES DOMÉSTICAS

4. Cuidar de criança de até 10 anos?

3 sim, a maior parte  2 sim, divide igualmente  1 sim, a menor parte  0 não faz

5. Cozinhar?  3 sim, a maior parte  2 sim, divide igualmente  1 sim, a menor parte  0 não faz

6. Passar roupa?  3 sim, a maior parte  2 sim, divide igualmente  1 sim, a menor parte  0 não faz

7. Cuidar da limpeza?  3 sim, a maior parte  2 sim, divide igualmente  1 sim, a menor parte  0 não faz

8. Lavar roupa?  3 sim, a maior parte  2 sim, divide igualmente  1 sim, a menor parte  0 não faz

9. Pequenos consertos  3 sim, a maior parte  2 sim, divide igualmente  1 sim, a menor parte  0 não faz

10. Feira/ supermercado  3 sim, a maior parte  2 sim, divide igualmente  1 sim, a menor parte  0 não faz

11. Cuidar de idosos ou de pessoa doente/deficiente/especial

3 sim, a maior parte  2 sim, divide igualmente  1 sim, a menor parte  0 não faz

12. Você recebe ajuda de alguém para o trabalho doméstico?  0 Não  1 Sim (de quem?)

3 cônjuge  2 parentes  1 filhos  0 doméstica (empregada)

### Escala Desequilíbrio Esforço-Recompensa (ERI) Doméstico

Para estas questões, assinale a resposta que melhor corresponda à sua realidade.

Se você não realiza atividades domésticas, não precisa responder as questões deste bloco.

1. Desde que eu acordo, eu começo a me preocupar com o trabalho doméstico e familiar que preciso fazer.

1 Discordo fortemente  2 Discordo  3 Concordo  4 Concordo fortemente

2. Eu penso constantemente nas minhas responsabilidades domésticas e continuo preocupada com elas à noite.

1 Discordo fortemente  2 Discordo  3 Concordo  4 Concordo fortemente

3. Eu facilmente estou sujeita à pressão do tempo no trabalho doméstico e familiar.

1 Discordo fortemente  2 Discordo  3 Concordo  4 Concordo fortemente

4. Eu tenho dificuldade para dormir se eu adiar algo que deveria ter terminado naquele dia.

1 Discordo fortemente  2 Discordo  3 Concordo  4 Concordo fortemente

5. Frequentemente existe uma grande pressão de tempo por conta das muitas tarefas domésticas e familiares.

1 Discordo fortemente  2 Discordo  3 Concordo  4 Concordo fortemente

6. Eu sou frequentemente interrompida e incomodada nas minhas atividades domésticas e familiares.

1 Discordo fortemente  2 Discordo  3 Concordo  4 Concordo fortemente

7. Muitas vezes eu sinto como se nunca tivesse folga.

1 Discordo fortemente  2 Discordo  3 Concordo  4 Concordo fortemente

8. Eu precisaria de mais horas no dia para concluir todo o meu trabalho doméstico e familiar.

1 Discordo fortemente  2 Discordo  3 Concordo  4 Concordo fortemente

9. Nos últimos anos, meu trabalho doméstico e familiar tem aumentado.

1 Discordo fortemente  2 Discordo  3 Concordo  4 Concordo fortemente

10. Muitas vezes eu tenho a sensação de ter que fazer "mil coisas" ao mesmo tempo no trabalho doméstico e familiar.

1 Discordo fortemente  2 Discordo  3 Concordo  4 Concordo fortemente

11. Muitas vezes eu me sinto sobrecarregada pelo grande número de responsabilidades domésticas e familiares.

1 Discordo fortemente  2 Discordo  3 Concordo  4 Concordo fortemente

12. É difícil eu ter um momento de descanso durante o dia, por conta das muitas demandas domésticas e familiares.

1 Discordo fortemente  2 Discordo  3 Concordo  4 Concordo fortemente

13. Eu frequentemente questiono o sentido do trabalho doméstico e familiar, já que tenho que começar tudo de novo a cada dia.

1 Discordo fortemente  2 Discordo  3 Concordo  4 Concordo fortemente

14. Quando me relaciono com outras pessoas, muitas vezes, sinto que os papéis de dona de casa e de mãe são pouco reconhecidos e valorizados.  1 Discordo fortemente  2 Discordo  3 Concordo  4 Concordo fortemente

15. Hoje em dia, uma pessoa é vista com desaprovação se estiver envolvida apenas com o trabalho doméstico e familiar.

1 Discordo fortemente  2 Discordo  3 Concordo  4 Concordo fortemente

16. Eu acho injusto o trabalho doméstico e familiar não serem remunerados.

1 Discordo fortemente  2 Discordo  3 Concordo  4 Concordo fortemente

17. Meu parceiro dá o devido reconhecimento e valor pelo meu trabalho em casa.  8 não tenho parceiro

1 Discordo fortemente  2 Discordo  3 Concordo  4 Concordo fortemente

18. Muitas vezes meu parceiro não enxerga o meu trabalho doméstico e familiar.

1 Discordo fortemente  2 Discordo  3 Concordo  4 Concordo fortemente

19. Meu parceiro geralmente agradece pelo meu trabalho em casa.

1 Discordo fortemente  2 Discordo  3 Concordo  4 Concordo fortemente

20. Meus filhos me dão o valor e o afeto que eu gostaria de receber.  8 não tenho filhos

1 Discordo fortemente  2 Discordo  3 Concordo  4 Concordo fortemente

21. Meus filhos reconhecem o meu esforço em casa.

1 Discordo fortemente  2 Discordo  3 Concordo  4 Concordo fortemente

22. Em geral, eu sinto que o esforço no trabalho doméstico e familiar vale a pena.

1 Discordo fortemente  2 Discordo  3 Concordo  4 Concordo fortemente

23. O trabalho que eu faço para a minha família dá um significado mais profundo à minha vida

1 Discordo fortemente  2 Discordo  3 Concordo  4 Concordo fortemente

## BLOCO VII - HÁBITOS DE VIDA E ASPECTOS RELACIONADOS À SUA SAÚDE

Agora falaremos um pouco sobre a sua saúde

1. Você participa de atividades regulares de lazer?  0 Sim  1 Não

2. Se SIM, qual o tipo de atividade realizada?  1 atividades culturais (cinema, teatro, exposição)

2 atividades sociais (visita a amigos, festa, barzinho, jogos – baralho, dominó, xadrez)

3 físicas (caminhadas, natação, prática de esportes, corrida, academia)  4 Assiste TV ou ouve rádio

3. Com que frequência você realiza atividades físicas?  3 nunca  2 1 a 2 vezes por semana  1 3 ou mais vezes por semana

4. Considerando como fumante quem já fumou na vida pelo menos 100 cigarros, ou 5 maços, você se classifica como:

0 não fumante  1 ex-fumante  2 fumante atual

5. Você consome bebida alcoólica?  0 Sim  1 Não **Se respondeu NÃO, siga para o próximo bloco**

6. Com que frequência você consome bebida alcoólica?

0 menos de 1 vez por semana  1 1 vez por semana  2 2 vezes por semana  3 3 ou mais vezes por semana

7. Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?  0 Sim  1 Não

8. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?  0 Sim  1 Não

9. Sente-se aborrecido consigo mesmo(a) pela maneira como costuma beber?  0 Sim  1 Não

10. Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?  0 Sim  1 Não

## SOBRE O SEU HISTÓRICO VACINAL

Por favor, responda as questões que seguem utilizando seu cartão de vacinação:

Você possui cartão de vacina?  0 Sim  1 Não

Se sim, você costuma levar o cartão de vacina na carteira?  0 Sim  1 Não

1. Já recebeu vacina contra Hepatite B?  0 Sim  1 Não  2 Não sei/não me lembro

1.1 Em caso afirmativo, você recebeu:  0 1 dose  1 2 doses  2 3 doses  3 não sabe

1.2 Você realizou exame de sangue para verificar se formou anticorpos contra a Hepatite B (Anti-HBs)?

0 sim  1 não  2 não lembra

1.3 Se fez o exame de sangue, você ficou imunizado contra a Hepatite B?  0 sim  1 não  2 não fez

2. Já recebeu vacina contra Febre Amarela?  0 Sim  1 Não  2 Não sei/não me lembro

2.1 Em caso afirmativo:  0 1 dose  1 Mais de 1 dose  2 Não sei/não me lembro

3. Já tomou a vacina contra Rubéola, Sarampo e Caxumba (tríplice viral)?  0 Sim  1 Não  2 Não sei/não me lembro

3.1 Em caso afirmativo, você recebeu:  0 1 dose  1 2 doses  2 não sei/não me lembro

4. Já recebeu vacina contra Tétano e Difteria?  0 sim  1 não  2 não sei/não me lembro

4.1 Em caso afirmativo, você recebeu:  0 menos de 3 doses  1 3 doses ou mais, sendo a última há **mais** de 10 anos

2 3 doses ou mais, sendo a última há **menos** de 10 anos  3 Não sei/não me lembro

5. Já recebeu a vacina contra tuberculose (BCG)?  0 sim  1 não  2 não sei/não me lembro

6. Você possui a cicatriz no braço para essa vacina (BCG)?  0 sim  1 não  2 não sei/não me lembro

7. Você se vacinou no último ano contra a influenza (H1N1)?  0 sim  1 não  2 não sei/não me lembro

8. Você já teve reação à alguma vacina?  0 sim  1 não  2 não sei/não me lembro

9. Se sim, qual/quais o/os tipo/os de reação?

Dor no local da injeção	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> não	Inchaço	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> não
Vermelhidão	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> não	Febre	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> não
Mal-estar	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> não	Dores musculares	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> não
Desmaio	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> não	Outro?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> não Qual: _____

10. Além dessas vacinas você recebeu outra vacina na vida adulta?  0  sim  1  não  4  não sei/não me lembro

10.1 Se sim, qual/quais? \_\_\_\_\_

11. Com relação às vacinas citadas acima, onde você recebeu estas vacinas:  0  Somente na rede pública  
 1  Maioria na rede pública  2  A maioria na rede privada  3  Somente na rede privada

12. Você tem receio de receber vacinas?  0  sim  1  não

13. Quais são os principais motivos para **as pessoas não** se vacinarem?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> 1 Dúvidas sobre a eficácia                      | <input type="radio"/> 7 Medo da agulha                        |
| <input type="radio"/> 2 Não tem risco de contrair doenças infecciosas | <input type="radio"/> 8 Falta de interesse                    |
| <input type="radio"/> 3 Falta de tempo                                | <input type="radio"/> 9 Não acredita em vacinas               |
| <input type="radio"/> 4 Contraindicação médica                        | <input type="radio"/> 10 Medo de reações adversas             |
| <input type="radio"/> 5 Questões religiosas                           | <input type="radio"/> 11 Poucos estudos que testaram eficácia |
| <input type="radio"/> 6 Compartilhamento de notícias falsas           |   |

## OUTRAS QUESTÕES SOBRE VACINAÇÃO

1. Você compartilha informações sobre vacinação nas suas mídias sociais?  0  sim  1  não

2. Líderes religiosos e pessoas famosas influenciam na sua vacinação?  0  sim  1  não

3. Já aconteceu algo na sua vida ou comunidade que fez com que você deixasse de acreditar nas vacinas?  0  sim  1  não

4. Você conhece alguém que deixou de se vacinar por motivos religiosos ou culturais?  0  sim  1  não

Se sim, qual vacina foi recusada?  Influenza  HPV  Sarampo  Febre Amarela

5. Você acredita que o governo fornece a melhor vacina do mercado?  0  sim  1  não

6. A distância das clínicas e/ou unidades de vacinação da sua casa o impedem de receber vacinação?  0  sim  1  não

7. Você confia na indústria que produz suas vacinas?  0  sim  1  não

8. Você conhece alguém que teve alguma seqüela após vacinação?  0  sim  1  não

9. Se sim, isso influencia sua aceitação às vacinas?  0  sim  1  não

10. Para você, a quantidade de vacinas sobrecarrega o sistema imunobiológico?  0  sim  1  não

11. Nas campanhas de vacinação, você tem informações suficientes para decidir se vacinar?  0  sim  1  não

12. Você confia nas informações que profissionais lhe repassam sobre vacinação?  0  sim  1  não

13. Você acha necessário receber vacinas para doenças que já não estão ocorrendo?  0  sim  1  não

14. Em seu círculo de família, amigos e comunidade, as pessoas costumam se vacinar?  0  sim  1  não

15. Você se sente informado suficientemente sobre riscos/benefícios da vacinação?  0  sim  1  não

16. Você se sente seguro para receber novas vacinas?  0  sim  1  não

17. Você sente medo no momento da aplicação da vacina?  0  sim  1  não

18. Você se sente acolhido pelo profissional que administra a vacina em você?  0  sim  1  não

19. Você confia nas pessoas que cuidam o processo de vacinação na unidade de saúde?  0  sim  1  não

20. Você considera o calendário vacinal flexível pra ser cumprido?  0  sim  1  não

21. Em algum momento você deixou de se vacinar por não ter condições financeiras?  0  sim  1  não

22. Você considera que os trabalhadores da saúde interferem na decisão de aceitar ou não uma vacina?  0  sim  1  não

ABAIXO ESTÃO ALGUMAS AFIRMATIVAS SOBRE DIFERENTES TIPOS DE VACINAÇÃO. POR FAVOR, CIRCULE O NÚMERO QUE MELHOR DEFINA O SEU NÍVEL DE CONCORDÂNCIA

1 = Concordo totalmente    2 = Concordo    3 = Não concordo nem discordo    4 = Discordo    5 = Discordo totalmente

1. Eu tenho muito a ganhar ao me vacinar. 1   2   3   4   5

2. Vacinar-me pode ser doloroso. 1   2   3   4   5

3. Vacinar-me dispenderia muito do meu tempo. 1   2   3   4   5

4. Vacinar-me pode interferir nas minhas atividades diárias. 1   2   3   4   5

5. Vacinar-me é difícil porque exige deslocamento: o posto de vacinação é longe do meu local de trabalho ou da minha casa. 1   2   3   4   5

**INFLUENZA****CIRCULE O NÚMERO**

1. Trabalhar com muitas pessoas todo dia aumenta minhas chances de pegar gripe.	1	2	3	4	5
2. Apenas pessoas com mais de 60 anos de idade pegam gripe.	1	2	3	4	5
3. Eu tenho grande chance de pegar gripe.	1	2	3	4	5
4. Pessoas saudáveis podem pegar gripe.	1	2	3	4	5
5. Eu acho que minha chance de pegar gripe no futuro próximo é grande.	1	2	3	4	5
6. Eu me preocupo muito com a possibilidade de pegar gripe.	1	2	3	4	5
7. Eu vou pegar gripe no próximo ano.	1	2	3	4	5
8. Pensar que posso pegar gripe me assusta.	1	2	3	4	5
9. Se eu pegasse gripe, poderia comprometer meu emprego.	1	2	3	4	5
10. Se eu pegasse gripe, isso prejudicaria a minha família.	1	2	3	4	5
11. Estar gripado tornaria as atividades diárias mais difíceis.	1	2	3	4	5
12. Se eu pegasse gripe, isso seria mais grave do que outras doenças.	1	2	3	4	5
13. A gripe pode ser uma doença grave.	1	2	3	4	5
14. Vacinar-me contra gripe me impedirá de pegar gripe.	1	2	3	4	5
15. Vacinar-me contra gripe protegerá as pessoas que moram comigo de pegarem gripe.	1	2	3	4	5
16. Vacinar-me contra gripe diminuirá as chances de faltar ao trabalho.	1	2	3	4	5
17. Eu não teria medo de pegar gripe se eu me vacinasse contra gripe.	1	2	3	4	5
18. Ter uma doença crônica (como diabetes, doença do coração ou asma) é um motivo para se vacinar contra gripe.	1	2	3	4	5
19. Para me vacinar contra gripe, eu precisaria abrir mão de minhas concepções sobre utilidade, benefícios e riscos da vacinação.	1	2	3	4	5
20. Existem muitos riscos associados à vacina da gripe.	1	2	3	4	5
21. Fico preocupado em ter uma reação à vacina da gripe.	1	2	3	4	5
22. Eu me vacinei contra gripe porque um amigo ou familiar me estimulou a fazer.	1	2	3	4	5
23. Eu me vacinei contra gripe porque foi realizada campanha de vacinação no meu trabalho.	1	2	3	4	5
24. Eu me vacinei contra gripe após ouvir informações sobre os benefícios da vacina nos meios de comunicação (televisão, rádio, redes sociais).	1	2	3	4	5
25. Eu me vacinei contra gripe porque meu/minha chefe achou que seria algo importante e necessário para o exercício das minhas atividades laborais.	1	2	3	4	5
26. Eu me vacinei contra gripe porque meus colegas de trabalho se vacinaram e me estimularam a fazer a vacinação.	1	2	3	4	5
27. As pessoas ficam gripadas por comer/beber algo de outras pessoas gripadas.	1	2	3	4	5
28. As pessoas pegam gripe ao respirar o mesmo ar que outras pessoas gripadas.	1	2	3	4	5
29. A gripe dura de três a cinco dias.	1	2	3	4	5
30. A gripe pode causar uma doença mais grave, como pneumonia.	1	2	3	4	5
31. Uma pessoa pode pegar gripe ao se vacinar contra gripe.	1	2	3	4	5
32. Pessoas muitas vezes ficam doentes ao se vacinarem contra gripe.	1	2	3	4	5
33. Eu tenho muito a ganhar ao me vacinar.	1	2	3	4	5
34. Vacinar-me pode ser doloroso.	1	2	3	4	5
35. Vacinar-me dispenderia muito do meu tempo.	1	2	3	4	5
36. Vacinar-me pode interferir nas minhas atividades diárias.	1	2	3	4	5
37. Vacinar-me é difícil porque exige deslocamento: o posto de vacinação é longe do meu local de trabalho ou da minha casa.	1	2	3	4	5

1 = Concordo totalmente    2 = Concordo    3 = Não concordo nem discordo    4 = Discordo    5 = Discordo totalmente

**HEPATITE B****CIRCULE O NÚMERO**

1. Trabalhar com muitas pessoas todo dia aumenta minhas chances de pegar hepatite B.	1	2	3	4	5
2. Pessoas que tem relação sexual desprotegida podem pegar hepatite B.	1	2	3	4	5
3. Pessoas que trabalham com material perfuro cortante (ex: agulhas, lâminas), podem pegar hepatite B.	1	2	3	4	5
4. Eu tenho grande chance de pegar hepatite B.	1	2	3	4	5
5. Pessoas saudáveis podem pegar hepatite B.	1	2	3	4	5
6. Eu acho que minha chance de pegar hepatite B no futuro próximo é grande.	1	2	3	4	5
7. Eu me preocupo muito com a possibilidade de pegar hepatite B.	1	2	3	4	5
8. Pensar que posso pegar hepatite B me assusta.	1	2	3	4	5
9. Se eu pegasse hepatite B, poderia comprometer meu emprego.	1	2	3	4	5
10. Se eu pegasse hepatite B, isso prejudicaria a minha família.	1	2	3	4	5

11. Estar com hepatite B tornaria as atividades diárias mais difíceis.	1	2	3	4	5
12. Se eu pegasse hepatite B, isso seria mais grave do que outras doenças	1	2	3	4	5
13. A hepatite B pode ser uma doença grave.	1	2	3	4	5
14. Vacinar-me contra hepatite B me impedirá de pegar hepatite B.	1	2	3	4	5
15. Vacinar-me contra hepatite B protegerá as pessoas que moram comigo de pegar hepatite B.	1	2	3	4	5
16. Vacinar-me contra hepatite B pode diminuir as chances de faltar ao trabalho.	1	2	3	4	5
17. Eu tenho muito a ganhar ao me vacinar contra hepatite B.	1	2	3	4	5
18. Eu não teria medo de pegar hepatite B se eu me vacinasse contra hepatite B.	1	2	3	4	5
19. Trabalhar nos serviços de saúde é um motivo para se vacinar contra hepatite B.	1	2	3	4	5
20. Algumas notícias que afirmam que a vacina pode trazer problemas de saúde, me deixam em dúvida sobre se vacinar.	1	2	3	4	5
21. Para me vacinar contra hepatite B, eu precisaria abrir mão de minhas concepções sobre utilidade, benefícios e riscos da vacinação.	1	2	3	4	5
22. Vacinar-me contra hepatite B pode ser doloroso.	1	2	3	4	5
23. Vacinar-me contra hepatite B dispenderia muito do meu tempo, pois são necessárias três doses.	1	2	3	4	5
24. Vacinar-me contra hepatite B pode interferir nas minhas atividades diárias.	1	2	3	4	5
25. Existem muitos riscos associados à vacina da hepatite B.	1	2	3	4	5
26. Vacinar-me contra hepatite B é difícil porque exige deslocamento: o posto de vacinação é longe do meu local de trabalho ou da minha casa	1	2	3	4	5
27. Fico preocupado em ter uma reação à vacina da hepatite B.	1	2	3	4	5
28. Eu me vacinei contra hepatite B porque um amigo ou familiar me estimulou a fazer.	1	2	3	4	5
29. Eu me vacinei contra hepatite B porque foi realizada campanha de vacinação no meu trabalho.	1	2	3	4	5
30. Eu me vacinei contra hepatite B após ouvir informações sobre os benefícios da vacina nos meios de comunicação (televisão, rádio, redes sociais).	1	2	3	4	5
31. Eu me vacinei contra hepatite B porque meu/minha chefe achou que seria algo importante e necessário para o exercício das minhas atividades laborais.	1	2	3	4	5
32. Eu me vacinei contra hepatite B porque meus colegas de trabalho se vacinaram e me estimularam a fazer a vacinação.	1	2	3	4	5
33. Como o vírus da hepatite B está presente no sangue, no esperma e no leite materno, a hepatite B é considerada uma doença sexualmente transmissível.	1	2	3	4	5
34. As pessoas pegam hepatite B por meio do compartilhamento de seringas com sangue contaminado, em acidentes com material perfurante contaminado, hemodiálise ou por transfusão de sangue.	1	2	3	4	5
35. São sinais e sintomas da hepatite B: dor abdominal, urina escura, febre, náusea e vômitos, fraqueza, amarelamento da pele.	1	2	3	4	5
36. A hepatite B pode causar uma doença mais grave, como cirrose ou câncer de fígado .	1	2	3	4	5
37. Uma pessoa pode pegar hepatite ao se vacinar contra hepatite B.	1	2	3	4	5
38. Pessoas muitas vezes ficam doentes ao se vacinarem contra hepatite B.	1	2	3	4	5

## SOBRE COVID-19

1. Você já recebeu a vacina contra COVID-19?  0 Não  1 Sim  2 Não

2. Se sim, quantas doses?  1 1 dose  2 2 doses  3 Não se aplica (não se vacinou)

3. Qual vacina recebeu?  1 Coronavac  2 AstraZeneca/Oxford  3 Sputnik V  4 Outra: \_\_\_\_\_.

4. Apresentou algum tipo de reação ou evento adverso pós-vacinação?  1 Sim  2 Não  8 Não se aplica (não se vacinou)

Se SIM, quais?

1 Dor no local da injeção  2 Dor de cabeça  3 Diarreia  4 Vermelhidão no local  5 Febre  6 Convulsão

7 Desmaio

10 Outro: \_\_\_\_\_

8 Não se aplica (não se vacinou)

5. Você notificou a sua unidade de saúde sobre reações ou eventos adversos?

1 Sim  2 Não  3 Não se aplica (não se vacinou ou não teve eventos adversos)

6. Você se sente/sentiu seguro para receber a vacina contra COVID-19?  1 Sim  2 Não  3 Não sabe

7. PARA RESPONDER AS QUESTÕES A SEGUIR, MARQUE O NÚMERO QUE REFLETE O SEU NÍVEL DE CONCORDÂNCIA COM AS AFIRMATIVAS ABAIXO:

1 = Concordo totalmente    2 = Concordo    3 = Não concordo nem discordo    4 = Discordo    5 = Discordo totalmente

Trabalhar com muitas pessoas todo dia aumenta minhas chances de pegar COVID-19.	1	2	3	4	5
Eu tenho grande chance de pegar COVID-19.	1	2	3	4	5
Pessoas saudáveis podem pegar COVID-19.	1	2	3	4	5
Pensar que posso pegar COVID-19 me assusta.	1	2	3	4	5
Se eu pegasse COVID-19, poderia comprometer meu emprego.	1	2	3	4	5
A COVID-19 pode ser uma doença grave.	1	2	3	4	5
Vacinar-me contra COVID-19 me impedirá de pegar COVID-19.	1	2	3	4	5
Vacinar-me contra COVID-19 protegerá as pessoas que moram comigo de ter COVID-19.	1	2	3	4	5
Eu tenho muito a ganhar ao me vacinar contra COVID-19.	1	2	3	4	5
Algumas notícias que afirmam que a vacina pode trazer problemas de saúde, me deixam em dúvida sobre me vacinar.	1	2	3	4	5
Existem muitos riscos associados à vacina da COVID-19.	1	2	3	4	5
Fico preocupado em ter uma reação à vacina da COVID-19.	1	2	3	4	5

8. Você teve colegas no seu trabalho que adoeceram de COVID-19?

- 0 Não, não tive.  
 1 Sim, tive colegas que adoeceram no mesmo período que eu.  
 2 Sim, tive colegas que adoeceram, mas em períodos diferentes do meu.

9. Você foi testado para COVID-19 ?

- 0 Não     1 Sim

Se SIM, qual exame foi realizado?

- 1 RT-PCR     2 Sorologia     3 Teste rápido para detecção de anticorpos     4 Teste rápido para detecção de antígeno  
 8 Não se aplica (não fez teste)

10. Você teve COVID-19?

- 0 Não     1 Sim

Se SIM, quais os sintomas que você apresentou?

- 0 Assintomático (sem sintomas)  
 1 Dor de Garganta  
 2 Dispnéia  
 3 Febre  
 4 Tosse  
 5 Dor de Cabeça  
 6 Distúrbios gustativos  
 7 Distúrbios olfativos  
 10 Coriza  
 11 Outros \_\_\_\_\_

- 8 Não se aplica (não teve COVID-19 )

Você teve COVID-19 diagnosticada por médico mais de uma vez?

- 0 Não     1 Sim     8 Não se aplica (não teve COVID-19 )

11. Como foi o desenvolvimento da sua doença?

- 0 Você não apresentou sintomas  
 1 Teve sintomas, mas tratou em casa  
 2 Teve sintomas e precisou se internar  
 3 Teve sintomas, se internou e precisou de UTI

- 8 Não se aplica (não teve COVID-19 )

12. Com relação à realização de suas atividades de trabalho em função da COVID-19, o que ocorreu?

- 1 Ficou afastado/a do trabalho por menos de 10 dias     2 Ficou afastado/a por 10 a 15 dias  
 3 Ficou afastado/a por 16 a 30 dias     4 Ficou afastado/a por 31 dias a 3 meses  
 5 Ficou afastado/a por mais de 3 meses     6 Não ficou afastado(a) de suas atividades.  
 8 Não teve COVID-19

13. Você realizou novo teste para retornar ao trabalho?

Não  Sim  Não se aplica (não teve COVID-19)

14. Considerando as suas atividades profissionais, em consequência da COVID-19, houve necessidade de readaptação para outra função?

Não  Sim  Não se aplica (não teve COVID-19)

15. Houve seqüela ou algum problema de saúde em consequência da COVID-19 que permaneceu mais tempo depois da cura?

Não  Sim  Não se aplica

Se SIM, qual foi a seqüela:

Perda do olfato ou paladar

Alteração de memória ou do raciocínio

Diminuição da capacidade respiratória (cansaço, falta de ar)

Fibrose pulmonar crônica

Depressão

Ansiedade

AVC

Problemas cardiovasculares (miocardite, cardiopatias, arritmia, trombose)

Síndrome de Guillan Barré

## SOBRE SUA SAÚDE

1. Você possui **diagnóstico médico** para alguma das doenças listadas abaixo? Pode marcar mais de uma opção

Diabetes  sim  não

Colesterol alto  sim  não

Obesidade  sim  não

Pressão alta  sim  não

Câncer  sim  não

Artrite/ reumatismo  sim  não

Rinite/ sinusite  sim  não

Asma  sim  não

Infarto do miocárdio  sim  não

Angina  sim  não

Insuficiência cardíaca  sim  não

Alergia/ eczema  sim  não

Disfonia  sim  não

Sarampo  sim  não

Rubéola  sim  não

HTLV<sub>2</sub>  sim  não

Tuberculose  sim  não

Gastrite  sim  não

Úlcera  sim  não

Lombalgia  sim  não

Infecção urinária  sim  não

LER/DORT  sim  não

Depressão  sim  não

Transtorno de ansiedade  sim  não

Distúrbios do sono  sim  não

HIV/AIDS  sim  não

Hepatite A  sim  não

Hepatite B  sim  não

Hepatite C  sim  não

Sífilis  sim  não

Caxumba  sim  não

HTLV<sub>1</sub>  sim  não

Outro(s)? [ANOTAR] \_\_\_\_\_

2. Você faz uso de medicamentos de forma contínua?:

sim  não

3. Se SIM, indique os tipos de medicamentos que você toma de forma contínua (uma ou mais opções):

Para controlar a pressão arterial

Para controlar o diabetes

Para controlar ansiedade/insônia

Para tratar sintomas de depressão

Para tratar asma

Para o controle da dor

Para tratamento do glaucoma

8  Para tratar doenças reumáticas (osteoartrite/artrose, fibromialgia, gota, reumatismo, artrite, etc..)

9  Outros. Qual(is)? \_\_\_\_\_

0  Não tomo medicamentos

4. Os medicamentos que você utiliza foram prescritos por médico?

0  Sim      1  Não      2  Não tomo medicamentos

5. Caso não tenham sido prescritos por médico, quem indicou os medicamentos que você usa?

0  Não tomo medicamentos

1  Você mesmo(a) (usa por conta própria)

2  Familiar

3  Amigo

4  Colega de trabalho

5  Farmacêutico, enfermeiro ou outro profissional de saúde

6  Outra pessoa. Quem? \_\_\_\_\_

6. **Em caso de algum problema de saúde**, sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual?  
(Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta)

1  não há impedimento / eu não tenho doença

2  eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas a lesão/doença, me causa alguns sintomas

3  algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho

4  frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho

5  por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial

6  na minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar

7. Abaixo estão listados alguns problemas de saúde. Se você não possui o problema, assinale 0.

Se você sente o problema, assinale com que frequência que ele acontece.

0 = Nunca      1 = Raramente      2 = Pouco Frequente      3 = Frequente      4 = Muito Frequente

Dor nas pernas       0    1    2    3    4

Cansaço mental       0    1    2    3    4

Dor parte inferior das costas       0    1    2    3    4

Nervosismo       0    1    2    3    4

Dor nos braços       0    1    2    3    4

Sonolência       0    1    2    3    4

Dor parte superior das costas       0    1    2    3    4

Insônia       0    1    2    3    4

Cansaço ao falar       0    1    2    3    4

Azia/Queimação       0    1    2    3    4

Rouquidão       0    1    2    3    4

Fraqueza       0    1    2    3    4

Problemas de pele       0    1    2    3    4

Redução da visão       0    1    2    3    4

Esquecimento       0    1    2    3    4

Irritação nos olhos       0    1    2    3    4

Problemas digestivos       0    1    2    3    4

Palpitações       0    1    2    3    4

Enjôo       0    1    2    3    4

Sensação de desmaio       0    1    2    3    4

8. Nos últimos 12 meses, você teve licença médica ou foi afastado(a) do trabalho? 0  sim 1  não

Se SIM, por qual motivo? \_\_\_\_\_

Por quanto tempo?  até 15 dias    16 a 30 dias    31 dias a 03 meses    mais de 03 meses

9. Já teve alguma doença ocupacional ou profissional (diagnosticada por médico)? 0  sim 1  não

Em caso afirmativo, qual? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo?  anos    meses

Houve emissão da CAT? 0  sim 1  não 2  não sei o que é CAT

10. Nos últimos 12 meses, você sofreu algum acidente de trabalho? 0  sim 1  não

Em caso afirmativo, de qual tipo? 1  típico 2  trajeto

11. Você sofreu algum acidente com material biológico durante a execução do seu trabalho colocando-o (a) em contato direto com sangue, escarro ou outros líquidos corporais do paciente?  0  sim  1  não  
Em caso afirmativo, o paciente tinha diagnóstico de:

Hepatite B  0  sim  1  não

Hepatite C  0  sim  1  não

HIV  0  sim  1  não

Houve emissão da CAT?  0  sim  1  não  2  não sei o que é CAT

Você procurou serviço de saúde para realizar a Profilaxia Pós-Exposição de risco à infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais?  
 0  sim  1  não  não tenho conhecimento sobre profilaxia Pós-Exposição de Risco

Você procurou obter a Orientação para acidente de trabalho com exposição a material biológico de risco na rede municipal de saúde?  
 0  sim  1  não  2  não tenho conhecimento da existência dessa Orientação

12. Você já vivenciou algum dos itens abaixo?

Drogas injetáveis  0  sim  1  não

Três ou mais parcerias sexuais sem preservativo  0  sim  1  não

Transplante  0  sim  1  não

Tatuagem ou piercing  0  sim  1  não

Acupuntura  0  sim  1  não

Tratamento cirúrgico ou dentário  0  sim  1  não

Hemodiálise  0  sim  1  não

Transfusão de sangue ou hemoderivados  0  sim  1  não

Contato direto com sangue e hemoderivados de familiares/amigos/outros com Hepatite e/ou HIV  0  sim  1  não

13. No seu trabalho, você tem chance de se ferir com algum objeto que seja cortante ou que possa causar lesão na pele?  0  sim  1  não

## PADRÕES DO SONO

Durante as últimas quatro semanas, como tem sido seu sono?

1. Você tem dificuldade em adormecer a noite?

1  nunca  2  muito raramente  3  raramente  4  às vezes  5  frequentemente  6  muito frequentemente  7  sempre

2. Você acorda de madrugada e não consegue adormecer de novo?

1  nunca  2  muito raramente  3  raramente  4  às vezes  5  frequentemente  6  muito frequentemente  7  sempre

3. Você toma remédios ou tranquilizantes para dormir?

1  nunca  2  muito raramente  3  raramente  4  às vezes  5  frequentemente  6  muito frequentemente  7  sempre

4. Você dorme durante o dia (sem contar cochilos ou sonecas programadas)?

1  nunca  2  muito raramente  3  raramente  4  às vezes  5  frequentemente  6  muito frequentemente  7  sempre

5. Ao acordar de manhã, você ainda se sente cansado (a)?

1  nunca  2  muito raramente  3  raramente  4  às vezes  5  frequentemente  6  muito frequentemente  7  sempre

6. Você ronca a noite (que você saiba)?

1  nunca  2  muito raramente  3  raramente  4  às vezes  5  frequentemente  6  muito frequentemente  7  sempre

7. Você acorda durante a noite?

1  nunca  2  muito raramente  3  raramente  4  às vezes  5  frequentemente  6  muito frequentemente  7  sempre

8. Você acorda com dor de cabeça?

1  nunca  2  muito raramente  3  raramente  4  às vezes  5  frequentemente  6  muito frequentemente  7  sempre

9. Você sente cansaço sem ter nenhum motivo aparente?

1  nunca  2  muito raramente  3  raramente  4  às vezes  5  frequentemente  6  muito frequentemente  7  sempre

10. Você tem sono agitado (mudanças constantes de posição ou movimentos de perna/braços)?

1  nunca  2  muito raramente  3  raramente  4  às vezes  5  frequentemente  6  muito frequentemente  7  sempre

## BLOCO VIII - TUBERCULOSE

1. Você já teve tuberculose no passado? (se respondeu NÃO, pule para a questão 6)

0 sim  1 não

2. Fez tratamento para tuberculose anteriormente?

0 sim  1 não

3. Há quanto tempo atrás teve tuberculose?

0 < 1 ano  1 1-5 anos  2 > 5 anos  3 não se aplica/nunca teve tuberculose

4. Tratou por quanto tempo? \_\_\_\_\_ meses

5. Qual foi o desfecho do último tratamento?

0 cura  1 abandono  2 falência

3 não sabe  4 não se aplica/não teve tuberculose no passado

6. Já realizou o teste PPD\* (Mantoux) para investigar tuberculose latente (quando a pessoa tem a bactéria, mas não desenvolve sintomas)?

0 sim  1 não

7. Quando realizou o teste PPD ?

0 < 1 ano  1 1-5 anos  2 > 5 anos  3 não sabe  4 nunca fez o teste

8. Qual foi o resultado do último PPD?

1 positivo  0 negativo  2 não sabe  3 nunca fez o teste

9. Fez tratamento após o resultado do teste?

0 sim  1 não  2 nunca fez o teste

10. Trabalhou em ambiente com alto risco de tuberculose alguma vez na vida?

1 sim. Qual? \_\_\_\_\_  0 não

11. Faz uso de algum medicamento imunossupressor (medicamentos que reduzem a resposta imunológica)?

1 sim. Qual? \_\_\_\_\_  0 não

12. Já manteve contato com alguém com tuberculose nos últimos 2 anos?

1 sim  0 não

13. Se manteve contato com pessoa com tuberculose, qual foi o tipo de contato?

0 Domiciliar

1 No trabalho

2 Escola/faculdade

3 Vizinhança

4 Outro. Qual? \_\_\_\_\_

5 Nunca manteve contato

## BLOCO IX – ARBOVIROSES

ABAIXO ESTÃO ALGUMAS AFIRMATIVAS SOBRE AS ARBOVIROSES. POR FAVOR, CIRCULE O NÚMERO QUE MELHOR DEFINA O SEU NÍVEL DE CONCORDÂNCIA

1 = Concordo totalmente 2 = Concordo 3 = Não concordo nem discordo 4 = Discordo 5 = Discordo totalmente

**CIRCULE O NÚMERO**

1. Eu tenho chances de contrair Dengue, Chikungunya ou Zika.	1	2	3	4	5
2. Eu acho que minha chance de contrair Dengue, Chikungunya ou Zika no futuro próximo é grande.	1	2	3	4	5
3. Eu me preocupo muito com a possibilidade de adquirir Dengue, Chikungunya ou Zika.	1	2	3	4	5
4. Contrair Dengue, Chikungunya ou Zika poderia comprometer meu emprego..	1	2	3	4	5
5. Dengue, Chikungunya ou Zika podem ser doenças graves, levar a hospitalização e até a morte.	1	2	3	4	5

6. Repelentes impedem que se adquira arboviroses (Dengue, Chikungunya ou Zika).	1	2	3	4	5
7. Educação em Saúde fortalece o controle das arboviroses.	1	2	3	4	5
8. O Aedes Aegypti é o principal vetor da Dengue, Chikungunya ou Zika.	1	2	3	4	5
9. O uso de inseticidas garante o controle do Aedes Aegypti.	1	2	3	4	5
10. A fêmea do Aedes Aegypti é capaz de contaminar até 300 pessoas.	1	2	3	4	5
11. Todos os casos de Dengue, Chikungunya ou Zika devem ser notificados.	1	2	3	4	5
12. Já recebeu alguma capacitação sobre arboviroses (Dengue, Chikungunya ou Zika)?	0	<input type="radio"/> sim	1	<input type="radio"/> não	
13. Você compartilha informações sobre as arboviroses nas suas mídias sociais?	0	<input type="radio"/> sim	1	<input type="radio"/> não	
14. São desenvolvidas ações para combater as arboviroses?	0	<input type="radio"/> sim	1	<input type="radio"/> não	

## SOBRE O SEU AMBIENTE DE TRABALHO

A coleta de lixo é:	0	<input type="radio"/> Boa	1	<input type="radio"/> Regular	2	<input type="radio"/> Ruim	3	<input type="radio"/> Muito Ruim
O abastecimento de água é:	0	<input type="radio"/> Boa	1	<input type="radio"/> Regular	2	<input type="radio"/> Ruim	3	<input type="radio"/> Muito Ruim
A rede de esgoto é:	0	<input type="radio"/> Boa	1	<input type="radio"/> Regular	2	<input type="radio"/> Ruim	3	<input type="radio"/> Muito Ruim

## SOBRE A SUA MORADIA

A coleta de lixo é:	0	<input type="radio"/> Boa	1	<input type="radio"/> Regular	2	<input type="radio"/> Ruim	3	<input type="radio"/> Muito Ruim
O abastecimento de água é:	0	<input type="radio"/> Boa	1	<input type="radio"/> Regular	2	<input type="radio"/> Ruim	3	<input type="radio"/> Muito Ruim
A rede de esgoto é:	0	<input type="radio"/> Boa	1	<input type="radio"/> Regular	2	<input type="radio"/> Ruim	3	<input type="radio"/> Muito Ruim

## BLOCO A - DENGUE

1. Você teve dengue?	0	<input type="radio"/> sim	1	<input type="radio"/> não (Se NÃO teve, por favor, siga para as questões do <b>Bloco B - Chikungunya</b> )		
2. Como soube que estava com Dengue?	1	<input type="radio"/> O(a) médico (a) me disse	2	<input type="radio"/> O(a) enfermeiro (a) me disse		
	3	<input type="radio"/> Outro profissional de saúde me disse	4	<input type="radio"/> Alguém conhecido me disse		
	5	<input type="radio"/> Fiz exame de sangue	6	<input type="radio"/> Eu acho que tive		
3. Em qual período aconteceu?	0	<input type="radio"/> 2006 - 2008	1	<input type="radio"/> 2009-2011		
	2	<input type="radio"/> 2012-2014	3	<input type="radio"/> 2015-2018		
	4	<input type="radio"/> 2019-2021				
4. Quais sintomas você apresentou quando teve dengue?						
Sentia dores no corpo	0	<input type="radio"/> Sim	1	<input type="radio"/> Não	2	<input type="radio"/> Não sei/não me lembro
Dor de cabeça	0	<input type="radio"/> Sim	1	<input type="radio"/> Não	2	<input type="radio"/> Não sei/não me lembro
Febre alta (> 39°C)	0	<input type="radio"/> Sim	1	<input type="radio"/> Não	2	<input type="radio"/> Não sei/não me lembro
Febre ( 37°C a 38°C)	0	<input type="radio"/> Sim	1	<input type="radio"/> Não	2	<input type="radio"/> Não sei/não me lembro
Sentia dores na articulação	0	<input type="radio"/> Sim	1	<input type="radio"/> Não	2	<input type="radio"/> Não sei/não me lembro
Dor nos olhos	0	<input type="radio"/> Sim	1	<input type="radio"/> Não	2	<input type="radio"/> Não sei/não me lembro
Apareceram manchas avermelhadas pelo corpo	0	<input type="radio"/> Sim	1	<input type="radio"/> Não	2	<input type="radio"/> Não sei/não me lembro
Inchaço nas articulações	0	<input type="radio"/> Sim	1	<input type="radio"/> Não	2	<input type="radio"/> Não sei/não me lembro
Inchaço na face	0	<input type="radio"/> Sim	1	<input type="radio"/> Não	2	<input type="radio"/> Não sei/não me lembro
Coceira	0	<input type="radio"/> Sim	1	<input type="radio"/> Não	2	<input type="radio"/> Não sei/não me lembro
Vômitos	0	<input type="radio"/> Sim	1	<input type="radio"/> Não	2	<input type="radio"/> Não sei/não me lembro
Vômitos com sangue	0	<input type="radio"/> Sim	1	<input type="radio"/> Não	2	<input type="radio"/> Não sei/não me lembro
Sangramento de nariz ou gengiva	0	<input type="radio"/> Sim	1	<input type="radio"/> Não	2	<input type="radio"/> Não sei/não me lembro
Outro sintoma. Qual? _____	0	<input type="radio"/> Sim	1	<input type="radio"/> Não	2	<input type="radio"/> Não sei/não me lembro

5. Você teve sequela após ter dengue?  0  sim  1  não

6. Se teve sequela, qual?

1  Dores no corpo mesmo depois de curado da doença

2  Dores nas articulações mesmo depois de curado da doença

3  Outra. Qual? \_\_\_\_\_

7. Você foi hospitalizado?  0  sim  1  não

8. Você deixou de realizar alguma atividade no período que estava com dengue?  0  sim  1  não

9. Se sim, qual/quais atividades?

1  Trabalho

2  Escola

3  Serviços domésticos

4  Outros. Qual? \_\_\_\_\_

## BLOCO B - CHIKUNGUNYA

10. Você teve chikungunya?  0  sim  1  não (Se NÃO teve, por favor,  **siga**  para as questões do **Bloco C - Zika**)

11. Em qual ano você teve chikungunya?

0  2015 1  2016 2  2017 3  2018 4  2019 5  2020 6  2021

12. Quais sintomas você apresentou quando teve chikungunya?

Dores no corpo  0  Sim  1  Não  2  Não sei/não me lembro

Dor de cabeça  0  Sim  1  Não  2  Não sei/não me lembro

Febre alta (> 39°C)  0  Sim  1  Não  2  Não sei/não me lembro

Febre ( 37°C a 38°C)  0  Sim  1  Não  2  Não sei/não me lembro

Dores na articulação  0  Sim  1  Não  2  Não sei/não me lembro

Dor nos olhos  0  Sim  1  Não  2  Não sei/não me lembro

Manchas avermelhadas pelo corpo  0  Sim  1  Não  2  Não sei/não me lembro

Inchaço nas articulações  0  Sim  1  Não  2  Não sei/não me lembro

Inchaço na face  0  Sim  1  Não  2  Não sei/não me lembro

Coceira  0  Sim  1  Não  2  Não sei/não me lembro

Vômitos  0  Sim  1  Não  2  Não sei/não me lembro

Vômitos com sangue  0  Sim  1  Não  2  Não sei/não me lembro

Sangramento de nariz ou gengiva  0  Sim  1  Não  2  Não sei/não me lembro

Vermelhidão nas articulações?  0  Sim  1  Não  2  Não sei/não me lembro

Outro sintoma. Qual?

13. Como soube que estava com *chikungunya*?

1  Fiz exame de sangue

2  O(a) médico (a) me disse

3  O(a) enfermeiro (a) me disse

4  Outro profissional de saúde me disse

5  Alguém conhecido me disse

6  Eu acho que tive

14. Você precisou ser hospitalizado(a)?  0  sim  1  não

15. Você teve sequela após ter chikungunya?  0  sim  1  não

16. Se teve sequela, qual o(s) tipo(s) de sequela?

- Dores **no corpo** mesmo depois de curado(a) da doença?  0  sim  1  não  
Se sim, essas dores no **corpo permaneceram após três meses** do início da doença?  0  sim  1  não
- Dores **nas articulações** mesmo depois de curado(a) da doença?  0  sim  1  não  
Se sim, essas dores nas **articulações permaneceram após três meses** do início da doença?  0  sim  1  não

17. Você fez/faz algum tratamento para melhora da sequela?

- 1  Sim, acupuntura  2  Sim, Fisioterapia  
 3  Sim, Hidroginástica  4  Sim, Corticoides  
 5  Sim, Outros. Qual? \_\_\_\_\_  6  Não fiz/Não faço tratamento

18. Considerando as suas atividades profissionais, em consequência da chikungunya, houve necessidade de readaptação para outra função?  0  sim  1  não

18. Você deixou de realizar alguma atividade de trabalho no período que estava com chikungunya?  0  sim  1  não

19. Por quanto tempo você deixou de realizar as suas atividades de trabalho?

- 1  até 15 dias  2  16 a 30 dias  3  de 31 dias a 3 meses  4  Mais de 3 meses  
 0  não deixei de realizar essas atividades.

20. Você deixou de realizar alguma atividade doméstica no período que estava com chikungunya?  0  sim  1  não

21. Por quanto tempo você deixou de realizar alguma atividade doméstica?

- 1  até 15 dias  2  16 a 30 dias  3  de 31 dias a 3 meses  4  Mais de 3 meses  
 0  não deixei de realizar essas atividades.

Agora vamos falar sobre sua condição atual:

14. Você sente dor no corpo ou nas articulações atualmente?  0  sim  1  não

15. Numa escala de 1 (mínima dor) a 10 (máxima dor), como você classifica, sua dor atual? Circule sua resposta.

Mínima dor  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  máxima dor  0  Não sinto dor

16. Atualmente, você costuma despertar do sono devido a dor?

- 1  Nunca  2  muito raramente  3  às vezes  4  frequentemente  5  muito frequentemente  6  sempre  
 0  Não sinto dor

17. Atualmente, você costuma acordar com dor?

- 1  Nunca  2  muito raramente  3  às vezes  4  frequentemente  5  muito frequentemente  6  sempre  
 0  Não sinto dor

## BLOCO C - ZIKA

1. Você teve zika?  0  sim  1  não (Se NÃO teve, por favor, siga para as questões do **Bloco X - Violência**)

2. Como soube que estava com zika?

- 1  O(a) médico (a) me disse  2  O(a) enfermeiro (a) me disse  
 3  Outro profissional de saúde me disse  4  Alguém conhecido me disse  
 5  Fiz exame de sangue  6  Eu acho que tive

3. Em qual período aconteceu?

0  2015  1  2016  2  2017  3  2018  4  2019  5  2020  6  2021

4. Quais sintomas você apresentou quando teve zika?

4.1 Sentia dores no corpo  0  Sim  1  Não  2  Não sei/não me lembro

4.2 Tive dor de cabeça  0  Sim  1  Não  2  Não sei/não me lembro

4.3 Tive febre alta (> 39°C)  0 Sim  1 Não  2 Não sei/não me lembro

4.4 Tive febre ( 37°C a 38°C)  0 Sim  1 Não  2 Não sei/não me lembro

4.5 Sentia dores na articulação  0 Sim  1 Não  2 Não sei/não me lembro

4.6 Tive dor nos olhos  0 Sim  1 Não  2 Não sei/não me lembro

4.7 Apareceram manchas avermelhadas pelo corpo  0 Sim  1 Não  2 Não sei/não me lembro

4.8 Tive inchaço nas articulações  0 Sim  1 Não  2 Não sei/não me lembro

4.9 Tive inchaço na face  0 Sim  1 Não  2 Não sei/não me lembro

4.10 Tive coceira  0 Sim  1 Não  2 Não sei/não me lembro

4.11 Tive vômitos  0 Sim  1 Não  2 Não sei/não me lembro

4.12 Tive vômitos com sangue  0 Sim  1 Não  2 Não sei/não me lembro

4.13 Tive sangramento de nariz ou gengiva  0 Sim  1 Não  2 Não sei/não me lembro

4.14 Outro sintoma. Qual? \_\_\_\_\_

**ATENÇÃO. As questões 5 a 13 são apenas para mulheres.**

5. Você estava grávida quando teve zika?  0 sim  1 não (Se a sua resposta foi NÃO, por favor, passe para o último **Bloco X - Violência**)

6. Se sim, em qual trimestre?  1 Primeiro  2 Segundo  3 Terceiro

7. A infecção pelo zika vírus durante a gravidez, deixou sequela?  0 sim  1 não

8. Se sim, Qual/ Quais sequela(s)?

1 Aborto  2 Microcefalia na criança

3 Alterações neurológicas na criança  4 Atraso no desenvolvimento da criança

9. Você teve sequela após ter zika?  0 sim  1 não

10. Se teve sequela, qual?

1 Dores no corpo mesmo depois de curado da doença

2 Dores nas articulações mesmo depois de curado da doença

3 Outra. Qual? \_\_\_\_\_

11. Você foi hospitalizado?  0 sim  1 não

12. Você deixou de realizar alguma atividade no período que estava com zika?  0 sim  1 não

13. Se sim, qual/quais atividades?

1 Trabalho  2 Escola

3 Serviços domésticos  4 Outros. Qual? \_\_\_\_\_

**BLOCO X – VIOLÊNCIA**

1. Você sente sua segurança pessoal ameaçada no seu trabalho?  0 sim  1 não

2. Você sente-se ameaçado quanto à segurança de seus pertences e bens pessoais no trabalho?  0 sim  1 não

3. Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça no seu local de trabalho, praticado por usuários do serviço de saúde aos trabalhadores?  0 nunca  1 uma vez  2 algumas vezes  3 com frequência

4. Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça no trabalho, praticado por parentes, acompanhantes ou vizinhos do usuário do seu serviço de saúde?  0 nunca  1 uma vez  2 algumas vezes  3 com frequência

