

# Violência vivenciada por trabalhadores de um centro de atenção psicossocial em álcool e outras drogas

## Violence experienced by workers of a psychosocial care center on alcohol and other drugs

Fernanda Silveira de Souza<sup>1</sup>, Rosana Ribeiro Tarifa<sup>2</sup>, Ricardo Henrique Soares<sup>3</sup>, Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira<sup>4</sup>

**Como citar:** Souza FS, Tarifa RR, Soares RH, Oliveira MAF. Violência vivenciada por trabalhadores de um centro de atenção psicossocial em álcool e outras drogas. REVIS. 2019; 8(4): 439-50. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n4.p439a450>

# REVIS

1. Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo, SP, Brasil.

2. Faculdade Anhanguera. Sumaré, SP, Brasil.

3. Tribunal de Justiça de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

4. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Recebido: 12/07/2019  
Aprovado: 19/09/2019

### RESUMO

**Objetivo:** Descrever as situações de violência vivenciadas por trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas e as consequências dessa violência em seu cotidiano. **Método:** Trata-se de estudo quantitativo descritivo e exploratório aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CAAE: 62471416.3.3001.0086 e 62471416.3.0000.5392) que foi realizado em um Centro de Atenção Psicossocial do município de São Paulo. Fez-se análise descritiva dos dados com o software R Studio Versão 3.4.3, pacote Rcmdr versão 2.4.4. **Resultados:** Mais de 96% dos entrevistados relatam ter sofrido alguma situação de violência enquanto trabalhavam no serviço em que a pesquisa foi realizada, a maioria em forma de agressão verbal. Suas reverberações foram divididas entre atitudes de fuga, busca de apoio e adoecimento. **Conclusão:** Revela-se crucial explorar essa temática para compreender fatores implicados nessa violência, formas de minimizá-la ou de minimizar seu impacto na vida dos trabalhadores de saúde.

**Descritores:** Psicologia; Violência no trabalho; Saúde do trabalhador; Saúde Mental; Centros de Atenção Psicossocial.

### ABSTRACT

**Objective:** To describe the situations of violence experienced by workers of a Psychosocial Care Center on Alcohol and Other Drugs and the consequences of this violence in their daily lives. **Method:** This is a descriptive and exploratory quantitative study approved by the Research Ethics Committee (CAAE: 62471416.3.3001.0086 and 62471416.3.0000.5392) and conducted in a Psychosocial Care Center in the city of São Paulo. Descriptive data analysis was performed using R Studio Version 3.4.3 software, Rcmdr version 2.4.4 package. **Results:** More than 96% of respondents report having experienced some violence while working in the service in which the survey was conducted, mostly in the form of verbal aggression. Their reverberations were divided into flight, seeking support, and illness. **Conclusion:** It is crucial to explore this theme to understand factors implicated in this violence, ways to minimize it or minimize its impact on health workers' lives.

**Descriptors:** Psychology; Workplace Violence; Occupational Health; Mental Health; Centers for Psychosocial Care.

ORIGINAL

## Introdução

No final da década de 1970 iniciou-se no Brasil dois movimentos de luta por mudanças no modelo assistencial em saúde às pessoas com transtorno psíquico: a Reforma Psiquiátrica e o Movimento Antimanicomial<sup>1</sup>. O modelo assistencial existente era um modelo clássico da psiquiatria, com base no sistema hospitalocêntrico, que usa o isolamento de pacientes como principal estratégia de cuidado.<sup>1</sup>

Após profundas mudanças no paradigma assistencial na área de Saúde Mental, tem-se um modelo assistencial pautado na Reabilitação Psicossocial, de base teórica italiana<sup>1</sup>. A reformulação do modelo assistencial no Brasil é resultado de importantes discussões e mudanças no campo político e assistencial de Saúde Mental no Brasil<sup>1</sup>. Atualmente a atenção psicossocial tem base comunitária e é centrada nas necessidades singulares de cada sujeito.<sup>1</sup>

A substituição do modelo hospitalocêntrico para o modelo assistencial de base comunitária evoluiu até a formação de Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) para suprir as necessidades da população que habita em determinado território<sup>2</sup>. A RAPS se propõe a articular os diversos pontos de atenção à saúde existentes em um território, oferecendo um cuidado efetivo e integral.<sup>2</sup>

Na assistência em Saúde Mental incluem-se serviços de saúde destinados às pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas. A oferta de uma rede de cuidado para pessoas com demandas decorrentes do uso e da dependência de SPA é fundamental, visto que atualmente 250 milhões de pessoas consomem essas substâncias no mundo, dentre elas, 11,8% (29,5 milhões) apresentam problemas em decorrência de abuso, embora apenas 1/6 dessa população esteja em tratamento.<sup>3</sup>

No Brasil, levantamento nacional sobre uso de álcool e drogas concluiu que 50% da população do País consome bebidas alcoólicas, sendo que o uso abusivo de álcool é encontrado em 3,87% da população total<sup>4</sup>. Em relação ao uso de substâncias ilícitas (cocaína, maconha, crack, ecstasy, entre outros), 31,1% da população já fez uso alguma vez na vida e 18,2% consumiram alguma dessas substâncias no último ano.<sup>4</sup>

Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas (CAPSad) são um exemplo de serviço de saúde de base territorial existente no Brasil para prestar assistência às pessoas com problemas decorrentes do abuso de substâncias psicoativas<sup>5</sup>. Essa assistência apresenta demandas para suprir necessidades em diferentes aspectos da vida das pessoas, por isso instituiu-se diferentes modalidades de serviços para o CAPSad, entre elas a modalidade tipo III.

Os CAPSad III oferecem cuidado 24 horas ao dia e disponibilizam hospitalidade noturna às pessoas em situações de crise<sup>5</sup>. Em todas as modalidades de CAPSad são realizadas, diariamente, diferentes atividades individuais e em grupo com uma equipe multiprofissional, ou seja, com profissionais de diferentes formações acadêmicas.<sup>5</sup> Trabalhar em equipe multiprofissional pode ser desafiador, ainda mais na área da saúde, pois é necessário conhecer a si próprio e buscar, por meio da empatia, compreender o outro, aceitando-o em sua integralidade.<sup>6</sup> Portanto, promover cuidado de excelência é resultado de construção constante, diária, e que pode ter muitos obstáculos, entre os quais está a violência no ambiente de trabalho.

A violência é uma manifestação de agressividade que pode se expressar de diferentes maneiras, entre elas na forma verbal, física, sexual, psicológica, institucional, estrutural entre outras.<sup>7</sup> As agressões no ambiente podem ser divididas em três grupos: violência externa, violência interna e violência provocada pelo cliente.<sup>8</sup>

Define-se por violência externa aquela provocada por uma pessoa não pertencente à instituição.<sup>8</sup> Essa violência reflete a agressividade que ocorre em torno do serviço (podendo adentrá-lo fisicamente ou não) e tem relação direta com a localização geográfica do serviço de saúde, ou seja, instituições localizadas em áreas municipais com maior periculosidade estão mais vulneráveis a situações de violência externa.<sup>8</sup>

A violência interna ocorre entre os trabalhadores da mesma organização, sejam eles de cargos equivalentes na hierarquia institucional ou não.<sup>8</sup> Já a violência provocada pelo cliente é aquela em que o agressor é a pessoa que recebe cuidados.<sup>8</sup> Serviços de saúde com ações assistenciais desenvolvidas em contato direto e intenso com a sua clientela estão mais vulneráveis a esse último tipo de violência.

Profissionais da saúde são considerados vulneráveis às situações de violência, pois atuam em ambientes de risco.<sup>8-9</sup> Alguns dos principais fatores de risco são<sup>8-9</sup>:

- Contato direto e intenso com um possível agressor;
- Instituição de saúde localizada em região com alto índice de violência externa;
- Atendimento a pacientes psiquiátricos que podem apresentar agitação psicomotora;
- Assistência às pessoas intoxicadas por abuso de substâncias psicoativas.

Ocorrências constantes de situações violentas no trabalho podem trazer graves consequências aos profissionais de saúde como: desgaste profissional, sofrimento, adoecimento, afastamento do trabalho, diminuição da eficiência dos cuidados e da qualidade de vida do trabalhador.<sup>10-11</sup>

No Brasil, o fenômeno da violência nas redes de atenção à saúde é aceito como parte da rotina de trabalho, essa naturalização dos fenômenos violentos contribui para a falta de providências e transformações do ambiente de trabalho.<sup>10-11</sup> Sendo assim, este estudo descreve brevemente o perfil sociodemográfico de trabalhadores de um CAPSad III, identifica a incidência de situações de violência provocadas pelos clientes desse serviço, as reverberações dessas situações de violência para os trabalhadores.

## Método

Trata-se de estudo quantitativo, descritivo e exploratório, cuja coleta de dados foi realizada por meio de um formulário online elaborado pelos autores e digitalizado para formato eletrônico na aplicação *Google Formulários*, portanto todas as respostas automaticamente passaram a compor uma planilha de dados exportada em formato compatível com o *software Microsoft Excel*. O formulário foi auto aplicado, embora um auxiliar da pesquisa estivesse disponível para auxílio no computador utilizado pelos profissionais de saúde para responder ao formulário da pesquisa.

O campo do estudo foi um CAPSad de modalidade III situado em uma

área de elevada periculosidade no município de São Paulo (São Paulo, Brasil). A região ocupa um dos três primeiros lugares no ranking municipal relacionado a furtos, tráfico de entorpecentes e homicídios.<sup>12</sup> A área de abrangência do referido CAPSad III contempla cerca de 450.850 habitantes e possui a maior quantidade de pessoas em situação de rua das subprefeituras municipais de São Paulo.<sup>13</sup>

Em todas as etapas do desenvolvimento do estudo atentou-se para critérios éticos, conforme Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012.<sup>14</sup> Antes do início da coleta de dados o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação de dois Comitês de Ética em Pesquisa. Os pareceres favoráveis ao desenvolvimento do estudo receberam os respectivos protocolos: CAAE: 62471416.3.3001.0086 e 62471416.3.0000.5392.

O critério de inclusão de participantes no estudo foi ser trabalhador no CAPSad que serviu de campo para a coleta de dados. Os dados foram coletados no primeiro semestre de 2017. Foram consideradas perdas de dados os casos em que os trabalhadores estavam afastados do trabalho por algum motivo ou não consentiram em participar do estudo. A análise de dados foi feita com o apoio do *software R Studio* versão 3.4.3 (30.11.2017)<sup>15</sup>, pacote *Rcmdr* versão 2.4-4.<sup>16</sup>

## Resultados

Fez-se coleta de dados com 58 profissionais de diferentes formações, o que representa 98% do total de profissionais no serviço. Não foi possível realizar entrevista com três profissionais, pois estavam afastados do trabalho (dois por problema de saúde e um em decorrência de agressão sofrida no local de trabalho). No que se refere aos dados sociodemográficos, a maioria dos entrevistados era do sexo feminino (53,5%), de raça não branca (56,9%), estado civil casado ou com companheiro (58,62%), formação técnica de nível médio (49,1%) e sem experiência de trabalho anterior ao CAPSad III (91,2%), conforme tabela 1. Quase todos os entrevistados (57 entrevistados - 96,55%) informaram já ter vivenciado alguma situação de violência causada por usuários do CAPSad III enquanto trabalhavam.

**Tabela 1** – Dados sociodemográficos dos entrevistados. São Paulo, São Paulo (Brasil), 2017 (n=58)

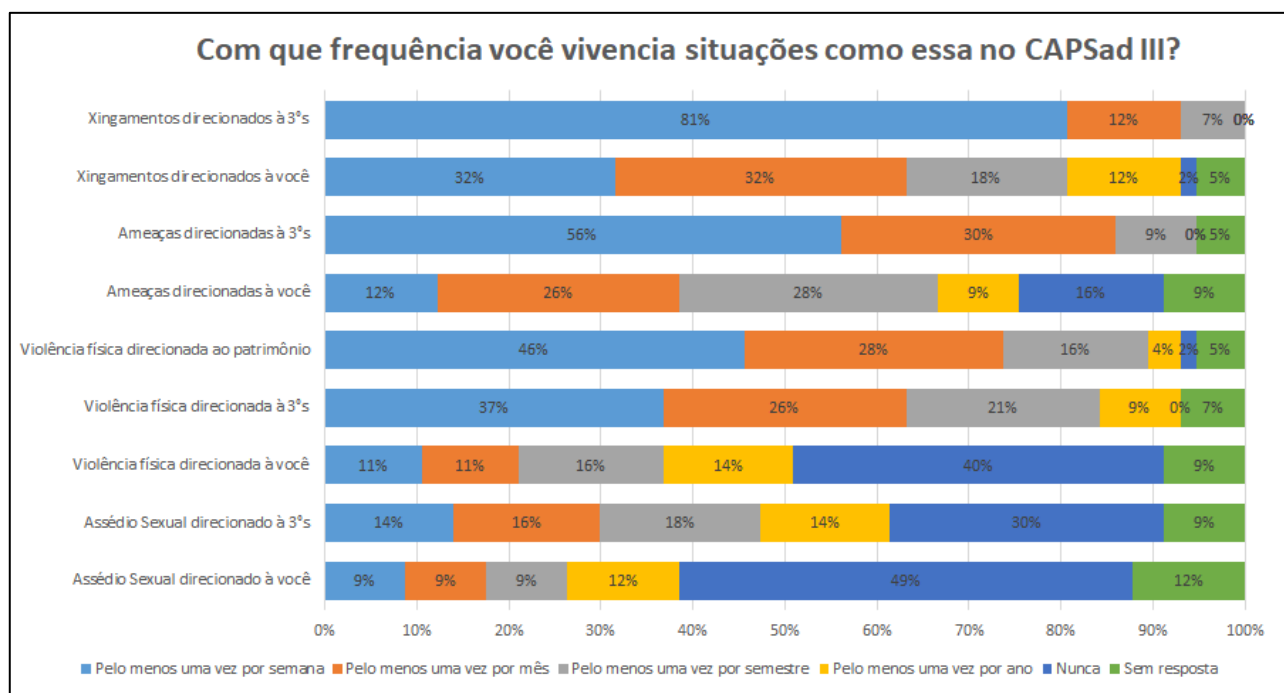
| Variáveis    |                                  | Frequências |      |
|--------------|----------------------------------|-------------|------|
|              |                                  | n           | %    |
| Sexo         | Masculino                        | 27          | 46,5 |
|              | Feminino                         | 31          | 53,5 |
| Raça         | Branca                           | 25          | 43,1 |
|              | Não branca ou não informada      | 33          | 56,9 |
| Estado civil | Sem companheiro ou não informado | 34          | 59,7 |
|              | Com companheiro                  | 4           | 7,0  |
| Atribuição   | Nível técnico                    | 28          | 49,1 |
|              | Nível superior                   | 16          | 28,1 |

|                                |                 |    |      |
|--------------------------------|-----------------|----|------|
| Tempo de trabalho no CAPSad    | Menos de um ano | 17 | 29,8 |
|                                | Mais de um ano  | 4  | 7,0  |
| Experiência anterior ao CAPSad | Não             | 52 | 91,2 |
|                                | Sim             | 5  | 8,8  |

Os tipos de violência mais observadas pelos profissionais foram as verbais (xingamentos e ameaças), sendo que 81% dos xingamentos e 56% das ameaças ocorreram pelo menos 1 vez por semana. Relatou-se que casos de violência física e sexual ocorrem pelo menos uma vez por semestre (37% dos entrevistados relataram violência física e 27% relataram violência sexual).

Situações de violência física direcionada a outras pessoas foram presenciadas pelo menos uma vez por mês por 63% dos entrevistados. Embora 92% dos entrevistados tenham relatado que já vivenciou alguma situação de violência física direcionada a outros trabalhadores. Verificou-se ainda que 74% dos entrevistados presencia ao menos uma situação de violência contra o patrimônio ao mês (Quadro 1).

**Quadro 1** – Frequência com que cada entrevistado vivencia diferentes situações de violência no CAPSad III, São Paulo, São Paulo (Brasil), 2017 (n=57\*)



\* n=57 de 58, pois refere-se aos profissionais que relataram ter vivenciado situação de violência.

Ao serem perguntados sobre o tipo de violência que mais os afeta, 42% dos entrevistados mencionaram a violência física direcionada a si mesmo como mais prejudicial. O segundo tipo de agressão mais prejudicial citado foi a ameaça direcionada a si (28%), seguida da violência física direcionada a terceiros (16%). Outras formas de violência citadas como muito prejudiciais foram a violência física direcionada ao patrimônio (7%), as ameaças direcionadas a terceiros (2%) e o assédio sexual direcionado a si (2%).

Segundo os entrevistados, as situações de violência sofridas têm diferentes reverberações, aqui divididas em três grupos: a) Busca de apoio; b) Atitude de fuga e; c) Adoecimento. A maior parte dos entrevistados (96,5%) selecionou ao menos uma reverberação considerada resultante das situações de violência no serviço. Somente 3,5% dos entrevistados não selecionou nenhuma resposta a esse item (tabela 2).

**Tabela 2** - Reverberações que as situações de violência podem gerar nos trabalhadores do CAPSad, São Paulo, São Paulo (Brasil), 2017 (n=57\*)

| Variável         |                                                     | Frequências |       |
|------------------|-----------------------------------------------------|-------------|-------|
|                  |                                                     | n           | %     |
| Atitudes de Fuga | Distanciamento dos usuários mais agressivos         | 24          | 42,10 |
|                  | Faltas no trabalho                                  | 22          | 38,59 |
|                  | Diminuição na produtividade                         | 20          | 35,08 |
|                  | Considerar mudança de trabalho                      | 20          | 35,08 |
|                  | Aumento de intervalos                               | 17          | 29,82 |
| Busca de Apoio   | Conversas com colegas de trabalho                   | 33          | 57,89 |
|                  | Conversa com familiares                             | 22          | 38,59 |
|                  | Psicoterapia                                        | 9           | 15,78 |
|                  | Frequência a cultos religiosos                      | 5           | 8,77  |
|                  | Prática de esportes                                 | 3           | 5,26  |
|                  | Entretenimento cultural                             | 2           | 3,50  |
|                  | Comunicar a gestão                                  | 2           | 3,50  |
| Adoecimento      | Faltas em decorrência de uma doença                 | 28          | 49,12 |
|                  | Alteração prejudicial no padrão de sono             | 15          | 26,31 |
|                  | Alteração prejudicial na alimentação                | 10          | 17,54 |
|                  | Intensificação do uso do cigarro                    | 5           | 8,77  |
|                  | Intensificação do uso de bebidas alcoólicas         | 4           | 7,01  |
|                  | Intensificação do uso de medicamentos psicotrópicos | 4           | 7,01  |
|                  | Intensificação do uso de drogas ilícitas            | 1           | 1,75  |

Observação: Foi permitido que os entrevistados selecionassem mais de uma alternativa.

\* n=57 de 58, pois refere-se aos profissionais que relataram ter vivenciado situação de violência.

## Discussão

Este estudo corrobora a literatura científica por apontar a existência de atos violentos sofridos pelos profissionais de saúde em seu ambiente de trabalho e consequências negativas advindas desses atos, como adoecimento, afastamento do serviço e desgaste profissional.<sup>17</sup>

Os dados sugerem que os profissionais de saúde ocupam o papel de observadores da situação de violência com uma frequência maior do que são alvo das agressões, independentemente do tipo de violência (física, verbal ou

sexual). Uma explicação para isso poderia ser o fato de que, numericamente, existem muitos profissionais, aumentando a probabilidade do profissional ocupar o lugar de observador de situações de violência. Outra possibilidade é que os profissionais se aproximam do local em que uma situação de violência está acontecendo para tentar manejar o ocorrido, criando mais observadores do que vítimas diretas da agressão.

Destaca-se, nos resultados, o fato de que a grande maioria (96,55%) dos entrevistados ter sofrido situação de violência independente de seu perfil sociodemográfico, ou seja, todos os trabalhadores, neste estudo, poderiam ser considerados vulneráveis a situações de violência. Por uma condição histórica e estrutural seria de se supor que os profissionais do sexo feminino estariam mais vulnerável às situações violentas no cotidiano do serviço.<sup>17-18</sup> Mas, no presente estudo, aparentemente, profissionais sofreram situações violentas no ambiente de trabalho, independente do sexo.

No que se refere às reverberações das situações de violência, as mulheres relataram com mais frequência o comportamento de se afastar dos usuários mais agressivos do serviço como atitude de resposta às situações de violência vivenciadas (48% mulheres e 35% dos homens).

Dentre os comportamentos intensificados frente às situações de violência na categoria “busca por apoio”, destaca-se uma conduta coletiva de cooperação entre os membros da equipe, especificamente na busca de apoio por meio de “conversas com colegas de trabalho”, o que pode fortalecer o vínculo entre os trabalhadores e melhorar o enfrentamento do sofrimento atrelado ao viver situação de violência no ambiente de trabalho.

Para que ocorra a cooperação é necessária a construção de relações de confiança entre os profissionais.<sup>19</sup> Entretanto<sup>19</sup>:

“ Em um coletivo de trabalho, só concedemos nossa confiança de maneira duradoura a nossos colegas se tivermos uma ideia precisa da maneira como eles trabalham [...] Cada um deve, assim, tornar visível aos demais a maneira como trapaceia, a forma como toma liberdades com as regras e mesmo se respeita o espírito dessas regras. O que implica, entre outras coisas, um certo desempenho, uma representação, uma dramaturgia, passando por uma gestualidade e um discurso específicos”.<sup>19</sup>

Ainda em relação à categoria “busca por apoio”, aparentemente, o uso da palavra, conversando com colegas, amigos e familiares se destaca como de primordial importância. A palavra direcionada à um terceiro pode adquirir uma dupla função, inicialmente de promover uma descarga, um alívio para quem fala e em seguida, associações.<sup>20</sup> Ou seja, quando se oferece a escuta livre de preconceitos, viabiliza-se uma elaboração simbólica do acontecimento que foi difícil para quem fala.<sup>20</sup>

Os dados sugerem, portanto, que a disponibilidade de escuta qualificada pode ser fundamental para um serviço de saúde mental, tanto em relação aos usuários do serviço, quanto aos funcionários. Amparar os profissionais poderia ser um meio de proporcionar diminuição do sofrimento, do adoecimento e das atitudes de fuga, tendo um impacto direto na qualidade dos serviços ofertados.

Disponibilizar escuta qualificada pode requerer mudanças na estrutura de uma organização. Lancetti descreve as situações de trabalho no CAPSad como inconstantes, ora repetitivas, ora explosivas, o que leva à exigência de

plasticidade psíquica dos profissionais, de modo a permitir a mobilidade e flexibilidade de afetos e pensamentos<sup>21</sup>. Para que tal plasticidade seja viável, reforça-se a importância dos investimentos nos espaços de escuta qualificada para os trabalhadores da saúde mental, como a supervisão e a psicoterapia, dentro ou fora do serviço.<sup>21</sup>

Na categoria atitudes de fuga se destaca o “distanciamento dos usuários mais agressivos” e as “faltas no trabalho” como comportamentos intensificados por situações de violência. Esses comportamentos podem ser considerados condutas reativas e individuais em face da violência vivenciada, configurando-se em exemplos de desvio de regras, porquanto desassiste o usuário que, embora identificado como agressor, tem o direito de ser atendido pela equipe profissional do serviço de saúde.

Compreender o motivo específico de cada violência dos usuários do serviço só é viável com aproximação ao sujeito e promoção de espaços de escuta qualificada. Poder-se-ia, nesse sentido, compreender o ato violento como uma tentativa de expressão quando outras estratégias de comunicação falharam.<sup>20</sup> O sujeito, não podendo, ou não conseguindo fazer uso da palavra para manejar uma situação, encontraria no ato violento uma vazão àquilo que a palavra não pode mediar.<sup>20,22</sup>

Instruir os profissionais sobre o manejo de situações de violência, conscientizá-los sobre possíveis estratégias de enfrentamento, apoiar os clientes do serviço de saúde para que busquem outras formas de comunicação, promover atividades que estimulem uma comunicação não violenta tanto por profissionais, quanto por clientes da instituição, além de outras estratégias, poderiam contribuir para cessar ou diminuir a ocorrência de situações de violência.

A última categoria das respostas frente à violência é o “adoecimento”, que pode ser encontrado em maior ou menor gravidade. Quando o adoecimento é leve, em muitos casos, gera cansaço e fraqueza corporal, o que interfere na qualidade do trabalho dos profissionais. Além disso, quando a gravidade é maior, pode ser necessário o afastamento do trabalho (Faltas em decorrência de uma doença - 49%), o que gera uma sobrecarga de demandas e, novamente, interfere na qualidade do trabalho desenvolvido pela equipe de saúde.<sup>23</sup>

Ser vítima constante de violência no trabalho aparenta gerar um ciclo vicioso em que a sobrecarga dos profissionais enquanto sujeitos individuais e coletivos gera uma indisponibilidade da plasticidade psíquica, diminuindo a qualidade do trabalho e a possibilidade do uso da palavra como mediador. Assim, abre-se espaço para e abrindo espaço para os usuários do CAPS responderem as diferentes situações com atos violentos.

Estudo desenvolvido sobre indicadores de qualidade de vida no trabalho sugere que a segurança no trabalho é apenas um aspecto da percepção de qualidade de vida no trabalho.<sup>24</sup> Outros indicadores são: 1) a oportunidade de uso de competências; 2) o relacionamento com os colegas, supervisores e gestores; 3) os salários e benefícios; 4) os afetos positivos; 5) o comprometimento organizacional e 6) a satisfação no trabalho.<sup>24</sup> Contudo, todas as variáveis são atravessadas e impactadas pela ocorrência de situações de violência no trabalho, demonstrando a importância fundamental dessa discussão. Esses indicadores poderiam ser, por exemplo, objeto de

planejamento da gestão organizacional dos serviços de saúde em que se pretende promover enfrentamento eficaz de situações de violência.<sup>24</sup>

Ademais, sobre o campo de coleta de dados, o serviço em estudo encontra-se em uma das regiões de mais elevada periculosidade no município e atende uma grande quantidade de pessoas em situação de rua, fatores de risco importantes para situações de violência.<sup>8-9</sup> Nesse sentido, a prática de ações violentas poderia ser meramente uma reprodução do que se vive, se vê e se aprende nas ruas que pertencem ao território de abrangência do CAPSad, inclusive como meio de sobrevivência.

Tendo em vista, ainda, os resultados do estudo e a hipótese aqui lançada de que haveria um ciclo vicioso em que ações de resposta à violência repercutem em mais atos de violência, elaborou-se um fluxograma explicativo da relação entre os resultados desta pesquisa e seu objeto de estudo (Figura 1).

**Figura 1 – Ciclo vicioso formado pela violência**



## Conclusão

Observa-se uma resposta positiva dos profissionais de saúde em relação ao apoio de seus colegas de trabalho face às situações de violência que experienciam em seu cotidiano. Contudo, também estão presentes respostas de fuga e adoecimento, apontando para as falhas no processo de trabalho, ou seja, afastando-se do objetivo do serviço que é oferecer cuidado.

Longe de colocar os agressores como vítimas, espera-se que os resultados deste estudo possibilitem discussões amplas a respeito das situações de violência que ocorrem num serviço que deveria ser de promoção de cuidado e não de sofrimento. Nesse sentido, considera-se que o sofrimento afeta tanto os profissionais de saúde, como seus clientes. Além disso, não se pode permitir que a violência em ambientes de saúde seja naturalizada, pois ela pode gerar reverberações que interverem em toda dinâmica de trabalho.

Uma possível saída para toda situação e melhoria das condições de trabalho poderia envolver a disponibilidade de supervisão profissional, suporte para situações críticas, apoio da gestão, revisão do dimensionamento do trabalho e psicoterapia destinada aos profissionais que trabalham em locais

com elevados fatores de risco para situações de violência.

Com base nisso, sugere-se a realização de estudos com foco para a visão dos usuários sobre o tema em estudo. Explorar por diferentes ângulos essa temática poderia auxiliar numa compreensão aprofundada do que gera essas situações de violência nos ambientes de saúde para posterior planejamento de estratégias que promovam melhora nas relações interpessoais entre o profissional de saúde e seus clientes.

## Agradecimentos

Agradecemos à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo pela promoção da Residência Multiprofissional em Álcool e outras Drogas que possibilitou a elaboração desse trabalho.

## Referências

1. Onocko-Campos RT, Díaz ARG, Dahl CM, Leal EM, Serpa Junior OD de. Methodological challenges in the use of focus groups with people with severe mental illness. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2017 Jul 13 [cited 2018 Jul 25];33(6):e00187316. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017000604002&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000604002&lng=en&tlng=en)
2. de Assis JT, Barreiros GB, Conceição MIG. A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam* [Internet]. 2013 [cited 2018 Jul 25];16(4):584-96. Available from: <http://www.redalyc.org/html/2330/233029839007/>
3. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2017. United Nations publication; 2017.
4. Laranjeira R, Madruga CS, Pinsky I, Caetano R, Mitsuhiro SS, Castello G. II Levantamento Nacional de álcool e outras drogas (LENAD). Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas/Universidade Federal de São Paulo, editor. São Paulo; 2014.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. *Diário Of da República Fed do Bras*. 2012;45.
6. dos Santos I, Caldas CP, Erdmann AL, Gauthier J, de Figueiredo NMA. Cuidar da integralidade do Ser: Perspectiva estética/ sociopoética de avanço no domínio da enfermagem. *Rev Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2018 Jul 25];20(1):9-14. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=22678&indexSearch=ID>
7. Martins KO. A Contribuição de Martín-Baró para o Estudo da Violência: uma apresentação The Contribution of Martín-Baró to Understand Violence: an overview La Contribución de Martín-Baró Hacia una Comprensión de la Violencia: una visión general La Contribution de M. 2014 [cited 2018 Jul

- 25];14:569–89. Available from:  
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v14n31/v14n31a10.pdf>
8. Contrera-Moreno L, Contrera-Moreno MI. Violência no trabalho em enfermagem: um novo risco ocupacional. *Rev Bras Enferm*. 2004;
9. Claro HG, de Oliveira MAF, Bourdreaux JT, Fernandes IFAL, Pinho PH, Tarifa RR. Drug use, mental health and problems related to crime and violence: Cross-sectional study. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(6).
10. Vasconcellos IR de, Abreu AM, Maia E de L. Violência ocupacional sofrida pelos profissionais de enfermagem do serviço de pronto atendimento hospitalar. *Rev Gaúcha Enferm [Internet]*. 2012 [cited 2018 Jul 25];33(2):167–75. Available from:  
<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/19996>
11. Machado MH, Dos Santos MR, De Oliveira E, Wermelinger M, Vieira M, Lemos W, et al. CONDIÇÕES DE TRABALHO DA ENFERMAGEM. *Enferm em Foco [Internet]*. 2016 Jan 27 [cited 2018 Jul 25];7(ESP):63. Available from:  
<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/695>
12. São Paulo, Secretaria do Estado de Segurança Pública de São Paulo, Estadual G. Criminalidade Bairro a Bairro [Internet]. 2017. Available from:  
<http://infograficos.estadao.com.br/cidades/criminalidade-bairro-a-bairro/>
13. São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde, Coordenação de Epidemiologia e Informação. Saúde em Dados [Internet]. São Paulo, Brasil; 2016. Available from:  
[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim\\_CEIInfo\\_Dados\\_2016.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEIInfo_Dados_2016.pdf)
14. Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Of da União [da] República Fed do Bras*. 2013;150(112).
15. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing [Internet]. Vienna, Austria; 2017. Available from: <https://www.r-project.org/>
16. Fox J, Bouchet-Valat M. Rcmdr: R Commander [Internet]. 2018. Available from: <https://cran.r-project.org/web/packages/Rcmdr/index.html>
17. Souza IAS, Pereira MO, Oliveira MAF de, Pinho PH, Gonçalves RMD de A. Processo de trabalho e seu impacto nos profissionais de enfermagem em serviço de saúde mental. *Acta Paul Enferm [Internet]*. 2015 [cited 2018 Jul 25];28(5):447–53. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/284535120>
18. Lima GHA, Gha L, Sma S. Psychological violence in the nursing work. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2015 [cited 2018 Jul 25];68(5):535–41. Available from:  
<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680508i>
19. Athayde M. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. *Cad Saude Publica [Internet]*. 2005 Jun [cited 2018 Jul 25];21(3):989–90. Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2005000300039&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000300039&lng=pt&tlng=pt)
20. Kegler P, Macedo MMK. Narrativas do excesso: A potencialidade da palavra em psicanálise. *Tempo Psicanalitico [Internet]*. 2016 [cited 2018 Jul 25];48(1):171–90. Available from:  
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v48n1/v48n1a11.pdf>
21. Lancetti A. Contrafissura e plasticidade psíquica. São Paulo Hucitec. 2015;28–9.

22. Marin I da SK. Violências. Escuta; 2002.
23. Mendonça SHA, Araújo LS. Esgotamento profissional e qualidade de vida no trabalho: uma revisão integrativa. PSICOLOGIAS [Internet]. 2016 Apr 28 [cited 2018 Jul 25];2(0):1-19. Available from: <http://revistas.ufac.br/revista/index.php/psi/article/view/472>
24. Silva CA da, Ferreira MC. Dimensões e Indicadores da Qualidade de Vida e do Bem-Estar no Trabalho. Psicol Teor e Pesqui [Internet]. 2013 [cited 2018 Jul 25];29(3):331-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v29n3/v29n3a11.pdf>

**Autor de Correspondência**

Fernanda Silveira de Souza  
Rua Pereira Estéfano 114. Apto 1102. CEP: 04144-070.  
Vila da Saúde, São Paulo, São Paulo, Brasil.  
[fsouza1908@gmail.com](mailto:fsouza1908@gmail.com)