



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Lancman, Selma; Garcez Ghirardi, Maria Isabel; Dias de Castro, Eliane; Amodeo Tuacek, Tatiana

Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família

Revista de Saúde Pública, vol. 43, núm. 4, agosto, 2009, pp. 682-688

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240178015>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Selma Lancman

Maria Isabel Garcez Ghirardi

Eliane Dias de Castro

Tatiana Amodeo Tuacek

Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família

Repercussions of violence on the mental health of workers of the Family Health Program

RESUMO

OBJETIVO: Descrever formas de violência externa e indireta que afetam a saúde mental de trabalhadores de programa de saúde da família, bem como as estratégias desenvolvidas pelos trabalhadores para viabilizar seu trabalho e se proteger psicologicamente.

MÉTODOS: Estudo qualitativo do processo de trabalho no Programa Saúde da Família, realizado nos municípios de São Paulo, Ribeirão Preto e Embu (SP), em 2005. Foi utilizada a abordagem teórica da psicodinâmica do trabalho, que propõe a criação de grupos de reflexão com os trabalhadores. Buscou-se identificar aspectos subjetivos do trabalho, situações de sofrimento psíquico e estratégias utilizadas pelos trabalhadores para lidar com o sofrimento e continuar a trabalhar.

RESULTADOS: A organização do trabalho no Programa expôs os trabalhadores a: situações de violência, por vezes invisível; sentimentos de impotência frente às situações de precariedade; não-reconhecimento dos esforços realizados; falta de fronteiras entre aspectos profissionais e pessoais; convívio intenso com situações de violência doméstica e social; medo do risco de exposição; sensação de integridade moral e física ameaçadas e temor de represália. Foram observadas situações de sofrimento psíquico decorrente da violência no trabalho, intensificados no Programa Saúde da Família pelo convívio cotidiano com situações de violência que geram medo e sentimento de vulnerabilidade.

CONCLUSÕES: As repercussões psicológicas geradas pela violência no trabalho, nem sempre expressas sob a forma de transtornos psíquicos, foram observadas em situações de elevado sofrimento. Os trabalhadores desenvolvem estratégias para minimizar esse sofrimento, se protegem psiquicamente e continuam a trabalhar; buscam construir redes de solidariedade e de proteção com a população visando à diminuição da vulnerabilidade. Aprendem, na experiência acumulada, a detectar situações de risco evitando aquelas que acreditam serem ameaçadoras.

DESCRIPTORES: Recursos Humanos em Saúde. Programa Saúde da Família. Estresse Psicológico. Esgotamento Profissional. Satisfação no Emprego. Saúde do Trabalhador. Saúde Mental. Violência. Pesquisa Qualitativa.

Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Selma Lancman
R. Cipotanea 51 – Cidade Universitária
05360-160 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: lancman@usp.br

Recebido: 16/01/2008
Revisado: 06/09/2008
Aprovado: 02/02/2009

ABSTRACT

OBJECTIVE: To describe forms of external and indirect violence that affect the mental health of workers of the *Programa Saúde da Família* (Family Health Program), as well as the strategies developed by these workers to enable their work and to be psychologically protected.

METHODS: Qualitative study on the *Programa Saúde da Família* work process, performed in the cities of São Paulo, Ribeirão Preto and Embu (Southeastern Brazil) in 2005. Theoretical approach of psychodynamics of work, which proposes the formation of reflection groups with workers, was employed. Subjective aspects of work, situations of psychological suffering and strategies used by workers to deal with suffering and continue to work were sought to be identified.

RESULTS: The Program's work organization exposed workers to the following: situations of violence, invisible at times; feeling of impotence in the face of precarious situations; lack of acknowledgement of efforts made; lack of borders between professional and personal aspects; intense experiences of social and domestic violence; fear of risk of exposure; feeling of moral and physical integrity being threatened; and fear of reprisal. Situations of psychological suffering resulting from violence in the workplace were observed. These became more intense in the *Programa Saúde da Família* due to regular contact with situations of violence that cause fear and a feeling of vulnerability.

CONCLUSIONS: Psychological repercussions caused by violence in the workplace, not always expressed in the form of psychological disorders, were observed in situations of intense suffering. Workers develop strategies to minimize suffering, protect themselves psychologically and continue to work; and seek to create solidarity and protection networks with the population, aiming to reduce vulnerability. With the experience gained, they learn to detect high-risk situations, avoiding those they believe to be threatening.

DESCRIPTORS: Health manpower. Program Family Healthcare. Psychological Stress. Professional exhaustion. Satisfaction at the Job. Health Worker. Mental health. Violence. Qualitative Research.

INTRODUÇÃO

Desde o final da década de 1980, a violência ocupa o segundo lugar nas causas gerais de morte entre a população brasileira.²⁰ Para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), “a violência, pelo número de vítimas e magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu em um problema de saúde pública em vários países”.¹¹

As taxas de mortalidade configuram apenas a “ponta de um *iceberg*”, quando comparadas aos índices de morbidade e seus reflexos para a sociedade e os serviços de saúde, em que o número de internações devidas à violência é seis vezes maior do que o de mortes.^{1,4,18}

Estudos da União Européia^a revelam que 4% da população economicamente ativa afirmam ter sofrido

alguma forma de violência no trabalho e que os ambientes de maior risco concentram-se no setor de serviços (saúde, transporte, comércio varejista e educação).^{13,15}

Conceitualmente, a violência *do* trabalho relaciona-se à deterioração das condições de trabalho e aos novos paradigmas de produtividade, que aumentam a exposição dos trabalhadores a riscos de acidentes e de adoecimentos. Já a violência *no* trabalho envolve a relação com chefias, pares, clientes e o público no exercício das atividades.^{3,5} Wynne et al²³ (1997) acrescentam ao conceito de violência no trabalho os incidentes relacionados a comportamentos abusivos e ameaças ou ataques e que impliquem risco explícito ou implícito para a segurança, bem-estar e saúde dos

^a European Agency for Safety and Health at Work. Bélgica; 2002 [citado 2005 nov 15]. Disponível em: <http://agency.osha.eu.int/publications/factsheets/24/factsheetsn24-pt.pdf>

trabalhadores. Entende-se por violência psicológica formas de agressão verbal, ameaças, intimidações, abuso psicológico e insultos.

Em revisão bibliográfica, Santos Junior & Costa Dias¹⁴ citam dois tipos de violência no trabalho, segundo a *Occupational Safety & Health Administration* em 1995: violência externa, quando quem a pratica não tem relação com o trabalhador ou quando ela é praticada por clientes/usuários, existindo algum tipo de relação profissional entre o autor do ato violento e o trabalhador; e violência interna, quando quem a pratica tem algum tipo de ligação com o local de trabalho, seja ele colega, chefe ou subalterno.

A esses dois tipos de violência, agrega-se a violência indireta, que ocorre quando, no exercício de suas funções, o trabalhador convive com situações de miséria intensa, associadas à falta de recursos para resolvê-las e à impotência para propor-lhe alternativas. O conceito de violência indireta considera também a desqualificação do trabalho realizado, a impossibilidade de realizá-lo com qualidade e situações que obrigam os trabalhadores a agirem contra a sua vontade, seus valores, numa violação da integridade psíquica e, portanto, da dignidade humana.¹⁶ A violência indireta pode decorrer do convívio, da interação e do testemunho de situações de violência externa, o que significa ter contato, presencial ou indireto, com vítimas da violência ou com os agressores.

Discutir violência no trabalho é uma tarefa complexa, visto que exige definir o local de trabalho, o conceito de violência, além de estabelecer um nexo causal entre trabalho e violência. Quando o trabalho é realizado em ambientes abertos, como, por exemplo, na rua, torna-se difícil a distinção entre local de trabalho e trajeto, fator decisivo para a análise desses eventos.

Essas violências ficam acentuadas em serviços como o Programa Saúde da Família (PSF), que, na sua implantação, privilegiou áreas de maior risco social, criou estratégias que prevêm um contato estreito entre a equipe de saúde e a população atendida e atendimentos, normalmente, em ambientes abertos ou na própria residência dos usuários, fatores que aumentam a vulnerabilidade do trabalhador. Assim, regiões de maior risco social são também aquelas que geram intensificação da violência.

O PSF teve início no Brasil na década de 1990 e constitui a principal estratégia do Ministério da Saúde para a organização da atenção básica.⁷ Contudo, o PSF não auxiliou suas equipes a desenvolverem instrumentos para lidar com a complexidade dessas novas práticas, pois em sua implantação não foram organizadas estratégias de capacitação, apoio e retaguarda. O PSF

segue princípios de integralidade e de territorialização da atenção em saúde, pressupõe entrosamento entre a equipe e a comunidade e tem seu foco na família. A equipe interdisciplinar é um dos seus pilares na operacionalização do trabalho, “facilitando o desenvolvimento da abordagem integral de indivíduos/família e a compreensão dos diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença”.² Cada equipe mínima é composta por um médico(a) generalista, um enfermeiro(a), um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, sendo responsável por uma média de 800 a 1000 famílias residentes na sua região.

O objetivo do presente estudo foi descrever formas de violência externa e indireta que afetam a saúde mental de trabalhadores de programa de saúde da família, bem como as estratégias desenvolvidas pelos trabalhadores para viabilizar seu trabalho e se proteger psicologicamente.

MÉTODOS

O estudo integrou a pesquisa “Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) – para desenvolvimento de estudos avaliativos – SUDESTE – 3.”^a O objetivo dessa pesquisa foi analisar os fatores que compõem a complexidade da atenção básica, especificamente no que diz respeito ao Programa Saúde da Família/Região Sudeste.

A escolha das cidades de São Paulo, Ribeirão Preto e Embu para a realização da pesquisa partiu de dados sociodemográficos e de alguns dos resultados da implantação do PSF, como: consolidação do PSF em várias regiões, tempo de implantação, presença de equipes completas e diversidade de perfil epidemiológico. Em São Paulo foi escolhida a sub-região administrativa de Pirituba, com 413.120 habitantes, 23 equipes de PSF lotadas em oito unidades básicas de saúde (UBS); Ribeirão Preto possuía 550.480 habitantes e 23 unidades de PSF lotadas em nove UBS e Embu, 244.642 habitantes, seis UBS e oito equipes de PSF. A cobertura do PSF nesses locais, na ocasião, atingia cerca de 18% da população.

A psicodinâmica do trabalho (PDT), também denominada clínica do trabalho, propõe um método de investigação e intervenção em situações de trabalho. Dada a complexidade do objeto e dos seus objetivos, o estudo das relações prazer e sofrimento no trabalho, a PDT se inscreve no campo da investigação qualitativa²¹ e, de modo geral, busca apreender a percepção, a compreensão e a participação dos sujeitos e aspectos relacionais dos problemas investigados.¹² Na PDT, tais fenômenos referem-se ao impacto psicológico do processo de trabalho e às relações subjetivas que nele se

^a Elias PE, Bousquat A, Cohn A. Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF: inquérito com usuários e profissionais, percepção dos gestores e estudos sobre o trabalho no PSF. São Paulo: Consórcio Medicina USP; 2006.

estabelecem. A peculiaridade deste método distingue-se à dos grupos focais, uma vez que as reflexões grupais se definem por seu caráter transformador, decorrente da reapropriação do processo de trabalho pelos participantes. Assim, pode-se dizer que a PDT insere-se na abordagem da pesquisa-ação.¹⁹

A PDT preconiza a compreensão dos aspectos subjetivos do trabalho a partir de grupos de reflexão, espaço privilegiado para a transformação de vivências individuais em reflexões coletivas. Esses grupos, compostos por trabalhadores envolvidos diretamente na situação estudada, permitem delinear os mecanismos e as estratégias defensivas que os sujeitos estabelecem para se protegerem do sofrimento gerado pelo trabalhar.^{9,10}

O método da PDT envolve cinco fases: a) pré-pesquisa; b) re-configuração da demanda; c) apresentação do projeto aos trabalhadores e identificação de voluntários para participar dos grupos; d) grupos de reflexão; e) restituição e validação de um relatório preliminar redigido pelos pesquisadores.⁷ Depois, o relatório final, segundo acordo prévio, torna-se material público.

Para a realização das etapas previstas na PDT, constituiu-se um grupo gestor, composto por pesquisadores, coordenadores e gerentes de unidades de saúde. A proposta foi apresentada para os trabalhadores envolvidos, segundo as categorias profissionais que compõem a equipe do PSF. Realizamos quatro grupos de reflexão homogêneos, organizados com cada uma das categorias profissionais da equipe do PSF: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Cada um contou com a participação de três pesquisadores nas funções de coordenação e registro das sessões.

Todos os trabalhadores foram convidados a compor os grupos. A participação foi definida resguardando o critério de voluntariado e de representatividade de todas as unidades envolvidas.

Os processos grupais tiveram a duração média de 24 horas, distribuídas em até seis sessões semanais, que buscaram preservar o tempo necessário para uma ação em PDT e também minimizar a interferência na rotina dos serviços (Tabela 1).

Após os grupos de reflexão, elaborou-se um relatório preliminar, o qual foi apresentado para cada um dos grupos em sessões de validação.

Em seguida, foram estudados os outros dois municípios participantes. Os relatórios produzidos em Pirituba foram o recurso metodológico utilizado para iniciar as discussões grupais, organizadas segundo os mesmos critérios adotados na primeira etapa, conforme mostra a Tabela 2.

Essas discussões ocorreram em sessão única, após a leitura do relatório de Pirituba. Um mês após a

Tabela 1. Caracterização dos grupos participantes em Pirituba. São Paulo, SP, 2005.

Categoria de trabalhadores	n	Sessões	Entrevista (em horas, incluindo a validação)
Médicos	6	6 de 4 h	24
Enfermeiros	4	5 de 4 h	20
Auxiliares enfermagem	10	5 de 4 h	20
Agente comunitário de saúde	16	5 de 4 h	20
Total	36	21 de 4 h	84

finalização do processo inicial de reflexão de cada grupo, foram apresentados relatórios preliminares em sessões grupais de validação. Os relatórios finais foram divulgados para os demais trabalhadores e gestores das regiões.

A partir da leitura e análise dos relatórios obtidos nos três municípios, foram destacados os trechos que faziam referência à violência no trabalho, com atenção à recorrências e antagonismos discursivos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os temas mais expressivos e recorrentes identificados nos relatórios permitiram o estabelecimento das seguintes categorias analíticas: impotência frente a situações de precariedade, não-reconhecimento dos esforços realizados, porosidade das fronteiras entre

Tabela 2. Caracterização dos grupos participantes da segunda etapa da pesquisa. Ribeirão Preto e Embu, SP, 2005.

Cidade/ categoria	n	Sessões	Entrevista (horas)
Ribeirão Preto			
Médicos	5	1	4
Enfermeiros	4	1	4
Auxiliares de enfermagem	7	1	4
Agente comunitário de saúde	16	1	4
Total	32	4	16
Embu			
Médicos	3	1	4
Enfermeiros	3	1	4
Auxiliares de enfermagem	6	1	4
Agente comunitário de saúde	17	1	4
Total	29	4	16

aspectos profissionais e pessoais contaminando o tempo de não trabalho; convívio intenso com situações de violência doméstica e social, medo do risco de exposição, integridade ameaçada e temor de represália.

O convívio cotidiano, intenso e prolongado com os usuários, tal como ocorre com as equipes do PSF, provoca um impacto nesses trabalhadores. Esse convívio humaniza o trabalho e permite uma visão crítica em relação aos usuários e seu contexto de vida, porém provoca um forte impacto psicológico, que se expressa na impotência vivenciada frente a situações de extrema penúria material:

“A gente não estava preparada para agüentar, entender, orientar os problemas. Você entra na casa, vê toda a miséria, ouve todos aqueles problemas e não sabe por onde começar. Você tem que trabalhar tudo... a gente tenta”.

O contexto de vida das comunidades atendidas pelo PSF expuseram seus trabalhadores à violência social cotidiana, pois eles testemunharam, diretamente, situações de agressões e, indiretamente, a miséria intensa. Os trabalhadores viram-se diante de situações que envolviam conflitos e violências que lhes causavam dilemas éticos quanto à intervenção adequada a cada situação, como, por exemplo, tomar contato com situações de desrespeito aos outros e às leis ou que envolviam situações privadas de violência doméstica.

Por serem parte da comunidade, os ACS e suas famílias ficam expostos a uma maior sensação de vulnerabilidade à violência, pois testemunham situações de risco e conhecem as pessoas nelas envolvidas. Diante disso, referiram temor do risco e ambivalência quando deviam decidir, sozinhos, a aproximação a uma residência habitada por alguém supostamente envolvido com agressões e/ou tráfico de drogas:

“A mulher apanha e não conta pra ninguém, só pra mim; entra na casa, acontece alguma coisa, alguma briga e a gente já está lá. Sozinho não dá para ir à visita. Tenho medo.”; “Você sabia que a área ali era perigosa, tem ‘pedágio’, toque de recolher, ‘bicho pega’, ‘ferve’ lá. Então porque você foi lá?”.

Para minimizar tal exposição à violência, os agentes comunitários de saúde estabelecem estratégias de defesa, tanto individuais quanto coletivas, que lhes permitem lidar com situações de risco a partir da produção de uma rede de proteção e solidariedade na comunidade. Desenvolvem a astúcia necessária para criar formas que permitam a realização do trabalho. Evitavam saber de situações comprometedoras, trocavam informações sobre o lugar onde trabalham, as pessoas, os costumes, os hábitos, os lugares de circulação “permitidos e proibidos” visando criar estratégias de prudência e de proteção:

“A saída é criar um distanciamento, é fingir a ignorância; preferir não saber onde mora o perigo, ou não lembrar o rosto; pelo clima a gente já sabe quando entrar ou não em uma casa.”

Se a exposição à violência atingia prioritariamente os agentes comunitários de saúde, o medo é uma constante no relato de toda a equipe, relacionado ao temor de sofrer represálias de usuários reconhecidamente violentos e descontentes com o atendimento oferecido. Por outro lado, a equipe sentia-se ofendida na própria integridade, por ter que se calar diante de situações de violência doméstica ou mesmo de desrespeito ao outro.

A contradição entre o esforço que faziam para manter a saúde da população e os agravos e mortes que presenciavam foram fonte de profundo sofrimento e de uma sensação de solidão:

“O que me toca é quando morre alguém assassinado e isso acontece toda semana!”; “não ter com quem dividir”; “medimos a pressão milhões de vezes, mas não conseguimos que ele se cuide mais, nem que pare de bater na mulher”.

A equipe buscava minimizar a violência indireta por meio de estratégias e ações que transcendem seu papel profissional. Os trabalhadores organizavam coleta de fundos para comprar medicamentos, alimentos ou auxiliar nas despesas de famílias; acionavam suas próprias redes para acelerar o atendimento a pacientes que considerem em estado grave. Porém, essas ações tornam-se fontes de sofrimento, pois geram dúvidas e conflitos. Eles se sentem pouco amparados, sem ter com quem compartilhar esses dilemas e acabam por enfrentar situações em que a invisibilidade e o alcance parcial das suas ações resultam numa falta de reconhecimento do esforço realizado.

A equipe relatou dificuldade em manter-se isenta e trabalhar submetida a uma lógica que não permite solucionar as demandas da população. Controlar o próprio envolvimento, estabelecer fronteiras entre ações de saúde e ações sociais e interagir em situações para as quais não se encontram preparados faziam parte do dilema cotidiano destes trabalhadores:

“Você não consegue lidar, tratar esses problemas sociais, que é a pobreza, a mulher que apanha...”; “Eu levei a criança para casa porque apanhava demais, quis adotar, meu marido não aceitou, mas isso é a questão do limite... o limite serve na teoria, mas, na realidade, você se envolve”.

O contato continuado da equipe com os usuários cria situações para as quais não há procedimentos pré-definidos. Os diversos níveis de violência que esses trabalhadores testemunham os tornam alvo desta mesma violência. As experiências vividas no cotidiano do trabalho provocam nos profissionais, independentemente da categoria

profissional a que pertencem, sentimentos de solidão e de vulnerabilidade no exercício do trabalho.

Imersos no cotidiano da miséria e submetidos a uma lógica de trabalho por vezes inoperante, os trabalhadores sentiam-se responsáveis pelos diversos casos sob seus cuidados. A equipe refere a “porosidade da fronteira” entre o envolvimento profissional e o envolvimento humano, uma vez que estão em contato direto com a intimidade das pessoas:

“O limite (do envolvimento) é muito tênue... muitas vezes a gente faz vaquinha para comprar o remédio..., levar criança pra casa já passou (do limite)”; *“Eu não conseguia, perdia noite, perdia sono, comecei a colocar limites... quando a criança morreu fui no velório, fui no enterro...”*; *“Eu fiquei várias semanas sem dormir direito, eu conheço o assassino, o assassinado, conheço a família, conheço todos”*.

Essa porosidade é causa de dilemas, conforme ilustrado no relato de um dos médicos:

“O desejo do médico de chorar diante de problemas que não pode resolver é normal?”. Outro exemplo vem de um auxiliar de enfermagem: *“Os profissionais devem ir a velórios? E neste caso devem ir como profissionais ou como pessoas?”*; *“No momento em que humaniza o atendimento você vira humano, eu vou ajudar mais se eu assumir uma posição neutra, técnica”*.

CONCLUSÕES

A observação dos efeitos da violência física no trabalho leva geralmente a ações pontuais que buscam minimizar, ou mesmo solucionar as suas causas. Já a violência psíquica, mesmo quando direta e expressa por agressões verbais, assédios, ameaças à integridade do trabalhador, nem sempre é evidente, uma vez que ocorre na relação intersubjetiva, dificultando sua constatação, sendo até mesmo negligenciada nas avaliações de diversos contextos de trabalho.

Para Vezina et al²² e Dejours,⁶ embora os transtornos psíquicos graves ligados ao trabalho possam ocorrer, o que se vem observando mais freqüentemente são

fenômenos que não se configuram como distúrbios mentais clássicos, mas como situações de elevado sofrimento psíquico, cuja origem é atribuída à conjuntura vivida pelos trabalhadores em função da organização do trabalho.

Segundo Heloani et al⁸ e Soboll,¹⁷ a experiência da violência psíquica, devido a seu caráter subjetivo, deve ser tratada em diferentes níveis, principalmente por seu impacto e custo para o trabalhador. Os efeitos dessa violência incluem sintomas de ordem psicossomática e podem se manifestar sob a forma de sensação de desconfiança, desânimo, perda de sentido do trabalho, baixa auto-estima, entre outros. Esses efeitos tendem a agravar-se com o tempo, podendo acarretar rompimento de relações interpessoais, absenteísmo, rotatividade, adoecimentos, afastamentos do trabalho e, finalmente, a desestruturação da organização do trabalho.²⁰

A violência, nas suas diferentes formas, como as relatadas pelos trabalhadores do PSF, é expressa no medo do risco de exposição, na integridade ameaçada e no temor de represálias. Além disso, os sentimentos de impotência frente a situações de precariedade, a invisibilidade dos esforços realizados, a porosidade das fronteiras entre aspectos profissionais e pessoais e a conseqüente contaminação do tempo de não trabalho permanecem, na maioria das vezes, ocultos.

Embora os resultados indiquem forte tendência de sofrimento psíquico decorrente da violência no trabalho, o processo de trabalho desenvolvido no PSF proporciona perspectivas interessantes para seus profissionais. Compor um sistema em que seja possível reunir o ato técnico e atividades inovadoras e que levam a uma melhor qualidade de vida para a população é uma oportunidade de desenvolvimento profissional e pessoal que gera satisfação e envolvimento profissional com o outro.

A visibilidade da violência psíquica no trabalho e suas formas, a partir da participação dos trabalhadores, pode contribuir para a construção de estratégias individuais, grupais e organizacionais que tornem o trabalho mais saudável, permitindo aos trabalhadores realizá-lo, apesar das ameaças e do medo que vivenciam.

REFERÊNCIAS

1. ABRASCO. Violência e Saúde: Desafios locais e globais. *Cienc Saude Coletiva*. 2006;11(Supl).
2. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Cienc Saude Coletiva*. 2007;12(2):455-464. DOI: 10.1590/S1413-81232007000200022
3. Chappell D, Di Martino V. La violence au travail. Genève: Bureau International du Travail; 2000.
4. Deslandes SF, Silva CMFP, Ugá MAD. O custo do atendimento emergencial às vítimas de violências em dois hospitais do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica*. 1998;14(2):287-299. DOI: 10.1590/S0102-311X1998000200013
5. Debout M, Larose C. Violences au travail: agressions, harcèlements, plans sociaux. Paris: Les Editions Ouvrières; 2003.
6. Dejours C. Conjurer la violence, travail, violence et santé. Paris: Ed Payot; 2007.
7. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Jr A, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Cienc Saude Coletiva*. 2006;11(3):633-41. DOI: 10.1590/S1413-81232006000300012
8. Heloani JRM, Freitas ME, Barreto MMS. Assédio moral no trabalho. São Paulo: Cengage Learning; 2008. v.1.
9. Lancman S, Sznalwar LI, organizadores. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília: Paralelo15/Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz; 2004.
10. Lancman S, Sznalwar LI, Uchida S, Tuacek TA. O trabalho na rua e a exposição à violência no trabalho: um estudo com agentes de trânsito. *Interface (Botucatu)*. 2007;11(21):79-92. DOI: 10.1590/S1414-32832007000100008
11. Minayo MCS, Souza ER. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *Hist Cienc Saude-Manguinhos*. 1997-1998;4(3):513-31. DOI: 10.1590/S0104-59701997000300006
12. Minayo MCS. Conceito de avaliação por triangulação de métodos, In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. Avaliação por triangulação de métodos - Abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz; 2005.
13. Palácios M. Violência no ambiente de trabalho no setor de saúde da cidade do Rio de Janeiro: trabalhadores da saúde – vítimas e algozes. *Cienc Saude Coletiva*. 2003;8(Supl 2):214-20.
14. Santos Jr EA, Dias EC. Violência no Trabalho: uma revisão da literatura. *Rev Bras Med Trab*. 2004;2(1):36-54.
15. Santos Jr EA, Dias EC. Médicos vítimas da violência no trabalho em unidades de pronto atendimento. *Cad Saude Colet (Rio J)*. 2005;13(3):705-22.
16. Soares A. Un phénomène au pluriel: les violences. *L'effectif*. 2001;4(4):26-33.
17. Soboll LAP. Assédio Moral/organizacional: uma análise da organização do trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008.
18. Souza ER, Lima MLC. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. *Cienc Saude Coletiva*. 2007;11(Supl):1211-22. DOI: 10.1590/S1413-81232006000500011
19. Thiollent M. Pesquisa-ação nas organizações. São Paulo: Atlas; 1997.
20. Tobin TJ. Organizational determinants of violence in the workplace. *Aggress Violent Behav*. 2001;6(1):91-102. DOI: 10.1016/S1359-1789(00)00011-2
21. Turato ER. Métodos qualitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saude Publica*. 2005;39(3):507-14. DOI: 10.1590/S0034-89102005000300025
22. Vezina M, Derriennic C, Monfort C. Tension au travail et atteintes à la santé mentale: l'éclairage de l'enquête ESTEV. In : Ayrat S, Laville A, Molinié AF, Volkoff S, coordenadores. Travail, Santé, Vieillesse, Relatins et évolution. Paris: Octares Editions; 2001. p.176-87.
23. Wynne R, Clarkin N, Cox T, Griffiths A. Guidance on the prevention of violence at work. Bruxelles, Commission européenne, 1997. In: Happell D, Di Martino V. La violence au travail. Genève: Bureau international du travail; 2000. p.15.