

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em saúde Coletiva

JOÃO PEDRO BRAGA FÉLIX

**Atuação do Poder Executivo e Legislativo na
Construção de Políticas na Temática de Violência
Contra Profissionais de Saúde**

Brasília/DF
janeiro de 2022

João Pedro Braga Félix

**Atuação do Poder Executivo e Legislativo na
Construção de Políticas na Temática de Violência
Contra Profissionais de Saúde**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Prof. Orientador: Drº. Éverton Luís Pereira

Brasília/DF
janeiro de 2022

JOÃO PEDRO BRAGA FÉLIX

**Atuação do Poder Executivo e Legislativo na
Construção de Políticas na Temática de Violência
Contra Profissionais de Saúde**

**Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre
pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.**

Aprovado em: 27/01/2022

BANCA EXAMINADORA

Dr. Everton Luís Pereira
Universidade de Brasília – UnB
Orientador

Dra. Maria Fátima de Sousa
Universidade de Brasília – UnB
Membro Interno / Titular

Dra. Tatiana Wargas de Faria Baptista
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz
Membro Externo / Titular

Dra. Maria Célia Delduque Nogueira Pires de Sá
Universidade de Brasília – UnB
Membro Interno/ Suplente

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof^o. Dr^o. Everton Luís Pereira, por ser um guia incentivador, prudente e compreensivo diante as adversidades enfrentadas.

Aos meus familiares, em especial minha mãe Marta Félix, meu pai Antônio Félix, meu irmão Filipe Félix, minha tia Marcionília Rodrigues e minha avó Anísia Rodrigues pelo apoio e compreensão diante as ausências ocasionadas pelas escolhas realizadas em prol do percurso percorrido.

Aos meus primos, Célia Dias, Naiara Dias e Oscar Félix pela amizade e irmandade.

Aos meus amigos Marcela Escudeiro, Letícia Santiago, Stanlei Mendes, Alayne Pereira, Amanda Costa, Karen Carneiro, Fernanda Campanati, Guilherme Brasil, Luana Silva, Ana Carolina Gaudino, Jean Marques, Leonardo Paixão, Flávia Pessoa, Renato Conrado, Rangel Fernandes, Rafaela Ivo, Natan Oliver por serem os melhores amigos em todo e qualquer momento.

Aos professores que passaram pelo meu caminho, tenho para todos muitos apreços e admiração.

A Universidade de Brasília por todo aprendizado proporcionado durante a graduação e mestrado.

Aos profissionais de saúde que mesmo diante a todas as adversidades enfrentadas continuam firmes e na luta.

RESUMO

A violência contra profissionais de saúde no trabalho configura um problema de saúde pública com abrangência internacional. Os profissionais de saúde são suscetíveis, porém com medidas de enfrentamento e ações efetivas é possível o desenvolvimento de um ambiente seguro e livre de violência. Uma das alternativas que podem contribuir para o enfrentamento da violência contra os profissionais de saúde é a criação de normas relativas à gestão de temas de interesse público, como políticas públicas voltadas para a temática. Esta dissertação, foi construída com o intuito de buscar na literatura, como está sendo abordado, no contexto dos países do Continente Americano, a violência contra os profissionais de enfermagem que atuam em unidades de pronto socorro, que são os profissionais de saúde e o local que tem maior incidência de violência. E também explorar o processo de criação de instrumentos normativos com foco na violência contra profissionais de saúde, considerando o Ciclo de Políticas Públicas. Serão apresentados a seguir dois estudos que se complementam diante seus resultados obtidos, o primeiro estudo é uma revisão integrativa da literatura de publicações realizadas no período de 2010 a março de 2020 que busca responder a pergunta: Como é abordada a violência contra profissionais de enfermagem em unidades de emergência no Continente Americano? E o segundo estudo que possui enfoque qualitativo focado na análise documental de documentos públicos resgatados das bases de busca da Câmara dos Deputados, Senado Federal, DOU, e plataforma de cursos do Ministério da Saúde (MS) (UNASUS e AVASUS), nos moldes do modelo do ciclo de políticas públicas. No estudo de revisão, os artigos foram selecionados e discutidos de acordo com a forma de violência e executores; causas da violência; estratégias de enfrentamento e combate; e impacto da violência na vida dos profissionais. No estudo sobre as proposições, a violência contra profissionais de saúde, não se mostrou como uma temática prioritária no campo da gestão de políticas públicas nos períodos avaliados. Assim, a violência contra profissionais necessita ser evidenciada com vista a proporcionar sua inserção nas pautas de discussão política para que seja vista como uma pauta do governo a ser conduzida a nível de política pública. E um dos caminhos para subsidiar a temática é o desenvolvimento de estudos que explorem a violência contra profissionais de saúde e suas complexidades.

Palavras-chaves: Violência no Trabalho; Profissionais de Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Poder Legislativo; Poder Executivo

ABSTRACT:

Violence against health professionals at work is a public health problem with international scope. Health professionals are susceptible, but with coping measures and effective actions, it is possible to develop a safe and violence-free environment. One of the alternatives that can contribute to confronting violence against health professionals is the creation of norms related to the management of issues of public interest, such as public policies focused on the subject. This dissertation was built with the aim of searching in the literature, as it is being addressed, in the context of the countries of the American Continent, the violence against nursing professionals who work in emergency care units, which are health professionals and the place which has a higher incidence of violence. And also explore the process of creating normative instruments focused on violence against health professionals, considering the Public Policy Cycle. Two studies that complement each other in terms of their results will be presented below. The first study is an integrative literature review of publications carried out from 2010 to March 2020 that seeks to answer the question: How is violence against nursing professionals addressed in emergency units on the American Continent? And the second study that has a qualitative focus focused on document analysis of public documents retrieved from the search bases of the Chamber of Deputies, Federal Senate, DOU, and the Ministry of Health (MS) course platform (UNASUS and AVASUS), along the lines of model of the public policy cycle. In the review study, articles were selected and discussed according to the form of violence and perpetrators; causes of violence; coping and combat strategies; and impact of violence on professionals' lives. In the study on the propositions, violence against health professionals was not shown to be a priority theme in the field of public policy management in the evaluated periods. Thus, violence against professionals needs to be evidenced in order to provide its insertion in the agenda of political discussion so that it can be seen as a government agenda to be conducted at the level of public policy. And one of the ways to support the theme is the development of studies that explore violence against health professionals and its complexities.

Keywords: Violence at work; Health professionals; Public Health Policies; Legislative power; Executive power

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Fluxograma da seleção e inclusão dos artigos, Brasília-DF, 2022.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Pergunta de pesquisa pela estratégia SPIDER, Brasília-DF, 2022

Quadro 2- Artigos incluídos no estudo de revisão, Brasília-DF, 2022

Quadro 3- Proposições resgatadas nas bases do poder executivo, MS e DOU, Brasília-DF, 2022

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Relação dos dados quantitativos analisados nos artigos selecionados, Brasília-DF, 2022

Tabela 2- Caráter da proposta resgatada no Congresso Nacional, Brasília-DF, 2022.

Tabela 3- Situação de tramitação dos Projetos de Lei encontrados no Congresso Nacional Brasília-DF, 2022.

Tabela 4- Matérias apresentadas por parlamentares com formação em saúde Brasília-DF, 2022.

Tabela 5- Temáticas das proposições resgatadas, mediante categorias atribuídas, Brasília-DF, 2022

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DOU- Diário Oficial da União
MS - Ministério da Saúde
UNASUS - Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
AVASUS - Ambiente virtual de Aprendizagem do Sistema Único de Saúde
OMS - Organização Mundial da Saúde
Sars-CoV-2 - severe acute respiratory syndrome coronavirus 2
Covid-19 - Coronavirus Disease 2019
DF - Distrito Federal
HRAN - Hospital Regional da Asa Norte
TCLE - Termo de Consentimento e Livre Esclarecido
OIT - Organização Internacional do Trabalho
FS - Faculdade de Ciências da Saúde
UNB – Universidade de Brasília
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
SES - Secretaria de Estado de Saúde
FEPECS - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
CAAE - Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
PICO - Paciente, Intervenção, Comparação e “Outcomes” (desfecho)
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
DECS - Descritores das Ciências da Saúde
MeSH - Medical Subject Headings
CAFe - Comunidade Acadêmica Federada
RNP - Rede Nacional de Ensino e Pesquisa
ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
PEC - Emenda à Constituição
PLP - Projetos de Lei Complementar
PL - Projetos de Lei
PLC - Projetos de Lei de Conversão
PDC - Projetos de Decreto Legislativo
REQ - Requerimentos
RIC - Requerimentos de Informação
MSC - Mensagem
INC - Indicações
UNB - Universidade de Brasília
ORCID: Open Researcher and Contributor ID
EUA - Estados Unidos da América
COREn-SP - Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
CREMESP - Conselho Regional de Medicina de São Paulo
PSB - Partido Socialista Brasileiro
SBT - Substitutivo
VTS - Voto em separado
CCJ - Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania
PLEN - Plenário
CTN - Comissão de Finanças e Tributação
REDE - Rede Sustentabilidade
PCdoB - Partido Comunista do Brasil
PSDB - Partido da Social Democracia Brasileira
PDT - Partido Democrático Trabalhista
PT - Partido dos trabalhadores
PTN - Partido Trabalhista Nacional

PV - Partido Verde

PP - Partido Progressistas

PNSTT - Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

GM - Gabinete do Ministro

SUMÁRIO

1	Introdução	12
2	Referencial Teórico	16
2.1	Violência	16
2.2	Violência e saúde	16
2.3	Violência no trabalho em saúde	18
2.4	Políticas Públicas	21
2.5	O Poder Legislativo e Executivo na política pública	24
2.6	Análise de políticas públicas	26
3	Objetivo	30
3.1	Objetivo geral	30
3.2	Objetivos Específicos	30
4	Metodologia	31
4.2.1	Metodologia do estudo de revisão	31
4.2.2	Metodologia da pesquisa qualitativa	33
5	Resultados e Discussão	37
5.1	Artigo 1	37
5.1.1	Introdução	38
5.1.2	Método	40
5.1.3	Resultados e Discussão	43
5.1.5	Conclusão	53
5.1.6	Referências	53
5.2	Artigo 2	59
5.2.1	Introdução	60
5.2.2	Metodologia	63
5.2.3	Resultados e discussão	66
5.2.4	Conclusão	75
5.2.5	Referências	76
6	Considerações Finais	81
7	Referências	83

1 INTRODUÇÃO

A violência em seus sentidos pode se apresentar como um mecanismo de expressão de poder que frente as interações político-sociais, pode ser legitimada e apoiada por meio de um arcabouço legal, que a normaliza e legitima o comportamento relacional com a expressão do domínio de um indivíduo sobre outros (MINAYO, 2006; WEBER, 1998). Para Weber (1998) o processo de dominação se manifesta em três vertentes puras: a dominação legal, a dominação tradicional e a dominação carismática.

A dominação legal se respalda no arcabouço jurídico e trabalha de forma que qualquer direito pode ser criado e modificado mediante um estatuto sancionado; a dominação tradicional se alicerça sobre uma estruturação patriarcal, elevada pela tradição, fundamentada a base da fidelidade; e a dominação carismática expressa a relação de domínio de um indivíduo denominado pela sociedade como profeta, herói ou grande demagogo que detém o poder de decisório sobre temas diversos (WEBER, 1998).

Para esboçar a relação entre poder, estado e política Bobbio (2018) ressalta que o poder se desdobra em três formas de expressão: econômico, ideológico e político, ou seja, da riqueza, do saber e da força que se relaciona com a posse de bens ou meios de produção, de certas formas de saberes, doutrinas, conhecimentos, de informações, ou de códigos de conduta. Bobbio (2018) ressalta que estes poderes mantêm as sociedades de desiguais divididas em fortes e fracos com base no poder político, em ricos e pobres com base no poder econômico, em sábios e ignorantes com base no poder ideológico.

Na dinâmica social o poder é centrado em sujeitos considerados politicamente relevantes, que estão à frente de grandes organizações, associações de mais diversa natureza, sindicatos das mais diversas profissões e partidos das mais diversas ideologias. O domínio político pertence a indivíduos que adquiriram o direito de participar direta ou indiretamente do governo e não aos indivíduos em sua pluralidade e em suas necessidades (BOBBIO, 1986).

As relações de poder, na concepção de Lavallo, (2003), pode acirrar a segregação da sociedade espelhada na relação do binômio igualdade/diferença, que têm por base as diferenças físicas, culturais ou sociais em que o indivíduo está inserido. A diferença é uma característica humana e que fornece um enriquecimento cultural das sociedades por meio de uma diversificação de concepções e crenças (LAVALLE, 2003).

Porém, Lavallo (2003) ressalta que a diferença pode representar um fator de segregação entre os indivíduos quando é a ela atribuído o sentido de valor social, que um

indivíduo se sente superior em relação ao outro e esta relação é incrementada diante as relações de poder, em que se pode favorecer privilégios de alguns grupos reforçar as desigualdades.

Considerando assim, que a violência é retratada desde o período pré-histórico como marco no processo de construção das civilizações e que ela reflete o exercício ativo de luta contra as diversas formas de opressão relacionada ao conteúdo das emoções humanas, tendo em vistas a tomada de posição diante do outro indivíduo e opressões sociais vivenciadas nas relações de desigualdades a violência é então uma manifestação social complexa e de difícil compreensão (MINAYO, 2006; MARX, 2013).

Em sentido atribuído pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência se traduz como uso intencional da força física ou do poder real, ou ameaça, contra si próprio, um indivíduo ou um grupo podendo resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência ou privação (KRUG, et al. 2002 p. 05; SILVA; AQUINO; PINTO, 2014;).

No contexto do trabalho, a violência pode promover como consequência a redução no rendimento e produtividade, e também pode causar danos que se manifestam de imediato ou em período tardio (HANSON, et al, 2015). O enfrentamento da violência no local de trabalho no contexto específico dos profissionais de saúde está como uma prioridade mundial nas últimas décadas, devido ao aumento da ocorrência de agressões aos profissionais de saúde por usuários, familiares e acompanhantes (KRUG, et al. 2002). Porém, o reconhecimento do problema da violência pela área da saúde no Brasil vem se fazendo de forma fragmentada, lenta e intermitente (KRUG, et al. 2002; ANGLAND; DWONLING; CASEY 2014).

Autores como Sisawo; Ouédraogo e Huang (2017) trazem que atos de violência no contexto da saúde se fazem tão presentes e rotineiros que muitos profissionais os veem como parte do trabalho, e atribui a premissa de que se você deseja trabalhar na assistência à saúde, deve aprender a lidar com a violência como um aspecto da natureza humana.

Características de unidades que prestam assistência à saúde podem favorecer a ocorrência de atos violentos contra profissionais de saúde, uma vez que podem influenciar o comportamento das pessoas e torná-las passíveis de cometer agressão verbal e física. Reações emocionais decorrentes do problema de saúde, dor, desordens psiquiátricas, uso abusivo de substâncias como o álcool e outras drogas são considerados agravantes para a ocorrência de violência nesses locais (RAY, 2017; SISAWO; OUÉDRAOGO; HUANG, 2017). Fato que pode auxiliar na compreensão dos altos índices de violência contra os

profissionais de saúde, sendo os profissionais de enfermagem apontados como os mais acometidos (SISAWO; OUÉDRAOGO; HUANG, 2017).

Assim, se justifica a execução deste estudo partindo dos seguintes pressupostos: a violência contra profissionais de saúde no trabalho se configura não só em problema na saúde do trabalhador, mas de saúde pública com abrangência internacional; os profissionais de saúde são suscetíveis, mas com medidas de enfrentamento e ações efetivas é possível o desenvolvimento de um ambiente seguro e livre de violência; também, devido a abordagem desta temática ser necessária diante da escassez de informações em publicações científicas.

Considerando os caminhos principais para a criação de normas relativas à gestão de temas de interesse público, essa dissertação foi construída com o intuito de buscar na literatura como está sendo abordado, no contexto dos países do Continente Americano, a violência contra os profissionais de enfermagem que atuam em unidades de pronto socorro. E também para explorar o processo de criação de instrumentos normativos com foco na violência contra profissionais de saúde, considerando o Ciclo de Políticas Públicas, a partir do processo de indução a criação de Políticas e Leis pela participação dos atores do Poder Legislativo e do Poder Executivo no Congresso Nacional.

Para organizar a escrita e facilitar a interpretação do leitor, esta dissertação será segregada em partes. Inicialmente foi construído um referencial teórico que subsidiará a compreensão da temática e os percursos conceituais. A violência foi abordada em sentido geral como um fenômeno social complexo, estrutural que vai atingir os sujeitos de formas diversas; também foi pensado a violência como um problema de saúde pública e a violência no local de trabalho no contexto dos profissionais de saúde.

O referencial também aborda o processo de definição, concepção e análise de políticas públicas, considerando aspectos inerentes ao exercício da cidadania e a participação de atores na concepção de políticas, com foco na representatividade dos Poderes Executivo e Legislativo no Congresso Nacional.

Na sequência é apresentado o objetivo principal e os específicos deste trabalho e o percurso metodológico que foi seguido para a obtenção dos resultados e estruturação da análise que subsidiou a discussão.

Após os resultados e discussão são apresentados na formato de artigos, o primeiro artigo consiste em uma revisão integrativa de literatura, onde foram exploradas as principais manifestações e causas da violência, os principais perpetradores, as suas consequências, e medidas de proteção e prevenção; e o segundo artigo explora nas medidas determinadas pela metodologia de análise do ciclo de políticas públicas, as

propostas legislativas e documentos sobre violência contra profissionais de saúde no Congresso Nacional, Diário Oficial da União (DOU), e nas plataformas de cursos para profissionais de saúde do Ministério da Saúde.

E por fim a conclusão e os fechamentos da dissertação, com as referências utilizadas e os apêndices.

Os resultados foram apresentados em formato de artigo. O artigo 1 foi submetido à revista “Ciencia y Enfermería”, da “Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción-Chile”, no dia 02 de janeiro de 2022. E o artigo 2 será submetido a revista “Saúde em Debate”, do “Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)”.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 VIOLÊNCIA

A violência possui contextos múltiplos e se refere ao processo de constrangimento e dominação com o uso da força física (MINAYO, 2006, p. 13). Assim, em um cenário cuja pessoa apresenta maior força, consegue almejar os seus objetivos, mesmo que seja a custos de prejudicar outro indivíduo. É inegável que a violência seja ligada ao processo de dominação e expressão de poder e reforça a desigualdade entre os indivíduos.

Minayo, (2006) ressalta três correntes sociofilosóficas que explicam a violência em sua complexidade: a primeira define a violência como reativa a crises em que revoltas sociais ou contra o estado ocorrem em resposta a um sistema que não consegue dar suporte adequado para suprir as necessidades da população prejudicada pelo contexto vivido; a segunda corrente busca tratar a violência como um meio para atingir fins específicos, a violência nessa abordagem se relaciona intimamente com as relações de poder político e a imposição de dominância política; e a terceira corrente, aborda a violência ressaltando a forte articulação entre violência e cultura, aqui os conflitos passam a ser mediados pelo direito e pela lei, referenciados pela construção da identidade e pela busca do bem coletivo (MINAYO, 2006 pp 16-19).

Na percepção social, a violência permeia uma gama de visões e concepções, podendo ela ser vista sob uma ótica de negação de direitos e imposição de poder ou como uma representação pecaminosa, criminosa e corruptível da sociedade (MINAYO, 2006), mas ambas as representações perpassam por um sentido moral. Assim sua manifestação pode ser completamente repelida pela sociedade ou apenas vista como uma consequência das interações sociais, porém é certo que a violência sempre se fez presente ao meio social, marcada por períodos de maior e outros de menor intensidade (MINAYO, 1994; MINAYO, 2006 p. 15;).

2.2 VIOLÊNCIA E SAÚDE

Em seus mais diversos contextos, a violência promove impactos sociais, psicológicos, econômicos e previdenciários, que sobrecarregam os serviços de saúde e afetam pessoas e sociedades por todo o mundo (SOUTO, et al, 2017). Também se configura como um importante desafio no campo das ciências, visto que sua compreensão impõe uma análise abrangente a partir dos determinantes e condicionantes políticos, socioambientais que permeia a situação e o cenário de violência (MINAYO, 1994; SOUTO, et al, 2017).

Na saúde pública não é diferente, a violência também representa um importante desafio, pois sua prevenção e enfrentamento requer conhecimento abrangente do tema,

com detalhamento de dados sobre sua extensão, características e consequências, em nível local, nacional e internacional (SOUTO, et al, 2017).

Para subsidiar a compreensão e alinhar os conceitos de violência no campo da saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) a define como:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG, et al. 2002. p. 05).

Esta definição permite incluir como violência as negligências e todos os tipos de abuso físico, sexual e psicológico, bem como o suicídio e outros atos de auto abuso (ABATH, et al, 2010; KRUG, et al. 2002 p. 05; MASCARENHAS, et al. 2017). A definição da OMS auxilia também na compreensão da intencionalidade e das relações de poder permeando a contextualização da violência, que pode receber denominação diferente a depender da forma específica que se manifesta no campo social, a exemplo da violência contra profissionais de saúde, violência contra mulheres; violência econômica, dentre outras (BETANCOURT, 2017).

Com o intuito de categorizar a violência, a OMS diversifica três categorias tomando como referência o perpetrador do ato: violência dirigida a si mesmo (auto infligida); violência interpessoal e violência coletiva (KRUG, et al. 2002, p. 6).

Anterior a definição de violência da OMS de 2002, frente aos números e problemas que impactaram o setor saúde advindos dos acidentes e violências, no Brasil foi aprovada a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (Brasil, 2000), que foi um instrumento orientador da atuação do setor saúde brasileiro em relação às violências.

Assim, uma definição de violência ganhou legitimação a nível nacional como: evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes ou nações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros. (BRASIL, 2017; BRASIL, 2000).

O registro da manifestação de eventos violentos, pensando a nível de notificação aos sistemas de saúde, segue o registro definido na classificação de morbidade e mortalidade na Classificação Internacional das Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) como “causas externas”, e com a publicação da Portaria nº 104 GM/MS de 25 de janeiro de 2011, todas as violências passam a fazer parte da lista de agravos notificáveis ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2017; WHO, 2000).

Nesse ponto, seguiremos com a abordagem da violência interpessoal, que está relacionada à interação entre os indivíduos, seja a nível familiar/parceiro íntimo ou em relações comunitárias entre pessoas sem laços familiares cuja o ato violento geralmente ocorre fora do domicílio, tais como em grupos institucionais e locais de trabalho (KRUG, et al. 2002, p. 6), que é o que será explorado nesta dissertação.

2.3 VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM SAÚDE

No que se relaciona a violência no trabalho, a literatura científica busca explorar os riscos advindos do trabalho para os trabalhadores (CAMPOS, 2003, p. 2004; OLIVEIRA; NUNES, 2008), e sua definição envolve o comportamento de um indivíduo ou indivíduos dentro ou fora de uma organização que se destina a prejudicar física ou psicologicamente um trabalhador ou trabalhadores e ocorre em um contexto relacionado ao trabalho (OIT, 2002; KELLOWAY; BARLING; HURRELL, 2006, pp.12-13).

A violência no trabalho pode se manifestar pela ocorrência de agressões verbais leves, que muitas vezes passam despercebidas de imediato, até agressões físicas mais danosas e estes eventos podem ser perpetrados por indivíduos da própria instituição ou externos a ela (ALMEIDA, FILHO; MARQUES, 2017; OLIVEIRA, et al. 2020).

A repercussão da violência no trabalho para o indivíduo pode se dar de forma imediata ou se manifestar de forma tardia, anos após a sua ocorrência, a exemplo de algumas violências psicológicas que podem não serem percebidas e não repercutir de imediato (OLIVEIRA; NUNES, 2008; ALMEIDA, FILHO; MARQUES, 2017; OLIVEIRA, et al. 2020).

A violência no trabalho pode sofrer influência de diversos fatores estruturais específicos, como: localização do serviço, índice de criminalidade local; estrutura física do local de trabalho; disponibilidade de recursos humanos e materiais, instabilidade trabalhista e políticas institucionais que não promovem a segurança no trabalho (OIT, 2002).

Já em ambientes de saúde, a violência também pode ser atribuída a presença de problemas organizacionais e estruturais no ambiente de trabalho bem como pela falta de recursos, escasso treinamento da equipe de apoio, dificuldades nas admissões e transferências para outros serviços, espera, aglomeração local devido à intensa presença de familiares e à saturação da capacidade de acolhimento (OLIVEIRA, et al. 2013; SCHERER, et al. 2018).

Enfatiza-se que a violência contra profissionais de saúde está presente em qualquer área de atuação e em todos os tipos de estabelecimentos de saúde, porém há uma

predominância nos locais que possuem um fluxo maior de pacientes, condições adversas de trabalho (OLIVEIRA, et al. 2020; ALMEIDA, FILHO; MARQUES, 2017).

No que tange a violência contra profissionais de saúde de acordo com a categoria profissional, autores ressaltam que a violência nos serviços ocorre com maior frequência aos profissionais de saúde responsáveis pela primeira comunicação direta com pacientes e seus familiares e possuem maior tempo de contato com pacientes e familiares (SHAFRAN-TIKVA, et al. 2017; ALMEIDA, FILHO; MARQUES, 2017; OLIVEIRA, et al. 2020; BUSNELLO, et al. 2021). O que torna os profissionais de enfermagem mais vulneráveis devido às características de suas atribuições.

Também é citado na literatura que o perfil dos pacientes atendidos pode estar diretamente relacionado à incidência de violência, visto que em pacientes com condição psiquiátrica, história de abuso de substâncias e com sensação dolorosa de origem não traumática apresentam maiores representatividades como perpetradores de violência contra profissionais de saúde (GILLESPIE; FARRA; GATES, 2014; GILLESPIE, PAPA, GÓMEZ, 2017; CLAUDIUS, et al. 2017).

Autores como Oliveira e colaboradores (2013); Gillespie, Farra e Gates (2014); Kelley (2014); Claudius e colaboradores (2017) categorizam a violência contra profissionais de saúde de acordo com a sua apresentação e manifestação, assim a violência física que engloba ações como: bater com uma parte do corpo, dar tapa, chutar, socar, beliscar, arranhar, morder, puxar cabelos, bater com um objeto, atirar um objeto, cuspir, bater, atirar, esfaquear, apertar e torcer; a violência verbal que inclui: ameaças ou ações envolvendo declarações e mensagens escritas relacionadas a execução de lesões físicas, bem como expressões de intenção de infligir dor, lesão ou punição aos profissionais.

Há também a manifestação de violência psicológica que se categoriza em ocorrências não verbais transmitindo ameaças, sobrecarga de trabalho, intensificação dos ritmos de trabalho, precariedade das condições de trabalho, necessidade de improvisação e falta de apoio institucional e de ocupante de cargos ascendentes (OLIVEIRA, et al. 2013; GATES, et al. 2011; GILLESPIE, FARRA, GATES, 2014). Autores como Oliveira e Nunes (2008) e Bordignon e Monteiro, (2016), sugerem que a violência psicológica pode se manifestar como em assédio, *Bulling e Mobbing*.

Estudos como os realizados por Gillespie, Oliveira et al. (2013); Farra e Gates (2014); Kelley (2014); Claudius e colaboradores (2017), mostram que em relação a quantificação da violência contra os profissionais de saúde, há o predomínio de violência verbal.

Corroborando com o predomínio da violência verbal, um estudo realizado em 44 hospitais terciários e 90 hospitais municipais em 16 províncias da China, com uma amostra válida de 15970 profissionais de saúde, obteve relato de violência no local de trabalho por 65,8% dos entrevistados, destes, 64,9% foram violência verbal e 11,8% dos eventos foram referentes a violência física (SHI, et al, 2017).

Considerando os locais de assistência à saúde e a classe profissional, os enfermeiros que atuam em pronto-socorro e unidades de emergência podem apresentar 5,5 vezes maior risco de serem expostos à violência quando comparados com enfermeiros dos departamentos de internação, e os enfermeiros são quase duas vezes mais expostos a violência em relação aos médicos (SHAFRAN-TIKVA, et al. 2017).

A grande maioria dos registros de ato violento apontam que o ato foi deferido por pacientes ou acompanhantes (GILLESPIE; FARRA; GATES 2014; JIMÉNEZ et al. 2019). O que pode ser verificado em estudos como o de Oliver e Levine (2015), com amostra composta por 1900 profissionais de saúde de unidades de emergência, observaram que cerca de 67% relataram que já foram, ou conhece colegas que foram xingados e ameaçados por um paciente; 45% já haviam sido agredidos com socos, tapas ou arranhões; 41% foram alvejados por cusparadas; 4% relataram que eles ou seus parceiros foram apunhalados ou envolvidos em uma tentativa de apunhalamento; e 4% relataram ter sido alvo de tiro ou envolvido em uma tentativa de tiro por um paciente. Colegas de trabalho, também são apontados como perpetradores violência no âmbito do trabalho em saúde (HONARVAR et al. 2019).

As organizações de saúde são espaços promotores de saúde e preventivos a doenças e agravos, porém a violência se faz presente de forma significativa (ALMEIDA, FILHO; MARQUES, 2017), o que induz a necessidade de reforçar as atribuições das organizações de saúde para o enfrentamento, notificação e garantia de um ambiente seguro aos trabalhadores, assim como elaborar estratégias para o suporte aos profissionais que foram vítimas de violência e sofrem as suas consequências.

A atuação institucional, no que tange a violência contra profissionais de saúde, encontra como uma barreira a falta de instrumento, normas e legislações que os estimulem no enfrentamento a atos violentos no local de trabalho; também com o fato de não existir um sistema de notificação e registro que estratifique a especificidade desta violência, possibilitando quantificar a violência contra profissionais de saúde, para além das causas externas (ALMEIDA, FILHO; MARQUES, 2017). Porém a violência segue frequente e desencadeando consequências aos profissionais de saúde e no funcionamento das organizações.

Quanto às consequências da violência contra profissionais de saúde, afetam as dimensões familiar e social dos profissionais, assim como repercutem na atuação profissional (BORDIGNON; MONTEIRO, 2016; BUSNELLO, et al. 2021). A nível individual, a literatura ressalta que pode ocorrer aumento da carga psíquica para os trabalhadores vítimas de violência que se manifestam em sentimentos e sintomas (JIMÉNEZ, et al. 2019).

Sintomas físicos como, dor, entorse, dano à audição, palpitações, distúrbios no sono, estresse, depressão, medo de pacientes e/ou visitantes, sentimento de que a profissão não é respeitada, cansaço, dores de cabeça, dificuldade em dormir, medo, ansiedade e gastralgia, enfermidades físicas e mentais, solidão, irritabilidade, raiva, tristeza, baixa autoestima e crises de choro e Burnout são relatados na literatura como desencadeados em profissionais de saúde após episódio de violência no trabalho (BARBOSA et al., 2011; ATAN et al., 2013; BORDIGNON; MONTEIRO, 2016; BUSNELLO et al., 2021). Estes problemas podem se acentuar à medida que a violência se repete (OLIVEIRA et al. 2013; SCHERER, et al. 2018; JIMÉNEZ et al., 2019).

A violência contra os profissionais de saúde, apresenta também implicações diretas às instituições. Há relatos de diminuição da qualidade do cuidado, aumento de custos para a instituição, aumento da incivilidade no local de trabalho. Para além disso, há aumento de absenteísmos e afastamentos, visto que, após o ato violento, o profissional pode necessitar de licença por doença, para tratamento de lesões físicas, consulta ou tratamento (BORDIGNON; MONTEIRO, 2016; BUSNELLO et al., 2021).

O enfrentamento aos riscos e aos agravos advindos do trabalho é uma das competências da área de saúde do trabalhador, que se configura como um campo voltado para analisar e intervir nas relações de trabalho que provocam doenças e agravos. A saúde do trabalhador, assim como as demais áreas da saúde coletiva, atua na promoção, na prevenção e na vigilância (GOMEZ, VASCONCELLOS, MACHADO, 2018). A área de saúde do trabalhador não será o foco principal desta dissertação, mas é válido citar sua existência e exaltar sua importância na assistência às vítimas de violência e como um dos eixos que podem induzir mudanças no contexto de formulação de estratégias de enfrentamento da violência no trabalho.

2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS

O estudo de políticas públicas busca entender o exercício do poder político frente a diferentes interesses de setores sociais, desvendar os princípios que direcionam a ação do Poder Público e dispõe diretrizes, procedimentos e regras que determinam as relações entre o Estado e os atores sociais (TORRENS, 2013). A construção de uma política

pública advém de mecanismos complexos e dinâmicos que envolvem negociações, pressões, mobilizações, alianças ou coalizões com grupos interesses comuns (TEIXEIRA, 2002).

Os estudos sobre políticas públicas podem abarcar desde estudos empíricos sobre os governos que conduzem de grandes questões públicas, até análises das relações entre os governos, instituições políticas e grupos sociais buscando entender as subjetividades do processo de decisão do que é e o que não é pautado na agenda governamental (TEIXEIRA, 2002; SOUZA, 2006; TORRENS, 2013).

As políticas públicas como ciência advém das ciências políticas e sua inserção iniciou com o reconhecimento da área acadêmica na forma de disciplinas na década de 1930. É uma ciência centrada em estudos e pesquisas voltados para a análise sobre o Estado e suas instituições do que na “produção dos governos” (SOUZA, 2006, p. 22).

As instituições europeias trabalharam política pública nos moldes de teorias explicativas sobre o papel do Estado e do Governo como produtores de políticas públicas, enquanto para os americanos não foi estabelecida relações das bases teóricas sobre o papel do Estado e sim sobre a ação dos governos (SOUZA, 2006).

Souza (2006) evidencia que a guerra fria foi indutora para aplicação do estudo de políticas públicas no subsídio às decisões de governo, enfatizando as ações do governo e não no papel do Estado, sendo então essa atribuição expandida ao campo da política social como um método científico para formulações e decisões do governo para enfrentar problemas públicos (SOUZA, 2006, p. 24; TORRENS, 2013).

Souza (2006, pp. 23-24) aponta que a área de políticas públicas, construída a partir de ideias que envolvem conceitos como *policy analysis* ou análise de políticas públicas; *policy makers*, que refere a atores políticos públicos. A política também está intimamente relacionada as concepções de poder em um sistema relacionado ao processo de formulação, resultados e o ambiente, podendo sofrer interferências externas que determinam seus resultados, moldaram e definiram as suas bases conceituais.

Sobre as diversas definições de Política pública, Souza (2006) ressalta que não há uma definição sobressaliente,

(...) Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”. A definição mais conhecida

continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz. (SOUZA, 2006, p. 24)

Para Secchi (2010) as políticas públicas são instrumentos elaborados para enfrentar um problema público e orientar à atividade ou à passividade de alguém, considerando dois elementos fundamentais: intencionalidade pública e resposta a um problema público (SECCHI, 2010, p. 2). O problema público é compreendido por Secchi (2010) como a diferença entre aquilo que se tem como realidade e uma situação ideal possível para a realidade.

Do ponto de vista teórico-conceitual a política pública é um campo multidisciplinar e seu foco está nas explicações sobre a natureza da política pública e seus processos, que implicam na sistematização de teorias construídas no campo da sociologia, da ciência política, da economia e de diversas outras áreas do conhecimento,

(...) apesar de possuir suas próprias modelagens, teorias e métodos, a política pública, embora seja formalmente um ramo da ciência política, a ela não se resume, podendo também ser objeto analítico de outras áreas do conhecimento, inclusive da econometria, já bastante influente em uma das subáreas da política pública, a da avaliação, que também vem recebendo influência de técnicas quantitativas (SOUZA, 2006, p. 26).

Autores como Souza (2006 p. 26) e Torrens (2008) indicam que a formulação de política pública é definida de acordo como o estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real.

Sua formulação envolve processo complexo e até permeado por disputas, uma vez que os detentores do poder podem ou não se ater à defesa de pautas de determinados grupos, classes sociais ou de setores que pretendem a ampliação e efetivação dos direitos de exercício da cidadania (TORRENS, 2013). Em contraponto, Torrens (2013) destaca que os atores políticos eleitos geralmente têm preocupação com a avaliação e a crítica da gestão, e podem se tendenciar a centrar a produção, implantação e execução das políticas em benefício de grupos que detém maior visibilidade e destaque no meio social.

2.4. Cidadania e política pública

Aqui abordamos a relação da cidadania e sua vinculação com a política pública, partindo da concepção tradicional de cidadania, que é traduzida por Lavallo (2003) como abrangente e inclusiva; e Marshall (1949) a atribui como status concedido àqueles que são membros integrais de uma comunidade, onde os que possuem o status são iguais com respeito aos direitos e obrigações pertinentes ao status que possuem.

Dentre os direitos resguardados ao exercício da cidadania elencamos participação da população nas decisões políticas, movimento marcado pela Revolução Francesa que se difundiu desencadeando mudanças fundamentais que constituíram a base da cultura política moderna. Dentre as mudanças, destaca-se a normalidade da mudança política e a reformulação do conceito de soberania, agora investida no indivíduo que exerce o seu papel como cidadão (PINTO, 2016), princípios que são primados em sociedades democráticas, como é o caso do Brasil.

A participação nos processos de escolha deriva de uma concepção de cidadania ativa em que regras sociais definem os indivíduos que serão incluídos na comunidade política e os que não a integram são excluídos dos processos decisórios, mesmo que as decisões repercutem de forma generalizada ou diretamente no cotidiano coletivo (MILANI, 2008, p. 560).

A participação se desenvolve em esferas marcadas por relações de conflito permeadas por paradigmas metodológicos diferentes, com diferentes engajamentos que norteiam as temáticas a serem pautadas no âmbito das políticas públicas e pode variar de acordo com os contextos sociais, históricos e geográficos (MILANI, 2008, p. 560; GOHN, 2019).

Neste contexto de conflitos e diferentes realidades, a figura do estado se faz presente, dotado do ordenamento jurídico, normas, poder e capacidade decisória. O estado nesses casos é respaldado por um contrato social que o incumbe de manter a coesão social, garantir a propriedade privada e outros direitos coletivos para satisfazer a população através de políticas públicas focalizadas e universais (SILVA, et al. 2017).

A sociedade civil permite que o Estado administre as questões mais importantes do convívio social, em nome da ordem, as decisões administrativas e políticas que orientam os rumos da sociedade são tomadas pelos indivíduos que fazem parte do Governo e assim, ao participar do governo os indivíduos participam do ciclo das políticas públicas (SOUZA, 2006; TORRENS, 2013; SILVA, et al. 2017).

2.5. O PODER LEGISLATIVO E EXECUTIVO NA POLÍTICA PÚBLICA

Aqui delimitamos que a formulação de políticas públicas constitui um estágio em que os governos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças que impactam no contexto social (SOUZA, 2006, p. 26). Agora, vamos focar nas estruturas que compõem o governo e como se dá o processo de criação de uma política pública e metodologias de análise de políticas públicas.

Para o funcionamento da máquina pública de forma adequada, os governos têm que elaborar e implementar políticas públicas e isso envolve a administração dos mecanismos que constituem a *policy arena*, expressão que se relaciona aos processos de conflito e de consenso dentro das diversas áreas de política (SILVA et al. 2017). Para isso, os governos têm que exercitar habilidades de governança e governabilidade, conceitos que envolvem capacidade financeira e administrativa para implantar políticas públicas; e legitimidade e capacidade de conduzir as instituições públicas para o alcance dos interesses do governo, perante a sociedade (TORRENS, 2013; SILVA, et al. 2017).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 foi instituído o Estado Democrático de Direito, em que os Poderes da União trabalham de forma independente e harmônica entre si (BRASIL, 1988).

Assim, o Poder Legislativo, passa a ser exercido pelo Congresso Nacional, composto pela Câmara dos Deputados e do Senado Federal; o Poder Executivo, exercido pelo Presidente da República, pelos Ministros de Estado; e o Poder Judiciário, exercido pelos Tribunais e Juízes Federais, dos Estados e Distrito Federal (BRASIL, 1988; BAPTISTA, 2010). Nesse trabalho, será dado ênfase apenas na atribuição dos Poderes Executivo e Legislativo.

A Constituição de 1988, em seu artigo 61, também estabelece que a responsabilidade pela iniciativa das Leis é de responsabilidade dos membros do Legislativo, do presidente da República, membros do Judiciário e cidadãos (VIEIRA; BATISTA, 2018). Na estrutura regimental que define as competências, o Poder Legislativo e o Poder Executivo possuem mútua responsabilidade pela legislação que dá rosto à governabilidade, porém, existem algumas atribuições específicas que devem ser consideradas no processo de formulação de Política Pública (TORRENS, 2013).

Ao Poder Legislativo compete representar os interesses da população e a produção de leis que definem as Políticas Públicas do Estado, e que traduzem as linhas gerais da atuação governamental (VIEIRA; BATISTA, 2018). Já o Poder Executivo, como evidenciado por Ricci (2003) e Baptista (2010) busca legislar, principalmente, políticas que se referem à administração, regulação e organização da política setorial.

Enquanto o legislativo buscou atender a demandas mais diversificadas e que representassem os interesses de grupos específicos, de seu público eleitoral, deixando a cargo do executivo a proposição de leis de cunho nacional, que seriam aprovadas mediante a transferência de recursos orçamentários para a clientela dos legisladores (RICCI, 2003; BAPTISTA, 2010; VIEIRA; BATISTA, 2018).

É importante citar que muitas leis do Legislativo advêm dos interesses e indicações do Executivo e ocorre também apropriação pela construção da agenda assuntos, ideias ou redação de textos e projetos de lei que tramitam no Congresso Nacional sob a forma de novos Projetos de Lei, transformando-os em medidas provisórias ou projetos de lei de iniciativa do Poder Executivo (TORRENS, 2013).

Dentre as atribuições delegadas ao poder executivo, que têm como representação maior o presidente da República, se destaca o poder de emitir Medidas Provisórias; iniciar projetos de emenda constitucional, leis complementares e ordinárias; solicitar prioridade em matérias orçamentária, tributária e administrativa; e também de ditar o ritmo de apreciação e tramitação das proposições por meio dos pedidos de urgência, o que favorece a concentração das decisões no que concerne a criação de Leis no Poder Executivo (BAPTISTA, 2010; TORRENS, 2013; VIEIRA, BATISTA, 2018;).

O Poder Executivo dispõe, portanto, de um amplo conjunto de recursos de poder, tornando inequívoca sua predominância na iniciativa de propostas legislativas para a gestão estatal e condução de políticas públicas, dentre eles a prerrogativa de sanção ou veto aos projetos de lei apresentados pelo Legislativo (TORRENS, 2013; VIEIRA; BATISTA, 2018).

Porém, o cenário marcado pela preponderância do Executivo na produção legislativa nacional apresenta indícios de mudanças para definir o protagonismo do Congresso na produção legislativa nos últimos anos (VIEIRA; BATISTA, 2018), o que volta os olhos do estudo de política para uma possível mudança na dinâmica de criação de políticas públicas no Congresso Nacional e justifica a ampliação de estudos que abordem essa temática.

2.6. ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Após serem desenhadas, formuladas e aprovadas, as políticas públicas, subsidiam a elaboração de planos, programas, projetos, bases de dados ou sistema de informação e pesquisas que quando executados podem ser submetidos a processos de avaliação e acompanhamento, a partir do momento em que efeitos são gerados, possibilitando a análise de indicadores que mostram o andamento da execução das metas e se foram contempladas (SILVA, et al. 2017; SOUZA, 2006).

O objetivo da avaliação de políticas públicas sofreu variações teórico-conceituais desde seu desenvolvimento. Na década de 1960 o foco da avaliação se voltou para o fornecimento de informação para os gerentes de programas públicos, de forma a garantir feedbacks para correções de rumo dos programas; na década de 1980 a avaliação foi direcionada para a função de eficiência na aplicação de recursos; já na década de 1990

houve o deslocamento teórico-discursivo para a determinação do papel do Estado, assumindo assim um papel de legitimação da administração e das políticas públicas (FREY, 2000; SILVA, et al. 2017).

No Brasil os estudos sobre políticas públicas são recentes quando comparadas aos Estados Unidos, que datam do início dos anos 50, sob o rótulo de *policy science*; e a Europa, com início nos anos 70, motivados pela ampliação do planejamento e criação de políticas setoriais advindos da ascensão da socialdemocracia (FREY, 2000; SILVA, et al. 2017).

No contexto brasileiro o avanço de estudos avaliativos de políticas públicas, iniciou a partir da década de 1990 e foram voltados para a análise das estruturas e instituições ou à caracterização dos processos de negociação das políticas setoriais específicas (TREVISAN, BELLEN, 2008).

Em um contexto geral a avaliação das políticas públicas, busca mensurar os erros e acertos da política pública executada, e analisa critérios relacionados à economicidade, eficiência, eficácia e a equidade na distribuição dos benefícios entre os destinatários de uma política pública (FREY, 2000; SILVA, et al. 2017).

Para direcionar o processo de análise de políticas públicas, temos a disposição alguns instrumentos conceituais a disposição, para além da *policy analysis*, como é o caso do “neoinstitucionalismo” e da “análise de estilos políticos”, cuja a integração é defendida por alguns autores, como uma forma de adaptação da “*policy analysis*” às particularidades de alguns regimes políticos (FREY, 2000).

Souza (2006) aborda modelos de formulação e análise de políticas públicas que buscam explicar como e por que o governo faz ou deixa de fazer alguma ação que repercutirá na vida dos cidadãos, dentre eles temos o que analisa pelo tipo da política Pública (distributivas ou regulatórias); o incrementalismo; o modelo “*garbage can*”; o modelo de coalizão de defesa; arenas sociais; o modelo do “equilíbrio interrompido”; e modelos influenciados pelo “novo gerencialismo público” e pelo ajuste fiscal.

No entanto, a metodologia de análise de políticas públicas possui opções que permitem a compreensão dos processos envolvidos na Política Pública, tais quais: “*policy*”, “*politics*” e “*polity*”, “*policy network*”, “*policy arena*” e “*policy cycle*” (FREY, 2000; SOUZA, 2006). Considerando as características do modelo que permite identificar os caminhos percorridos na criação de uma política pública e delimitar as fases que ainda serão necessárias serem empenhadas para a efetivação de uma política pública, será adotado os percursos metodológicos ditados pela “*policy analysis*”, com ênfase ao ciclo de políticas - *policy cycle*.

A análise de políticas - *policy analysis* - busca desvendar o conjunto de conhecimento adquirido no processo de execução de uma política e também elucidar os caminhos percorridos na prática política (FREY, 2000). Porém Frey (2000) alerta que o instrumento analítico-conceitual deste método de análise foi elaborado nos países industrializados, pensando suas características políticas que podem não ser aplicáveis inteiramente a países em desenvolvimento.

O ciclo de política pública, como um modelo de análise, permite identificar as etapas na produção da política, ajuda a elucidar as ações e escolhas de governo que influenciam a vida dos cidadãos, envolvem embates e conflitos entre ideias, preferências e interesses de grupos. Os embates chamam os interessados a explorar o conflito e transformá-lo numa questão política assim, mobilizam apoio popular e tornam o tema cada vez mais politizado por meio do engajamento daqueles que inicialmente não estavam envolvidos (CARLOS, DOWBOR, ALBUQUERQUE, 2021), levando a temática para os espaços de decisão.

Autores como Souza (2006), Campo e Cárdenas (2007) indicam que o curso de ação determinado dentro do ciclo de políticas é de natureza governamental, que é acionado ou implementado por meio da operacionalização de diversos instrumentos de poder concentrados no Estado e envolve pelo menos seis etapas: 1- análise do problema a ser solucionado; 2- formulação de alternativas que possam vir a resolver a situação problemática; 3- encontrar a identificação dos critérios de avaliação; 4- avaliação das alternativas formuladas aplicando o método da etapa anterior; 5- escolha da decisão a ser implementada; 6- feedback/avaliação que objetiva aprender sobre os pontos positivos e negativos da decisão implementada.

Frey (2000) aponta que as múltiplas divisões do ciclo político nas diversas bibliografias se diferenciam apenas no número de etapas propostas, mas possui elementos que são comuns a todas as propostas, que são as fases da formulação, da implementação e do controle dos impactos das políticas. Porém para otimizar a análise uma subdivisão entre as fases pode ser pertinente, assim se pode considerar as fases: percepção e definição de problemas - *agenda-setting* - elaboração de programas e decisão; implementação de políticas; e a avaliação de políticas e a eventual correção da ação (FREY, 2020).

Souza acrescenta que a teoria do ciclo de políticas públicas compreende a política pública como um ciclo, formado por vários estágios e constituindo um processo dinâmico e de aprendizado no ambiente deliberativo e destaca que a formação da agenda - *agenda setting* - é uma etapa importante, pois é o momento que o tema será incluído ao espaço de discussão (SOUZA, 2006, p. 29).

Durante a formação da agenda é importante compreender as relações políticas e a influência dos atores envolvidos, considerando que a teoria da formação de agenda preocupa-se em saber como o governo toma decisão sobre determinada política pública num ambiente político com influência e pressão de grupos diversos, esse processo se torna altamente competitivo em consequência das inúmeras questões e problemas que circundam a agenda governamental (CAPELLA, 2016).

Para a formulação das agendas do governo são considerados aspectos como: a visibilidade social; consciência coletiva atrelados à força ou à fraqueza dos grupos de interesse e a participação dos atores que podem ser visíveis (políticos, mídia, partidos, grupos de pressão, etc.) que na maioria das vezes são responsáveis por definir a agenda, enquanto os invisíveis (acadêmicos, pesquisadores, pesquisas, etc), ofertam as alternativas (SOUZA, 2006, p. 30).

E na formulação de agendas do governo, transcorrem indagações que envolvem resposta aos problemas públicos; a política subsidiada pela consciência coletiva sobre a necessidade de se enfrentar um problema; e como resposta aos participantes, que buscam incluir pautas nas agendas do governo como é o caso de políticos, mídia, partidos, grupos de pressão, acadêmicos (SOUZA, 2006).

Souza (2006) indica que o ciclo da política pública possui vertentes com foco nos participantes do processo decisório, e outras, com foco no processo de formulação da política pública, assim, cada participante e cada processo podem atuar como um incentivo ou como dificultador da condução na formulação da política, a depender de suas motivações.

3 OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender o fenômeno da violência contra profissionais de saúde, por meio da produção técnico-científico-político-institucional, com foco nos poderes legislativo e Executivo na identificação de estratégias adotadas a formulações de políticas públicas.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Examina na base documental dos Poderes Legislativo e Executivo elementos construtivos a elaboração de políticas públicas a proteção dos trabalhadores da saúde contra a violência institucional;
- 2- Estabelecer correlações entre as bases documentais dos poderes públicos Legislativo e Executivo à lógica do Ciclo de Políticas Públicas.
- 3- Discutir a abordagem da violência sofrida por profissionais de enfermagem atuantes em unidades de emergência em países do Continente Americano em publicações científicas por meio de uma revisão integrativa da literatura.

4 METODOLOGIA

Diante a adversidade enfrentada no contexto mundial da Pandemia de Sars-CoV-2, causador da infecção covid-19 não foi possível a execução da pesquisa estruturada em sua origem de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (FS) da UnB e ao CEP da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da SES –FEPECS/SES e foi aprovado sob o número CAAE: 30089620.1.0000.0030; aprovado pelo CEP/UnB-FS pelo parecer de número: 4.091.022 na data de 16/06/2020, com a anuência da FEPECS/SES.

Assim, compõe esta dissertação uma revisão integrativa da literatura de publicações realizadas no período de 2010 a março de 2020, e uma pesquisa documental qualitativa e descritiva, que mapeou todas as propostas legislativas apresentadas no Congresso Nacional até agosto de 2021.

Os estudos qualitativos geralmente apresentam-se de forma descritiva, com enfoque na compreensão à luz dos significados dos próprios sujeitos e de outras referências com ênfase às características, propriedades ou fatos de determinada população ou fenômeno, possibilitando estabelecer relações entre variáveis e analisar os fatos (DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008; MALLOTRA, 2012).

4.2.1 Metodologia do estudo de revisão

A revisão integrativa da literatura tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de publicações sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento, proporcionando suporte para tomada de decisões e preenchimento das lacunas do conhecimento (ROMAN, FRIEDLANDER, 1998).

Como uma etapa da elaboração desta dissertação foi operacionalizado um estudo de revisão integrativa da literatura de publicações realizadas no período de 2010 a março de 2020.

Para desenvolvimento desta revisão foram seguidas seis etapas: 1- Elaboração da pergunta de pesquisa; 2- definição dos critérios de inclusão e busca da literatura; 3- categorização das publicações; 4- avaliação das publicações incluídas na pesquisa; 5- interpretação dos resultados e 6- apresentação da revisão (SANTOS, PIMENTA e NOBRE, 2007).

O primeiro passo para a construção da revisão foi identificar o problema e o propósito da revisão, para isso a pergunta da pesquisa deve ser clara para ajudar a determinar as palavras-chave e selecionar a pesquisa, e é essencial para uma revisão integrativa bem executada (WHITTEMORE; KNAFL, 2005). Para a estruturação da

pergunta de pesquisa foi utilizada a estratégia SPIDER (os detalhes da estruturação da pergunta de pesquisa se encontram na metodologia do artigo 1, na sessão de resultados desta dissertação) uma adaptação da estratégia PICO. Esta remete as letras referentes às palavras: (S) população/amostra, (PI) população de interesse ou tema de interesse, (D) design do estudo, (E) avaliação, (R) tipo de pesquisa (COOKE, et al, 2008). Seguindo a estratégia foi elaborada a seguinte pergunta norteadora de pesquisa: “Como é abordada a violência contra profissionais de enfermagem em unidades de emergência no Continente Americano”?

Na execução de estudos de revisão Whittemore; Knafl, (2005) ressalta que as buscas podem ser incompletas se não executadas em bancos de dados adequados o que resultam em pesquisas incompletas ou com viés, dessa forma, o procedimento de busca na literatura deve ser documentado.

A busca do referencial teórico foi realizada no portal de periódicos da CAPES, para tanto, foram utilizados descritores contemplados nos Descritores em Ciências da saúde/Medical Subject Headings (DeCS/MeSH): workplace violence, nurse, health personnel, emergency service, combinados nos seguintes idiomas: inglês, português, espanhol e francês.

O Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) foi a ferramenta de busca elegível para esta revisão por reunir e disponibilizar conteúdos produzidos nacionalmente e outros assinados com editoras internacionais de instituições de ensino e pesquisa no Brasil. O Portal oferece à comunidade universitária (alunos, docentes, pesquisadores e técnicos) um dos maiores acervos bibliográficos do mundo, incluindo artigos, teses, patentes, trabalhos publicados em eventos, livros eletrônicos, entre outros documentos, (<https://www-periodicos-capes.gov-br.ezl.periodicos.capes.gov.br/index.php/sobre/quem-somos.html>), e também pelo fato da Universidade de Brasília possibilitar o acesso gratuito pela identificação por meio da CAFe, provido pela Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP).

Após a realização das buscas, todos os artigos foram exportados para o software Mendeley Reference Manager for Desktop (Mendeley®) para facilitar o processo de exclusão de duplicatas e de seleção dos artigos pelo outro pesquisador. Após busca, localização e exclusão das duplicatas seguiu-se a leitura dos resumos e das palavras chaves dos artigos encontrados, com seleção dos estudos que estariam de acordo com os objetivos dessa revisão.

Foi realizada a leitura dos textos selecionados nas etapas anteriores com objetividade, sendo destacado as temáticas em evidências e o eixo principal de cada

artigo. Para a composição do trabalho, as associações das leituras foram realizadas com elaboração e cruzamento de categorias referentes aos temas encontrados após a reflexão crítica dos artigos avaliados.

Para a seleção dos artigos adotou-se os seguintes critérios de elegibilidade: artigos originais completos disponíveis; artigos que respondessem à questão norteadora deste estudo; artigos nos idiomas português, inglês e espanhol e francês; estudos realizados nos países que compõe o Continente Americano, estudos realizados em serviço de emergência hospitalar, estudos realizados com enfermeiros que atuam em serviço de emergência e publicações dos últimos 10 anos (2010-2020). Os critérios de exclusão foram artigos que não abordassem a questão norteadora do estudo, pesquisas realizadas fora do serviço hospitalar, em países que não compõe o Continente Americano e em outros locais de prestação de cuidados em saúde que não se configuram como cuidados de emergência.

4.2.2 Metodologia da pesquisa qualitativa

A essência dessa modalidade de pesquisa é estruturada por um conjunto de substantivos cujos sentidos se complementam: experiência, vivência, senso comum e ação. E a abordagem ou análise se fundamenta em três verbos: compreender, interpretar e dialetizar. O verbo principal da análise qualitativa é “compreender” que reflete a capacidade de se colocar no lugar do outro (MINAYO, 2012).

Minayo (2012) sistematiza as etapas da pesquisa qualitativa em 10 etapas, sendo elas:

- 1- Conhecer os termos estruturantes das pesquisas qualitativas.
- 2- Definir o objeto sob a forma de uma pergunta ou de uma sentença problematizadora e teorizá-lo.
- 3- Delinear as estratégias de campo.
- 4- Dirigir-se informalmente ao cenário de pesquisa, buscando observar os processos que nele ocorrem.
- 5- Ir a campo munido de teoria e hipóteses, mas aberto para questioná-las.
- 6- Ordenar e organizar o material secundário e o material empírico e impregnar-se das informações e observações de campo.
- 7- Construir a tipificação do material recolhido no campo e fazer a transição entre a empiria e a elaboração teórica.
- 8- Exercitar a interpretação de segunda ordem.
- 9- Produzir um texto ao mesmo tempo fiel aos achados do campo, contextualizado e acessível.

10- Assegurar os critérios de fidedignidade e de validade.

A pesquisa qualitativa é aquela que trabalha predominantemente com a informação coletada pelo pesquisador não é expressa em números, ou então os números e as conclusões neles baseadas representam um papel menor na análise, nela permite a flexibilidade no processo de conduzir a pesquisa: o pesquisador trabalha com situações complexas que não permite a definição exata e a priori dos caminhos que a pesquisa irá seguir (DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008).

Por conseguinte, o enfoque qualitativo está muito ligado à pesquisa documental, uma vez que os documentos (fontes primárias) são de suma importância para as avaliações dos pesquisadores. Na pesquisa qualitativa a análise documental constitui um método importante para extração de elementos informativos (KRIPKA, 2015).

A pesquisa documental é um tipo de investigação que permite ao autor explorar novos enfoques, portanto, é um dos modelos utilizados para buscar interpretações novas, ou complementares, ao se atentar às fontes primárias e assim diferenciando-se da pesquisa bibliográfica (GODOY, 1995; MINAYO, 2012).

Assim, como segunda parte a compor os resultados desta dissertação, foi realizada uma pesquisa documental qualitativa e descritiva, que mapeou todas as propostas legislativas apresentadas no Congresso Nacional até agosto de 2021, sob o pretexto da escassez de material produzido sobre a temática de violência contra profissionais de saúde. Detectamos no Poder Legislativo e no Poder executivo um ambiente mais favorável à avaliação do processo deliberativo, identificação de atores e status do processo de construção de avanços na política pública em relação ao estímulo de mensuração e tratativas para o enfrentamento da situação no cenário brasileiro. Para identificar tais propostas foram utilizados os bancos de dados do Portal da Câmara dos Deputados, do Portal do Senado Federal e a base de dados da Imprensa Nacional, por meio do Diário Oficial da União.

No caso do Portal da Câmara dos Deputados, foi utilizada a ferramenta “Pesquisa Avançada” disponível para acompanhamento das atividades legislativas da Casa. Da mesma forma, no Portal do Senado Federal foi utilizada a ferramenta de mesmo nome, “Pesquisa Avançada”, que cumpre o mesmo objetivo. Os dois Portais são a fonte primária de informações sobre as propostas legislativas e por comportarem o mesmo poder acabam compartilhando entre si algumas características comuns no formato de pesquisas avançadas. Por meio delas é possível, dentre outros aspectos, filtrar propostas legislativas por autores, ano de apresentação, status (arquivado ou ativo), por tipo de matéria, por relator, dentre outros aspectos.

Por meio delas, tanto na Câmara dos Deputados quanto no Senado Federal foram mapeadas as proposições: Propostas de Emenda à Constituição (PEC), Projetos de Lei Complementar (PLP), Projetos de Lei (PL), Projetos de Lei de Conversão (PLC), Projetos de Decreto Legislativo (PDC), Requerimentos (REQ), Requerimentos de Informação (RIC), Mensagem (MSC) e Indicações (INC), dentre outras disponíveis para busca. Para todas as matérias foram aplicados filtros de palavras chaves definidas a partir dos Descritores das Ciências da Saúde (DECS), e as seguintes combinações associadas pelo Operador Booleano “AND”, quais sejam: Violência; “Violência Ocupacional”; “Violência no trabalho”; Violência no trabalho AND profissionais de saúde; Violência AND Saúde; Violência AND Medicina; Violência AND Enfermagem.

A busca no portal da Câmara dos Deputados e Senado Federal retornou 36224 resultados de matérias que se encaixam nos parâmetros estabelecidos. As proposições foram agrupadas em uma planilha do Microsoft Excel, onde, com o auxílio do comando “remover duplicatas” foram removidos os resultados idênticos, restando o total de 21465 matérias para análise de suas ementas.

Na base de pesquisa da Imprensa Nacional, na busca de atos do poder executivo do Diário Oficial da União (DOU) foi utilizada a ferramenta “Pesquisa Avançada” disponível para resgate das publicações dos órgãos do poder executivo, com a aplicação dos seguintes filtros: Tipo de Pesquisa - qualquer resultado; onde pesquisar - tudo; data - qualquer período; jornal - todos; forma de pesquisa - pesquisa-ato-a-ato; organização principal – não foi selecionado opção (todos); organização subordinada - não foi selecionado opção (todos); tipo de ato - não foi selecionado opção (todos). A pesquisa retornou 3807 resultados que tiveram seus títulos e ementas analisadas. Nessa base a combinação de termos não retornou resultados, assim os resultados apresentados são exclusivamente da busca com o termo “violência”. Outra limitação verificada na plataforma do DOU foi que os resultados retornados são apenas posteriores a 2013 e não permite extração dos resultados na forma de arquivo, sendo necessário a análise de cada ato diretamente na página gerada após a busca.

Foi também verificado junto às plataformas de ofertas de cursos, pelo Ministério da Saúde para profissionais de saúde AVASUS, UNASUS, se a instituição possuía cursos e materiais instrutivos, com a aplicação das mesmas palavras chaves, e não foram resgatados cursos com a temática violência contra profissionais de saúde.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 ARTIGO 1

Este artigo foi submetido à revista “Ciencia y Enfermería”, da “Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción-Chile”, no dia 02 de janeiro de 2022.

Artigo 1- Violência com Profissionais de Enfermagem em Unidades de Emergência no Continente Americano: Revisão Integrativa

Violencia con Profesionales de Enfermería en Unidades de Emergencia en el continente americano: revisión integradora

Violence with Nursing Professionals in Units of Emergency on the American Continent: Integrative Review

Resumo:

Objetivo: buscar, por meio de uma revisão, publicações que retratam a abordagem da violência sofrida por profissionais de enfermagem atuantes em unidades de emergência em países do Continente Americano. **Método:** Trata-se de um estudo de revisão para responder a pergunta: como vem sendo abordada a violência contra profissionais de enfermagem em unidades de emergência no Continente Americano? Para isso, foi realizada busca com a seguinte chave: workplace violence, nurse, health personnel, emergency service, assim, foram resgatados 503 artigos. **Resultados:** 18 artigos foram selecionados e discutidos de acordo com a forma de violência e executores; causas da violência; estratégias de enfrentamento e combate; e impacto da violência na vida dos profissionais **Conclusão:** Foi possível verificar a existência de uma concentração na produção de dados sobre esta temática, a violência em seu contexto geral é percebida como algo inerente ao exercício profissional nas unidades de emergência. A comunicação se mostrou um potente instrumento para o enfrentamento da violência contra profissionais de enfermagem.

Descritores: Violência; Agressão; Serviço Hospitalar de Emergência; Equipe de Enfermagem; América; Revisão.

Abstract

Objective: to search, through a review, for publications that portray the approach to violence suffered by nursing professionals working in emergency units in countries of the American Continent. **Method:** This is a review study to answer the question: how is violence against nursing professionals being addressed in emergency units in the American Continent? For this, a search was performed with the following key: workplace

violence, nurse, health personnel, emergency service, thus, 503 articles were retrieved. Results: 18 articles were selected and discussed according to the form of violence and perpetrators; causes of violence; coping and combat strategies; and impact of violence on the lives of professionals Conclusion: It was possible to verify the existence of a concentration in the production of data on this topic, violence in its general context is perceived as something inherent to professional practice in emergency units. Communication has proven to be a powerful instrument for dealing with violence against nursing professionals.

Descriptors: Violence; Aggression; Emergency Service Hospital; Nursing Team; Americas; Review

Resumen

Objetivo: buscar, a través de una revisión, publicaciones que reflejen el abordaje de la violencia que sufren los profesionales de enfermería que laboran en las unidades de emergencia de los países del continente americano. Método: Se trata de un estudio de revisión para responder a la pregunta: ¿cómo se está abordando la violencia contra los profesionales de enfermería en las unidades de emergencia del continente americano? Para ello se realizó una búsqueda con la siguiente clave: violencia laboral, enfermería, personal de salud, servicio de urgencias, por lo que se recuperaron 503 artículos. Resultados: se seleccionaron y discutieron 18 artículos según la forma de violencia y los autores; causas de violencia; estrategias de afrontamiento y combate; e impacto de la violencia en la vida de los profesionales Conclusión: Se pudo constatar la existencia de una concentración en la producción de datos sobre este tema, la violencia en su contexto general se percibe como algo inherente al ejercicio profesional en las unidades de emergencia. La comunicación ha demostrado ser un poderoso instrumento para abordar la violencia contra los profesionales de enfermería.

Descriptors: Violencia; Agresión; Servicio de Urgencia en Hospital; Equipo de Enfermería; Américas; Revisión.

5.1.1 Introdução

A violência no local de trabalho se torna uma prioridade mundial a medida que nas últimas décadas houve aumento da ocorrência de agressões por usuários, familiares e acompanhantes em estabelecimentos de saúde⁽¹⁾. Houve também maior destaque para a temática nas publicações científicas e em de discussão pela garantia de saúde no trabalho e como um fenômeno que precisa ser compreendido e combatido^(1,2,3). Porém, no contexto

dos países americanos, mais especificamente na América Central e do Sul, as ações para enfrentamento da violência ainda ocorrem de forma lenta e fragmentada⁽¹⁻²⁾.

Mesmo frequente e impactando a vida dos profissionais, a subnotificação e a falta de investigação dos atos de violência é predominante⁽³⁾, o que pode comprometer o reconhecimento, compreensão, e a elaboração de instrumentos normativos e políticas com foco no combate à violência contra profissionais de saúde⁽³⁾.

Entendida na literatura e pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) como comportamento agressivo ou abusivo com uso da força física e/ou do poder de forma real ou ameaça contra si próprio, um indivíduo ou um grupo, podendo resultar lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação^(3,4), no contexto do trabalho, a violência, pode ser definida como comportamento de um indivíduo ou indivíduos dentro ou fora de uma organização que prejudicar física ou psicologicamente um trabalhador ou trabalhadores, de forma intencional ou não^(3,5).

Altos índices de violência nos serviços de saúde são relatados por profissionais de enfermagem, a literatura atribui ao fato de permanecerem maior parte do tempo em contato com os pacientes e familiares durante o período de estadia hospitalar^(6,7). Além disso, estes profissionais são responsáveis pelo acolhimento e cuidado, o que pode gerar diferentes níveis de proximidade com os pacientes e, conseqüentemente, estão mais expostos a episódios violentos, principalmente nas unidades de emergência^(1,6,7,8).

Categorizada como o maior grupo ocupacional do setor da saúde, a enfermagem representa aproximadamente 59% dos profissionais. Existem cerca de 27,9 milhões de profissionais de enfermagem no mundo, um em cada quatro enfermeiros registrados no mundo atuam na região das Américas. Há concentração destes profissionais na América do Norte (cerca de 57%), enquanto no norte do continente há 110,7 enfermeiros por 10.000 habitantes, no centro, sul e no Caribe há 13,8 em média⁽⁸⁾.

Os profissionais de enfermagem são essenciais ao esforço global para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), uma vez que por meio de sua força de trabalho e contribuição científica são voltadas a cumprir uma série de prioridades de saúde, incluindo acesso universal à saúde, saúde mental, controle das doenças não transmissíveis, resposta a emergências, segurança do paciente e a prestação de cuidados integrados centrados nas pessoas⁽⁸⁾.

Dentre o escopo de atuação dos profissionais de enfermagem aqui vamos abordar as unidades de emergência, com um local que as próprias características estruturais tais como o fato de ser um local de incertezas, dor e inseguranças geradas por enfermidades propicia a ocorrência de violência contra os profissionais de enfermagem⁽¹⁾. Falta de

recursos humanos e materiais, falhas na comunicação e superlotação associada a longos períodos de espera por atendimento também são frequentemente associadas a unidades de emergência, e correlacionadas com a ocorrência de violência^(1,2,6,7).

Diante a escassez de materiais publicados que abordem a temática^(6,9-10) e pensando no fato de que os profissionais de enfermagem estão em contato com os pacientes por longos períodos, a violência contra esses profissionais pode ser uma métrica para determinar como se dá a violência nos serviços de saúde^(9,10), então, se entende que estudos voltados a violência contra profissionais de enfermagem contribuem para a compreensão da violência contra profissionais de saúde e seu enfrentamento.

Assim, este artigo tem como objetivo buscar, por meio de uma revisão integrativa, publicações que retratam a abordagem da violência sofrida por profissionais de enfermagem atuantes em unidades de emergência em países do Continente Americano para contribuir na compreensão do fenômeno.

5.1.2 Método

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura⁽¹¹⁻¹²⁾ de publicações realizadas no período de janeiro de 2010 a março de 2020. A revisão integrativa da literatura tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de publicações sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento⁽¹²⁾. Para desenvolvimento desta revisão foram seguidas seis etapas: 1- Elaboração da pergunta de pesquisa; 2- definição dos critérios de inclusão e busca da literatura; 3- categorização das publicações; 4- avaliação das publicações incluídas na pesquisa; 5- interpretação dos resultados e 6- apresentação da revisão⁽¹¹⁾.

Para a estruturação da pergunta de pesquisa foi utilizada a estratégia SPIDER (Quadro 1), uma adaptação da estratégia PICO. Esta remete as letras referentes às palavras: (S) população/amostra, (PI) população de interesse ou tema de interesse, (D) design do estudo, (E) avaliação, (R) tipo de pesquisa⁽¹³⁾. Seguindo a estratégia foi elaborada a seguinte pergunta norteadora de pesquisa: **Como é abordada a violência contra profissionais de enfermagem em unidades de emergência no Continente Americano?**

Quadro 1- Pergunta de pesquisa pela estratégia SPIDER, Brasília-DF, 2022

S	Profissionais de enfermagem no Continente Americano.
PI	Violência em unidades de emergência.

D	Estudos de revisão, primários de abordagem qualitativa, quantitativa e mistos.
E	Discussão dos resultados.
R	Busca ou amostragem na literatura.

Fonte: Autoria própria.

A literatura não recomenda a inclusão de estudos de revisão em revisões integrativas, mas objetivando ampliar o escopo de análise e compreensão sobre o fenômeno violência, assim como sistematizar e deixar claro as evidências mais recentes para a tomada de decisão, foram incluídos quatro estudos de revisão nesse estudo^(11,12).

O levantamento bibliográfico foi realizado em março e abril de 2020. Adotou-se os seguintes critérios de elegibilidade: artigos originais completos disponíveis; artigos que respondessem à questão norteadora deste estudo; artigos nos idiomas português, inglês e espanhol e francês; estudos realizados nos países que compõe o Continente Americano, estudos realizados em serviço de emergência hospitalar, estudos realizados com enfermeiros que atuam em serviço de emergência e publicações dos últimos 10 anos (2010-2020). Os critérios de exclusão foram artigos que não abordassem a questão norteadora do estudo, pesquisas realizadas fora do serviço hospitalar, em países que não compõe o Continente Americano e em outros locais de prestação de cuidados em saúde que não se configuram como cuidados de emergência, artigos publicados em idiomas diferentes do inglês, português, espanhol e francês, livros, capítulo de livros, artigos de jornal, resenhas e qualquer outro recurso textual que não se enquadra em artigo publicado em revistas indexadas foram filtrados e excluídos já no processo de busca do portal de periódicos da CAPES. A busca foi realizada no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que reúne e disponibiliza conteúdos produzidos nacionalmente e outros assinados com editoras internacionais de instituições de ensino e pesquisa no Brasil. O Portal oferece à comunidade universitária artigos, teses, patentes, trabalhos publicados em eventos, livros eletrônicos, entre outros documentos, o que o torna uma fonte vasta para a sistematização de conhecimento científico.

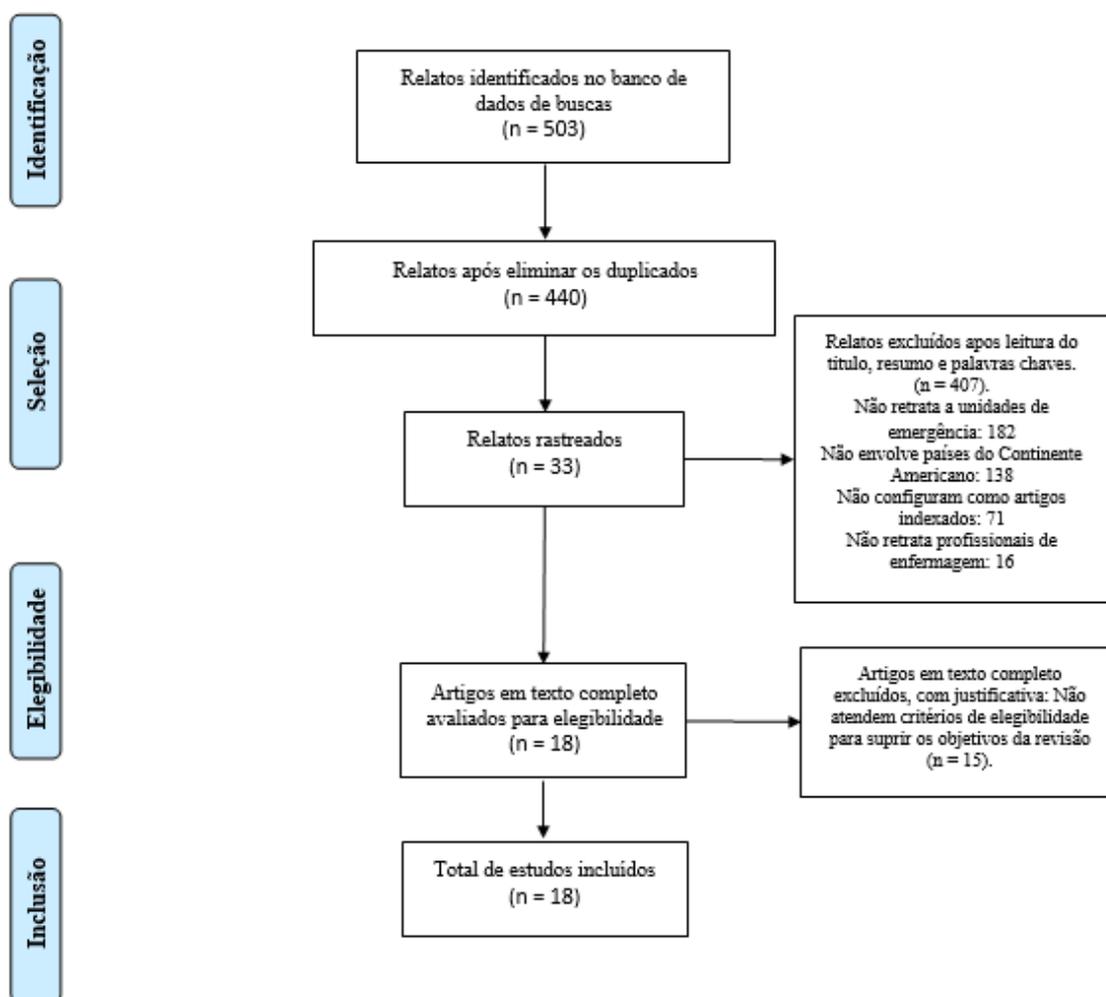
Para tanto, foram utilizados descritores contemplados nos Descritores em Ciências da saúde/Medical Subject Headings (DeCS/MeSH): workplace violence; nurse; health personnel; emergency service, nos seguintes idiomas: inglês, português, espanhol e francês, na chave de busca os termos foram relacionados com a utilização do Operador Booleano “AND”. A busca foi realizada com a seguinte chave: “workplace violence” AND

nurse AND “health personnel” AND “emergency service”, visto ser alguns dos termos utilizados na literatura para retratar a violência contra profissionais de saúde^(1,4,5,6).

Após a realização das buscas, todos os artigos foram exportados para o software Mendeley Reference Manager for Desktop (Mendeley®) para facilitar o processo de exclusão de duplicatas e de seleção dos artigos pelo outro pesquisador. Após busca, localização e exclusão das duplicatas seguiu-se a leitura dos resumos e das palavras-chaves dos artigos encontrados, com seleção dos estudos que estariam de acordo com os objetivos dessa revisão.

Em seguida, foi elaborado um instrumento, para coleta dos dados e análise dos estudos pré-selecionados, na plataforma Excel 2019, composto por: número, título, autor, ano, revista de publicação, país da coleta de dados, se o artigo e o resumo se encontrava disponível na íntegra nos idiomas selecionados para a pesquisa, o objetivo, delineamento do estudo, o tipo de violência abordada e os principais resultados dos artigos. Nesta etapa ainda foram excluídos textos e artigos incompletos em sua totalidade, além dos artigos que não abrangeram os critérios de inclusão ou que em seu texto completo trouxeram recursos enquadrados nos fatores de exclusão.

A seleção dos estudos foi feita baseada no método *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)*⁽¹⁴⁾. Os pesquisadores foram divididos, cada um efetuando análise individual. Na primeira etapa realizou a busca da literatura conforme as palavras-chave e descritores definidos, foram selecionados 503 artigos. Após selecionados os artigos, deu-se seguimento na leitura dos títulos, resumos e palavras-chaves, selecionando os estudos conforme os critérios de elegibilidade definidos previamente, foram selecionados 18 artigos, como apontado na Figura 1. Ambas as etapas foram realizadas de forma consecutiva pelos autores.



Fonte: Adaptado⁽¹⁴⁾.

Figura 1- Fluxograma da seleção e inclusão dos artigos, Brasília-DF, 2022

Após efetivada a seleção por pares dos estudos a serem incluídos no estudo de revisão, os autores delimitaram a seguinte categorização dos artigos para otimizar o processo de análise: Forma de violência e executores; Causas da violência; Estratégias de enfrentamento e combate; Impacto da violência na vida dos profissionais.

5.1.3 Resultados e Discussão

Nesta presente revisão, 18 artigos foram contemplados para análise e estes são apresentados na Quadro 2.

Quadro 2- Artigos incluídos no estudo de revisão, Brasília-DF, 2022

Título do artigo	Autores	Ano	Revista	Idioma	Método
Implementation of a Comprehensive Intervention to Reduce Physical Assaults and Threats in the	Gillespie, G. L.; Gates, D; Kowalenko, T; Bresler,	2014	Journal of Emergency Nursing.	Inglês	Estudo quase-experimental.

Emergency Department. (2014)	S; Succop, P.				
A workplace violence educational program: A repeated measures study. (2014).	Gillespie, G. L.; Farra, S; Gates, D.	2014	Nurse Education in Practice.	Inglês	Um estudo quase-experimental
Case-controlled Analysis of Patient-based Risk Factors for Assault in the Healthcare Workplace. (2017)	Claudius, I. A; Desai, S; Davis, E; Henderson, S.	2017	Western Journal of Emergency Medicine,	Inglês	Estudo caso-controlado.
Challenges for work in healthcare: comparative study on University Hospitals in Algeria, Brazil and France. (2018)	Scherer, M.D.A; Conill, E. M; Jean, R; Taleb, A; Gelbcke, F. L; Pires, D. E. P; Joazeiro, E. M. G.	2018	Ciência & Saúde Coletiva,	Português/Inglês	Estudo comparativo multicêntrico.
Effectiveness of Conducted Electrical Weapons to Prevent Violence-Related Injuries in the Hospital. (2018)	Gramling, J. J; MCGovern, P. M; Church, T. R; Nachreiner, N. M; Gaugler, J. E	2018	Journal of emergency nursing.	Inglês	Estudo de coorte.
Lateral Violence in Nursing Survey: Instrument Development and Validation. (2017)	Nemeth, L. S; Stanley, K. M; Martin, M. M; Mueller, M; Layne, D; Wallston, K. A; Parthasarathy, S.	2017	Healthcare,	Inglês	Análise fatorial exploratória.
Nursing work in hospital emergency units- psychosocial risks: a descriptive study. (2013)	Oliveira, E. B; Pinel, J. S; De Andrade, G. J. B; Diniz, D. B.	2013	Online Brazilian Journal of Nursing	Português/Inglês	Estudo qualitativo, exploratório e descritivo.
Reducing Violence in the Emergency Department: A Rapid Response Team Approach. (2014)	Kelley, E. C; Hyannis, M. A.	2014	Journal of Emergency Nursing	Inglês	Estudo observacional
Using Action Research to Plan a Violence Prevention Program	Gates, D; Gillespie, G. L.; Smith, C; Rode, J;	2011	Journal of Emergency Nursing	Inglês	Grupo focal

for Emergency Departments. (2011)	Kowalenko, T.; Smith, B.				
Violence against nurses and its impact on stress and productivity. (2011)	Gates, D; Gillespie, G. L.; Succop, P.	2011	Nursing Economics	Inglês	Estudo transversal
Violence and burnout in health care emergency workers in Santiago, Chile: A survey-based cross-sectional study. (2019)	Jiménez, R; Bachelet, V; Gomolán, P; Lefio, L; Goyenechea, M.	2019	International Emergency Nursing	Inglês	Estudo transversal.
Walking the Talk: Insights Into Dynamics of Race and Gender for Nurses. (2010)	Choiniere, J. A ; Macdonnell, J. ; Shamonda, H.	2010	Policy, Politics, & Nursing Practice,	Inglês	Estudo qualitativo.
Workplace Aggression in Cuban Health Care Settings. (2017)	Gillespie, G. L. ; Papa, A.; Gómez, L. C	2017	Journal of Transcultural Nursing	Inglês	Estudo de caso qualitativo.
Workplace violence: a survey of nationally registered emergency medical services professionals. (2015)	Oliver, A.; Levine, R.	2015	Epidemiology Research International,	Inglês	Estudo de coorte.
Interventions to reduce the risk of violence toward emergency department staff: current approaches. (2016)	Ramacciati, N.; Ceccagnoli, A.; Addey, B.; Lumini, E.; Rasero, L.	2016	Open Access Emergency Medicine: OAEM	Inglês	Revisão narrativa
Management of the aggressive emergency department patient: non-pharmacological perspectives and evidence base. (2019)	Richardson, S. K.; Ardagh, M. W.; Morrison, R.; Grainger, P. C.	2019	Open Access Emergency Medicine: OAEM	Inglês	Revisão sistemática com meta-análise.
Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. (2019)	Liu, J.; Gan, Y.; Jiang, H.; Li, L.; Dwyer, R.; Lu, K.; Sampson, O.; Xu, H.; Wang, C.; Zhu, Y.; Chang, Y.; Yang, Y.; Yang, T.; Chen, Y.;	2019	Occupational and Environmental Medicine	Inglês	Revisão sistemática com meta-análise.

	Song, F.; Lu, Z.				
A qualitative meta-synthesis of emergency department staff experiences of violence and aggression. (2018)	Ashton, R. A.; Morris, L.; Smith, I.	2018	International Emergency Nursing	Inglês	Revisão sistemática.

Fonte: Autoria própria.

Quanto ao ano das publicações verificou-se (tabela 1) que os anos de 2014, 2017, 2018 e 2019 apresentaram maior número de publicações abrangendo 66,8% do total selecionado. Quanto ao país de onde foi coletado os dados, houve predomínio dos Estados Unidos, com um total de 9 (50%), havendo assim, concentração na produção de conhecimentos sobre a temática embasado nas experiências vivenciadas nesta região; países da América Central (Cuba) e do Sul (Chile e Brasil) estão representados com 5 (27,7%) das publicações selecionadas. Quanto ao tipo de violência citada nas publicações a violência física foi predominante, citada em 15 (83,3%) das publicações, seguida pela violência verbal citada em 13 (72,2%) das publicações e Violência psicológica 8(44,4%). Dos artigos selecionados 3 (16,7%) abordam a questão da prevenção e preparo da equipe de enfermagem para lidar com a questão da violência ocupacional.

Tabela 1- Relação dos dados quantitativos analisados nos artigos selecionados, Brasília-DF, 2022

Países de coleta dos dados	Tipo de violência	Metodologia
EUA: 9 (50%)	Física: 15 (83,3%)	Quantitativo: 10 (55,5%)
Brasil: 2 (11,1%)	Verbal: 13 (72,2%)	Qualitativo: 4 (22,2%)
Cuba: 1 (5,4%)	Psicológica: 8 (44,4%)	Revisões: 4 (22,2%)

Chile: 1 (5,4%)	Métodos de prevenção a violência: 3 (16,7%).
Canadá: 1 (5,4%)	
Revisões: 4 (22,2%)	

Fonte: Autoria própria

Em relação aos estudos selecionados podemos verificar uma repetição de autores⁽¹⁵⁻¹⁹⁾ Gillespie GL detém a autoria principal em 3 estudos⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ e a segunda autoria em outros 2^(15,19) estão relacionadas a uma pessoa. Outros 2 estudos apresentam como autor principal Gates DM^(15,19)

Salienta-se que foram incluídos 4 estudos de revisão, que abordaram a análise da violência com profissionais de enfermagem com possibilidade de visualização de informações referentes aos países das Américas, sem interferência de levantamentos de outras regiões do mundo. Para interpretação destes resultados as informações referentes aos países das Américas foram destacadas e somente estes dados foram analisados Para responder à pergunta de pesquisa, prosseguiu-se com divisão dos artigos de acordo com as temáticas abordadas pelos artigos, assim foi possível elencar em 3 categorias que se fizeram mais presentes: Forma de violência e executores; Causas da violência; Estratégias de enfrentamento e combate; e Impacto da violência na vida dos profissionais.

Formas de violência e executores

Onze estudos trabalharam a violência nas unidades de emergência de acordo com a sua apresentação⁽¹⁵⁻²⁶⁾. A definição de violência física evidenciada pelos artigos revisados aqui comunga com aspectos definidos por outros autores sobre a temática^(3,22), abrangendo atos como: bater com uma parte do corpo, dar tapa, chutar, socar, beliscar, arranhar, morder, puxar cabelos, bater com um objeto, atirar um objeto, cuspir, apertar e

torcer, esfaquear e atirar com arma de fogo. O que mostra que existe um padrão de manifestações que permitiram o seu mapeamento na literatura, e este padrão também é vivenciados na realidade dos países do Continente Americano.

Foi percebido a violência física como mais aparente, corroborando com a ideia de destaque deste tipo de violência. Em decorrência aos seus estigmas sociais, têm atribuído a si a percepção da quebra da integridade corporal⁽²⁷⁾, o que pode justificar este destaque em prol da percepção visual que ela pode gerar e da percepção social da violência como algo palpável que proporciona a sua materialização no entendimento social como um estigma, criminosa e corruptível, assim como descrito na literatura⁽²⁷⁾.

A identificação da violência física^(16-17,22,24) ocorre diante da magnitude e gravidade das lesões que a torna mais fácil de se identificar e ser comprovada^(27,28). Outro aspecto é que a violência física afeta, de forma direta ou indireta, a qualidade do serviço e exerce impactos nos recursos humanos com absenteísmos e queda na qualidade do serviço executado⁽²⁸⁾, essas características podem ser um motivador para que a violência física seja mais abordada nas publicações.

Apesar de a violência física ser mais retratada nos artigos selecionados^(15-16,21-26) foi possível verificar nos artigos que quantificam a ocorrência de violência que os profissionais de enfermagem sofrem mais violência verbal dentro das unidades de emergência, quando a violência é praticada por pacientes ou acompanhantes, o que chama a atenção para a necessidade de ampliar os estudos com focos em outras manifestações da violência, que se fazem rotineiras nas unidades de emergência e influenciam o cotidiano dos serviços⁽¹⁵⁾.

O predomínio da violência verbal não reflete uma realidade exclusiva dos países das Américas, ⁽²⁹⁻³¹⁾, mas a agressão aos profissionais de saúde nos países latino-americanos de língua espanhola é relatado como um problema frequente e grave que pode apresentar consequências imediatas ou posterior a sua ocorrência⁽²⁾, nesse sentido a OIT aponta que nos países em desenvolvimento preocupação, o medo e a ansiedade de se expor à violência verbal e física são comuns entre os enfermeiros⁽³⁾.

O que permite interpretar que a violência verbal tem menor representação nos conteúdos publicados, apresenta menor percepção e menor reconhecimento por parte das instituições, porém a ocorrência é frequente na rotina dos profissionais de enfermagem e pode repercutir a longo prazo na vida dos profissionais. Há relatos de diminuição da qualidade do cuidado, afastamentos por doença ou traumas, o que repercute também no funcionamento das instituições^(2,6).

Outro tipo de violência destacado nos artigos que constituem esta revisão foi a violência psicológica⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ desencadeada devido a: eventos não verbais transmitindo ameaças, sobrecarga de trabalho, intensificação dos ritmos de trabalho, precariedade das condições de trabalho, ambiguidade sobre o papel do enfermeiro, necessidade de improvisação e falta de apoio institucional e de seus superiores. Estes achados estão alinhados com publicações de outros autores que apontam esta categoria de violência como desencadeante de instabilidade no mercado de trabalho e risco de morte^(3,32).

Os artigos trabalham a definição de violência quanto a forma que o ato de violência ocorre⁽¹⁾, porém a violência dentro de seus múltiplos sentidos, é percebida de acordo com os sentidos éticos, morais e culturais da sociedade^(27,28), fato que corrobora com a dificuldade em identificar e caracterizar um evento violento, o que interfere diretamente no procedimento de notificações de atos violentos contra os profissionais de enfermagem e favorece o apagamento da problemática e dificulta a análise para levar a temática a espaços de discussão para formulação de estratégias de enfrentamento. É citado na literatura que a elaboração de protocolos institucionais que orientem os profissionais frente a ocorrência de violência de forma sistemática poderia colaborar com essa problemática⁽²⁾.

Quanto ao executor dos atos de violência contra os profissionais de enfermagem nas unidades de emergência, os estudos apontam majoritariamente para atos deferidos por pacientes e seus acompanhantes^(17,21-22,30,32-33).

Reações emocionais decorrentes do problema de saúde, a dor, desordens psiquiátricas, uso abusivo de substâncias como o álcool, e outras sintomatologias que afetam os sentidos e percepção⁽⁶⁾. Este conjunto de acometimentos possuem capacidade de influenciar o comportamento das pessoas e torná-las violentas, o que vai de encontro ao entendimento de que a violência contra os profissionais de enfermagem nas unidades de emergência é um evento rotineiro, outros fatores que predispõe a ocorrência de violência em unidades de emergência serão discutidos no próximo tópico.

A violência também pode se manifestar na forma de *Bullying ou Mobbing* advém de colegas de trabalho em um nível superior de autoridade, e também de pacientes e familiares⁽³⁴⁻³⁶⁾. Diante disso, é importante pensar a violência em seu sentido material⁽²⁷⁾, que se instaura em um processo de conflitos de autoridade, lutas pelo poder e vontade de domínio, de posse. Com esse entendimento é possível identificar a importância da ação da gestão da unidade para instaurar um ambiente que não estimule práticas de competição entre os profissionais e que seja desenvolvido o sentido de trabalho em equipe^(2,6).

Essas ocorrências podem ser de difícil percepção por categorizar em ocorrências não verbais transmitindo ameaças, sobrecarga de trabalho, intensificação dos ritmos de trabalho, precariedade das condições de trabalho, necessidade de improvisação e falta de apoio institucional e de ocupante de cargos ascendentes^(15,16,20) o que pode repercutir com exaustão e despersonalização frente sua atuação na profissão e instituição⁽²⁰⁾.

Causas da violência

A casuística da violência foi retratada em cinco publicações^(17-19,23,35,37). Os achados confirmaram que os perfis dos pacientes atendidos nas unidades de emergência estão relacionados diretamente à maior ocorrência de violência.

Houve predomínio de violência perpetuada por pacientes de especialidades psiquiátricas, fato atribuído pelas altas demandas no trabalho de enfermagem e de esforços físicos e psíquicos requeridos. Além disso, há maior grau de dependência destes pacientes em relação à equipe de enfermagem. E também ao fato destes pacientes se encontrarem no local contra a sua vontade, em contenção física, acamados, sedados necessitando de auxílio e supervisão contínua⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Estudos apontam que quando somados à escassez de recursos humanos e materiais que assolam as unidades de emergência e aos estigmas atribuídos aos pacientes psiquiátricos nos serviços de saúde, o risco de evento violento se intensifica⁽³⁸⁻⁴⁰⁾. Problemas organizacionais e estruturais na rotina de trabalho da unidade de emergência⁽³⁷⁾, comprometem a qualidade do serviço.

Outras características, para além das já citadas, presentes em unidades de emergência como falta de recursos, escasso treinamento da equipe, dificuldades nas admissões e transferências para outros serviços, espera, aglomeração local devido à intensa presença de familiares e à saturação da capacidade de acolhimento também favorecem a ocorrência de violência contra profissionais de enfermagem^(1,20,37).

A baixa qualidade e a sobrecarga dos serviços pode ser um dos fatores explicativos das violências exercidas nos contextos aqui analisados. Estes problemas, associados à conformação dos modelos de assistência em saúde empregados nos países das Américas⁽⁴¹⁾, configuram um gatilho para a violência nas unidades de emergências^(18,20). Assim, é possível inferir que os profissionais de enfermagem, o profissional que têm maior contato com os pacientes e seus familiares, sofrem violência em consequência a problemas estruturais das instituições e dos sistemas de saúde e fatores intrínsecos⁽²⁰⁾. A literatura ressalta que a violência nos serviços ocorre com maior frequência aos profissionais de saúde que possuem maior tempo de contato com pacientes e familiares,

e aos que possuem comunicação direta, o que torna os profissionais de enfermagem mais vulneráveis devido às características de suas atribuições^(30,42)

A comunicação também foi relacionada à ocorrência de violência, em ambientes em que há barreiras de comunicação ou situações em que o profissional não se faz claro e disponível para sanar as dúvidas de pacientes e familiares a violência é frequente^(18,19). As dificuldades de comunicação podem ser decorrentes das diferenças sociais e culturais como linguagens, idiomas e saberes entre os grupos, ou das barreiras físicas e estruturais característica da própria unidade de emergência como ruído, temperatura, sobrecarga de trabalho, dentre outros⁽⁴²⁾.

Foi encontrado na literatura situações em que houve a rotulação de profissionais de enfermagem com termos depreciativos dentro dos serviços de emergência e situações que estes profissionais foram isolados por pacientes e colegas quando os enfermeiros possuem culturas, idioma, ou etnias diferentes da dos pacientes e dos colegas de trabalho^(18,35). O que permite interpretar que existem reações etnocêntricas no contexto de atuação dos profissionais de enfermagem e que os preconceitos presentes na sociedade^(18,27), são reafirmados e repercute no aumento da ocorrência de violência nas unidades de emergência^(18,34).

Estratégias de enfrentamento e combate

Seis artigos indicam estratégias para o combate e enfrentamento das situações de violência^(16,21,24,26,37,43). As ações envolvem intervenções no ambiente físico, políticas organizacionais, procedimentos de educação e treinamento. Quando empregadas, promovem a diminuição nas taxas de violência, o que reforça a importância e a efetividade de ações de educação continuada dentro dos serviços.

Há relato que mostra que após ação educativa, os profissionais de enfermagem são capazes de aplicar os conteúdos ao longo do tempo em sua prática diária⁽¹⁷⁾ e com isso, seria interessante pensar em estratégias que explorem a ideia de multiplicação das ações de enfrentamento, visto que os profissionais vão atuar de forma ativa no combate a ocorrência de episódios violentos e também podem formar uma cultura de enfrentamento nas unidades de emergência.

Estratégias educacionais com o objetivo de melhorar as estratégias de comunicação foram relatadas e se mostraram valorosas na diminuição da violência⁽⁴³⁾, visto que os profissionais, que lidam com pacientes e familiares em aflição e sofrimento que ficam ansiosos aguardando diagnósticos ou encaminhamentos, a comunicação precisa ser executada de forma a transmitir as informações de forma clara, frequente e

que seja compreendida^(43,18). Este resultado corrobora com o apresentado anteriormente sobre as barreiras de comunicação como uma causa da violência^(18,19).

O uso do *feedback* é efetiva para identificar os caminhos que desencadearam o ato violento e também para elaboração de estratégias para evitar novos atos violentos, porém, raramente é realizado de maneira formal⁽¹⁹⁾. Realizado de forma adequada⁽⁴⁴⁾, o *feedback* fornece continuamente meios para identificar ou adequar a rota para auxiliar no crescimento e a obtenção dos objetivos almejados na prevenção e controle das violências⁽⁴⁵⁾.

Medidas como a introdução de armas de choque, posicionamento estratégico da equipe de segurança e a criação de uma equipe de resposta rápida ao risco e/ou ocorrência de evento violento também foram citados^(21,24). Porém, diante da literatura avaliada não foi possível determinar o seu grau de eficácia no combate a atos violentos contra profissionais de saúde^(21,24). Essas medidas podem promover intimidação, redução na gravidade das lesões resultantes aos atos de violência e um menor tempo para o restabelecimento do controle e autocontrole dos pacientes⁽²⁴⁾, mas realizadas como medidas de repressão não repercutem nos fatores que predisõem à violência assim como não previne sua ocorrência^(21,23,24). Para o controle a violência as ações devem ser abrangentes e específicas, assim como devem atingir os sujeitos que sofrem ou provocam⁽²⁷⁾.

Impacto da violência na vida dos profissionais

As consequências da violência ocupacional na vida dos profissionais de enfermagem foram retratadas em nove estudos dentre os selecionados^(15-16,18,21,33,37). Os registros trazem de forma muito frequente a questão da sobrecarga psíquica para os trabalhadores frente aos episódios de violência.

Sabe-se que esta sobrecarga já é instaurada no contexto dos profissionais de enfermagem, pelo relacionamento com pacientes e acompanhantes em sofrimento e doença⁽³⁰⁻³¹⁾, o que amplia a saturação psicológica desses profissionais em seu cotidiano. Os profissionais também vivenciam sentimentos como insatisfação, desespero e desmotivação, à medida que os problemas se repetem dia após dia, sem perspectiva de mudança⁽²²⁾. Com isso, manifestações como cansaço, exaustão e depressão são frequentes^(15-16,18,21,33,37), assim como, consequências emocionais e comportamentos que afetam o estilo de vida, como aumento de consumo de tabaco e álcool^(33,46-47). Para além disso, estes eventos podem afetar o desempenho no trabalho, e desencadear

consequências que favorecem a ocorrência de violência, em um ciclo que se retroalimenta.

5.1.5 Conclusão

Foi possível verificar a existência de uma concentração na produção de dados sobre esta temática, os Estados Unidos apresentaram maior número de publicações. Países latino-americanos são pouco representados na produção científica sobre a temática, o que pode apontar para um lapso da produção do conhecimento nesses países. Diante disso, recomenda-se investir em pesquisas para que se possa conhecer a realidade desses países e, assim, possibilitar ações de prevenção ou controle das violências mais adequadas aos diferentes contextos. A elaboração de estratégias de enfrentamento, seja por políticas, atos normativos ou por protocolos institucionais se faz necessário para guiar a ação das instituições e profissionais, porém ainda se tem deficiências de dados que possibilitem uma compreensão de todos os fatores que permeiam a violência contra profissionais de enfermagem. A violência não é um fenômeno exclusivo dos países do Continente Americano, mas se faz presente e necessita de ações de enfrentamento, principalmente nos países em processo de desenvolvimento.

Este estudo apresenta algumas limitações na sua execução, os autores não incluíram na revisão bases de dados que não estão associadas ao Portal de Periódicos da CAPES, podendo haver influências na identificação de estudos dos países da América. Outra limitação diz respeito aos termos utilizados para a busca visto que na literatura consultada têm utilizado diferentes termos para descrever e discutir a violência, conforme mencionado nos resultados (violência física, violência verbal, bullying etc).

5.1.6 Referências

1. Angland S, Dowling M, Casey D. Nurses' perceptions of the factors which cause violence and aggression in the emergency department: a qualitative study. *Int Emerg Nurs.* 2014 Jul;22(3):134–9. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1755599X13000748>
2. Travetto C, Daciuk N, Fernández S, Ortiz P, Mastandueno R, Prats M, et al. Assaults on professionals in healthcare settings *Rev Panam Salud Publica.* 2015;38(4):307–15. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v38n4/307-315/es>
3. ICHRN. Acoso laboral en el sector de salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud Organización Internacional del Trabajo. 2007. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_160911.pdf%0Ahttp://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/sew/ICHRN/Facts_Sheets/Acoso_laboral_en_el_sector_de_salud.pdf

4. Hanson GC, Perrin NA, Moss H, Laharnar N, Glass N. Workplace violence against homecare workers and its relationship with workers health outcomes: a cross-sectional study. *BMC Public Health* [Internet]. 2015 Dec 17;15(1):11. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-014-1340-7>
5. Kelloway E, Barling J, Hurrell, J. *Handbook of Workplace Violence* [Internet]. 2455 Teller Road, Thousand Oaks California 91320 United States: SAGE Publications, Inc.; 2006. 12–13 p. Disponível em: http://sk.sagepub.com/reference/hdbk_workviolence
6. Sisawo EJ, Yacine S, Ouédraogo YA, Huang S. Workplace violence against nurses in the Gambia: mixed methods design. 2017;1–11. Disponível em: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2258-4>
7. FIOCRUZ/COFEN. Relatório final da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil - FIOCRUZ/COFEN. 2017;1. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>
8. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331677/9789240003279-eng.pdf>
9. Bordignon M, Monteiro MI. Apparent validity of a questionnaire to assess workplace violence. *ACTA Paul Enferm* [Internet]. 2015 Dec;28(6):601–8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002015000600601&lng=pt&tlng=pt
10. Lee Y-W, Dai Y-T, McCreary LL. Quality of work life as a predictor of nurses' intention to leave units, organisations and the profession. *J Nurs Manag* [Internet]. 2015 May 1;23(4):521–31. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jonm.12166>
11. MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2008, 17;4:758-764. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?format=pdf&lang=pt>
12. Santos CM da C, Pimenta CA de M, Nobre MRC. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2007 Jun;15(3):508–11. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300023&nrm=iso

13. Cooke A, Smith D, Booth A. Beyond PICO. *Qual Health Res* [Internet]. 2012 Oct 24;22(10):1435–43. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22829486>
14. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* [Internet]. 2009 Jul 21;6(7):e1000097. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19621072>
15. Gates DM, Gillespie GL, Succop P. Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *Nurs Econ* [Internet]. 2011;29(2):59–66. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21667672>
16. Gillespie GL, Farra SL, Gates DM. A workplace violence educational program: a repeated measures study. *Nurse Educ Pract* [Internet]. 2014 Sep;14(5):468–72. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2014.04.003>
17. Gillespie GL, Gates DM, Kowalenko T, Bresler S, Succop P. Implementation of a Comprehensive Intervention to Reduce Physical Assaults and Threats in the Emergency Department. *J Emerg Nurs* [Internet]. 2014;40(6):586–91. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2014.01.003>
18. Gillespie GL, Papa AM, Gómez LC. Workplace Aggression in Cuban Health Care Settings. *J Transcult Nurs* [Internet]. 2017 Nov;28(6):558–65. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1043659616666327>
19. Gates D, Gillespie G, Smith C, Rode J, Kowalenko T, Smith B. Using Action Research to Plan a Violence Prevention Program for Emergency Departments. *J Emerg Nurs* [Internet]. 2011 Jan;37(1):32–9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2009.09.013>
20. Oliveira EB, Pinel JS, Gonçalves JB de A, Diniz DB. Nursing work in hospital emergency units-psychosocial risks: A descriptive study. *Online Brazilian J Nurs*. 2013;12(1):73–88. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1676-4285.20134046>
21. Kelley EC. Reducing violence in the emergency department: A rapid response team approach. *J Emerg Nurs* [Internet]. 2014 Jan;40(1):60–4. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2012.08.008>
22. Oliver A, Levine R. Workplace Violence: A Survey of Nationally Registered Emergency Medical Services Professionals. *Epidemiol Res Int* [Internet]. 2015;2015:1–12. Disponível em: <https://www.hindawi.com/archive/2015/137246/>
23. Claudius IA, Desai S, Davis E, Henderson S. Case-controlled analysis of patient-based risk factors for assault in the healthcare workplace. *West J Emerg Med* [Internet].

- 2017 Oct 18;18(6):1153–8. Disponível em: <http://www.escholarship.org/uc/item/94h4t0th>
24. Gramling JJ, McGovern PM, Church TR, Nachreiner NM, Gaugler JE. Effectiveness of Conducted Electrical Weapons to Prevent Violence-Related Injuries in the Hospital. *J Emerg Nurs* [Internet]. 2018 May;44(3):249–57. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2017.06.008>
25. Ashton RA, Morris L, Smith I. A qualitative meta-synthesis of emergency department staff experiences of violence and aggression. *Int Emerg Nurs* [Internet]. 2018 Jul;39(December 2017):13–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.12.004>
26. Liu J, Gan Y, Jiang H, Li L, Dwyer R, Lu K, et al. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: A systematic review and meta-analysis [Internet]. Vol. 76, *Occupational and Environmental Medicine*. 2019. p. 927–37. Disponível em: <https://oem.bmj.com/lookup/doi/10.1136/oemed-2019-105849>
27. Minayo MC de S. *Violência e saúde* [Internet]. Editora FIOCRUZ; 2006. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/y9sxc>
28. Bordignon M, Monteiro MI. Violence in the workplace in Nursing: consequences overview. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 Oct;69(5):996–9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500996&lng=pt&tlng=pt
29. Shi L, Zhang D, Zhou C, Yang L, Sun T, Hao T, et al. A cross-sectional study on the prevalence and associated risk factors for workplace violence against Chinese nurses. *BMJ Open* [Internet]. 2017 Jun 24;7(6):e013105. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2016-013105>
30. Shafran-Tikva S, Zelker R, Stern Z, Chinitz D. Workplace violence in a tertiary care Israeli hospital - a systematic analysis of the types of violence, the perpetrators and hospital departments. *Isr J Health Policy Res* [Internet]. 2017 Dec 23;6(1):43. Disponível em: <http://ijhpr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13584-017-0168-x>
31. Honarvar B, Ghazanfari N, Raeisi Shahraki H, Rostami S, Lankarani KB. Violence against Nurses: A Neglected and Health-threatening Epidemic in the University Affiliated Public Hospitals in Shiraz, Iran. *Int J Occup Environ Med* [Internet]. 2019 Jul 1;10(3):111–23. Disponível em: <http://www.theijoem.com/ijoem/index.php/ijoem/article/view/1556>
32. Costa C da. HUMILHAÇÃO E VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA DE TRABALHADORES: os trabalhadores que valem nada [Internet]. 2013. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo2->

transformacoesnomundodotrabalho/humilhacaoeviolenciapsicologicadetrabalhadores-
ostrabalhadoresquevalemnada.pdf

33. Jiménez RE, Bachelet VC, Gomolán P, Lefio LÁ, Goyenechea M. Violence and burnout in health care emergency workers in Santiago, Chile: A survey-based cross-sectional study. *Int Emerg Nurs* [Internet]. 2019 Nov;47(August):100792. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1755599X19300783>
34. Nemeth L, Stanley K, Martin M, Mueller M, Layne D, Wallston K. Lateral Violence in Nursing Survey: Instrument Development and Validation. *Healthcare*. 2017;5(3):33. Disponível em: <http://www.mdpi.com/2227-9032/5/3/33>
35. Choiniere JA, MacDonnell J, Shamonda H. Walking the talk: Insights into dynamics of race and gender for nurses. *Policy, Polit Nurs Pract* [Internet]. 2010 Nov 29;11(4):317–25. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1527154410396222>
36. Richardson SK, Ardagh MW, Morrison R, Grainger PC. Management of the aggressive emergency department patient: Non-pharmacological perspectives and evidence base [Internet]. Vol. 11, *Open Access Emergency Medicine*. 2019. p. 271–90. Disponível em: <https://www.dovepress.com/management-of-the-aggressive-emergency-department-patient-non-pharmaco-peer-reviewed-article-OAEM>
37. Scherer MD dos A, Conill EM, Jean R, Taleb A, Gelbcke FL, de Pires DEP, et al. Challenges for work in healthcare: Comparative study on university hospitals in Algeria, Brazil and France. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2018 Jul;23(7):2265–76. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018000702265&lng=pt&tlng=pt
38. Souza SRC de, Oliveira EB de, Mauro MYC, Mello R, Kestemberg CCF, Paula GS de. Nursing workload in a psychiatric inpatient unit and workers' health. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2015 Nov 26;23(5):633–8. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/19563>
39. Moreira LH de O, Loyola CMD. Internación involuntaria: implicaciones para la clínica de enfermería psiquiátrica. *Rev da Esc Enferm da USP* [Internet]. 2011 Jun 1;45(3):692–9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342011000300021&lng=pt&tlng=pt
40. Rocha F, Hara C, Paprocki J. Mental illness and stigma. *Rev Médica Minas Gerais* [Internet]. 2015;25(4):590–6. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1876>

41. Lipsmeyer CS. Book Review: Haggard, S., & Kaufman, R. R. (2008). *Development, Democracy, and Welfare States: Latin America, East Asia, and Eastern Europe*. Princeton, NJ: Princeton University Press. *Comp Polit Stud* [Internet]. 2009 Sep 24;42(9):1250–3. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0010414009336817>
42. Coriolano-Marinus MW de L, Queiroga BAM de, Ruiz-Moreno L, Lima LS de. Communication in health practices: integrative literature review. Vol. 23, *Saúde e Sociedade*; 2014. p. 1356–69. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902014000401356&nrm=iso
43. Ramacciati N, Ceccagnoli A, Addey B, Lumini E, Rasero L. Interventions to reduce the risk of violence toward emergency department staff: Current approaches. Vol. 8, *Open Access Emergency Medicine*. 2016. p. 17–27. Disponível em: <https://www.dovepress.com/interventions-to-reduce-the-risk-of-violence-toward-emergency-departme-peer-reviewed-article-OAEM>
44. Montes L de G, Rodrigues CIS, Azevedo GR de. Assessment of feedback for the teaching of nursing practice. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019 Jun;72(3):663–70. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000300663&tlng=en
45. Santos MC dos, Leite MCL. The assessment of simulation practice learning in nursing education as feedback. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2010 Sep;31(3):552–6. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S198314472010000300020&lng=pt&tlng=pt>
46. Cannavò M, La Torre F, Sestili C, La Torre G, Fioravanti M. Work Related Violence As A Predictor Of Stress And Correlated Disorders In Emergency Department Healthcare Professionals. *Clin Ter* [Internet]. 2019;170(2):e110–23. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30993307>
47. Meneghini F, Paz AA, Lautert L. Occupational factors related to Burnout syndrome components among nursing personnel. *Texto Context - Enferm* [Internet]. 2011 Jun;20(2):225–33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072011000200002&lng=pt&tlng=pt

5.2 ARTIGO 2

Atuação do Executivo e Legislativo nas violências contra profissionais de saúde: Análise no Ciclo de Políticas Públicas

Resumo:

A violência é um fenômeno que permeia toda a sociedade e se configura como um problema social, podendo se individualizar em contextos específicos. Com o objetivo de explorar o processo de criação de instrumentos normativos para o enfrentamento da violência contra os profissionais de saúde nos espaços deliberativos brasileiros, foi realizado um estudo de proposições governamentais no Congresso Nacional e de documentos dos órgãos do Poder Executivo que abordem o tema da violência contra os profissionais de saúde. Assim, esta pesquisa possui metodologia qualitativa, com análise documental sob a ótica da Teoria do Ciclo de Políticas Públicas. Foi levantado o total de 25272 matérias legislativas, das quais, 29 foram escolhidas para compor o escopo deste artigo, 26 provenientes da Câmara dos Deputados e 3 do Senado Federal. As 29 matérias legislativas foram apresentadas por 21 autores diferentes. Nas bases do Poder Executivo 3807 documentos foram encontrados, que após análise, 8 propostas foram elegíveis aos objetivos propostos. O Poder Legislativo se mostrou mais atuante na apresentação de propostas com a temática no Congresso Nacional. Os documentos com origem no poder executivo não apresentam orientações diretas aos profissionais de saúde ou aos gestores com a finalidade de prevenção ou orientações para ações diante a ocorrência de violência, mas indica um reconhecimento da temática no seu escopo de atuação. As proposições resgatadas na busca apresentam uma forte tendência para a penalização da violência. O tema “violência contra profissionais de saúde” apresenta, ainda, entraves no processo de formulação e apresentação da pauta nos espaços de discussão de políticas públicas.

Abstract

Violence is a phenomenon that permeates the entire society and is configured as a social problem, which can be individualized in specific contexts. With the aim of exploring the process of creating normative instruments for combating violence against health professionals in Brazilian deliberative spaces, a study was carried out on government proposals in the National Congress and documents from Executive Power bodies that address the issue of violence against health professionals. Thus, this research has a qualitative methodology, with document analysis from the perspective of the Public Policy Cycle Theory. A total of 25272 legislative matters was surveyed, of which 29 were chosen to compose the scope of this article, 26 from the Chamber of Deputies and 3 from the Federal Senate. The 29 legislative matters were presented by 21 different authors. In

the bases of the Executive Power 3807 documents were found, which after analysis, 8 proposals were eligible for the proposed objectives. The Legislative Power was more active in the presentation of proposals with the theme in the National Congress. The documents originating from the executive branch do not provide direct guidance to health professionals or managers with the purpose of prevention or guidance for actions in the event of violence, but indicate a recognition of the theme in its scope of action. The propositions retrieved in the search show a strong tendency to penalize violence. The theme “violence against health professionals” also presents obstacles in the process of formulating and presenting the agenda in public policy discussion spaces.

5.2.1 Introdução

A manifestação da violência se caracteriza como a aplicação da força física e/ou do poder contra si próprio, um indivíduo ou a um grupo com o objetivo de prejudicar física ou psicologicamente⁽¹⁾, o que induz a interpretação de que este fenômeno pode se acirrar a medida que são impostas desigualdades entre os indivíduos. Assim, a violência também poderia ser interpretada como a perpetuação de desigualdades nas relações sociais e dialogar com distribuição de poder e prestígio⁽²⁾.

A violência e seus impactos podem se concentrar e até mesmo individualizar em contextos e grupos específicos⁽³⁾. A violência física na vida social permeia indagações que levam a reflexão de “como é possível viver sem medo de ser atacado ou morto por alguém mais forte”. Questão que se pode relacionar ao processo de socialização do homem e a racionalidade dos seus atos⁽⁴⁾, onde se identifica na capacidade de intencionalidade na execução de atividades o fator determinante de racionalização das ações do homem.

Então, a violência é um fenômeno, que permeia toda a sociedade, mas possui apresentações que afetam grupos e indivíduos específicos com maior frequência e intensidade^(2,5). Entende-se que ambas as vertentes repercutem e são problemas de saúde pública. Porém, neste artigo pretende-se abordar a violência na especificidade de seu acometimento em grupos de profissionais da saúde, uma vez que, são escassos estudos que abordem a violência nesse contexto, sua ocorrência ocasiona impactos na vida dos profissionais e na dinâmica dos serviços de saúde⁽⁶⁾.

De acordo com a *Occupational Safety and Health Administration*, entre 2011 e 2013, a violência foi atribuída a cerca de 10 a 11% das lesões que promoveram afastamentos dos profissionais de saúde do trabalho, enquanto nos outros setores privados foi responsável por cerca de 3% de afastamento por lesões de todos os outros trabalhadores^(7,8).

No que se refere aos impactos na vida, profissionais de saúde que sofreram violência no local de trabalho relatam consequências emocionais e comportamentais como aumento no consumo de tabaco, distúrbios alimentares e do sono, e mudanças das relações sociais, isolamento social, entre outras⁽⁹⁾.

Uma sondagem realizada pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREn-SP) e Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) em 2017, identificou que 77% dos profissionais de enfermagem foram agredidos no trabalho. E mesmo sofrendo agressões, 87% dos profissionais não registraram queixa à polícia ou denunciaram a qualquer órgão de governo^(8,10), o que corrobora com a ideia de que a violência contra profissionais da saúde é vista com naturalidade, pelos profissionais, por ser frequente na rotina dos serviços chega a ser relatada pelos profissionais como algo que inerente a rotina^(6,11), o que permite inferir que existe subnotificação nos números de violência contra profissionais de saúde.

Nos últimos anos, com a pandemia do covid-19, o cenário de violência contra profissionais de saúde adquiriu nova dimensão, com registro de aumento dos relatos de ataques de pacientes ou famílias, manifestações fora de instalações de saúde, invasão aos ambientes hospitalares, depredação de ambulâncias, ameaças verbais e agressões físicas, principalmente os da área da enfermagem, isso foi somado ao aumento de carga de trabalho, ao medo de se contaminar e falta de estrutura para execução do trabalho^(11,12).

Ao considerar o exposto, é evidente que os profissionais de saúde precisam de instrumentos que os apoiem na criação de estratégias de enfrentamento efetivas para o enfrentamento da violência. A literatura cita que com instrumentos normativos, educação, e o apoio de diferentes atores é possível combater a violência e criar um ambiente seguro aos profissionais de saúde⁽¹³⁾.

No sentido de criação de instrumentos normativos, que será o foco deste artigo, aponta que as ações e as decisões que gerem a criação de normas e políticas públicas tendem a seguir uma estrutura com foco na proteção e benefício do estado e não nas necessidades individuais, mesmo com o amplo exercício da cidadania, não há como garantir a regulação do processo de decisão política para que as decisões políticas ocorram em benefício de indivíduos ou grupos específicos⁽¹⁴⁾. Assim, necessita-se de uma estrutura de representação dos interesses de grupos nos espaços de decisão⁽¹⁴⁾.

No processo de elaboração da estrutura de representação e participação nos espaços de decisão⁽¹⁵⁾, aponta como estratégica a participação em debates, associações e organizações da sociedade civil, considerando que os integrantes destes espaços inter-relacionam com uma rede maior de atores que possuem influência nos espaços políticos.

Ao pensar a violência contra profissionais de saúde como uma pauta de um grupo específico, que necessita de apoio dos atores políticos para discussão no Congresso Nacional é necessário trabalhar os caminhos que levam uma temática ao palco de discussões políticas. Algumas vias, como o processo eleitoral, representação das classes profissionais são consideradas⁽¹⁶⁾.

Mobilizações em torno do processo eleitoral, em que grupos ou indivíduos apoiam ou buscam apoio de candidatos que defendem pautas de interesse, são observadas nos espaços de discussão políticas, assim como, a defesa de uma pauta por um ator político que está inserido em sua vivência, ou têm afinidade pela temática⁽¹⁶⁾.

Ao pensar a elaboração de uma política pública (*policy-making process*) é importante considerar a existência dos processos fundamentais que permeiam a complexidade de efetivação da política, em que a concepção se inicia com a definição da agenda pública, perpassa pela especificação de alternativas, pela decisão política, e segue com a implementação como um caminho para a efetivação de uma nova política⁽¹⁷⁾.

Dentre as metodologias analíticas para compreender o processo de elaboração de políticas públicas, neste artigo vamos trabalhar com o Ciclo de Política Pública (*policy cycle*), que permite identificar as etapas na produção da política, e ajuda a elucidar as ações e escolhas de governo que influenciam a vida dos cidadãos⁽¹⁷⁾.

Esse processo envolve conflitos de ideologias, preferências e interesses de grupos. Os embates chamam a sociedade a explorar o conflito e transformá-lo numa questão política, assim, mobilizam apoio popular, e tornam o tema cada vez mais politizado por meio do engajamento daqueles que inicialmente não estavam envolvidos, levando visibilidade a temática até que ela seja levada para os espaços de decisão⁽¹⁷⁾.

A formulação da pauta pode ser caracterizada como uma etapa pré-decisória, anterior a qualquer atividade de formalização de uma política, envolvendo a identificação de problemas que requerem atenção governamental e uma busca inicial por soluções possíveis, confrontadas com seus custos e efeitos estimados, sendo um ponto chave para seu prosseguimento a forma como o problema é compreendido pelos atores políticos e a maneira pela qual ele é definido, orientará todo o debate que permeia as escolhas no processo decisório⁽¹⁸⁾.

Na construção da pauta é importante a atuação do Poder Legislativo que possui função política de captação e transferência das aspirações populares, espaço de debate público e garantia de vigência da democracia; tem por objetivo a formação de leis por representação orientada por seus eleitores e por toda a comunidade⁽¹⁹⁾, configurando um

espaço de discussão de temas de interesse público que necessitam de normativas para regulamentação.

Porém é apontado que as proposições pautadas pelo Poder executivo apresentam maiores taxas de sucesso, o Executivo brasileiro é muito atuante no processo de formulação de políticas públicas, devido ao grande poder de agenda que é garantido pela Constituição Federal⁽⁷⁾.

Outros autores^(20,21), indicam que o curso de ação do Ciclo de Política Pública é de natureza governamental, que é acionado ou implementado por meio da operacionalização de diversos instrumentos de poder concentrados no Estado e envolve pelo menos seis etapas: 1- análise do problema a ser solucionado; 2- formulação de alternativas que possam vir a resolver a situação problemática; 3- encontrar a identificação dos critérios de avaliação; 4- avaliação das alternativas formuladas aplicando o método da etapa anterior; 5- escolha da decisão a ser implementada; 6- feedback/avaliação que objetiva aprender sobre os pontos positivos e negativos da decisão implementada.

Considerando todos os processos do Ciclo de Política Pública, se entende que a agenda de governo, dotada de uma lista de problemas públicos que para alcançar o estatuto de alternativa a ser considerada como plausível pelos tomadores de decisão, a proposta tem que corresponder a critérios técnicos e políticos e, ao mesmo tempo, precisa ser apresentada, divulgada e defendida pelos atores⁽¹⁷⁾.

Assim, é nítido que para o desenvolvimento de políticas públicas de proteção aos profissionais de saúde contra a ocorrência de violência no âmbito do trabalho, os profissionais de saúde necessitam de representação em espaços deliberativos e de mobilização em defesa da inclusão desta temática nos espaços de decisão.

Diante ao exposto, este artigo busca explorar o processo de criação de instrumentos normativos para o enfrentamento da violência contra os profissionais de saúde nos espaços deliberativos brasileiros, por meio de uma busca de proposições governamentais e publicações no poder executivo e legislativo, de matérias relacionadas à violência contra profissionais de saúde; e também, analisar estas proposições na lógica da teoria do Ciclo de Políticas Públicas.

5.2.2 Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo com foco na busca e análise das propostas legislativas apresentadas no Congresso Nacional e nos órgãos do poder executivo no intervalo temporal correspondente a agosto de 1988 até agosto de 2021.

A matéria prima da pesquisa qualitativa é composta por um conjunto cujos sentidos se complementam e o movimento que informa qualquer abordagem ou análise se baseia em três verbos: compreender, interpretar e dialetizar. Sendo os documentos (fontes primárias) de importância ímpar para as avaliações dos pesquisadores, a análise documental constitui um método importante para extração de elementos informativos na abordagem qualitativa^(22,23).

Para identificar tais propostas foram utilizados os bancos de dados do Portal da Câmara dos Deputados, do Portal do Senado Federal e a base de dados da Imprensa Nacional, por meio do Diário Oficial da União e o portal das plataformas de ofertas de cursos do Ministério da Saúde.

No caso do Portal da Câmara dos Deputados, foi utilizada a ferramenta “Pesquisa Avançada” disponível para acompanhamento das atividades legislativas da Casa. Da mesma forma, no Portal do Senado Federal foi utilizada a ferramenta de mesmo nome, “Pesquisa Avançada”, que cumpre o mesmo objetivo. Os dois Portais são a fonte primária de informações sobre as propostas legislativas e por comportarem o mesmo poder acabam compartilhando entre si algumas características comuns no formato de pesquisas avançadas. Por meio delas é possível, dentre outros aspectos, filtrar propostas legislativas por autores, ano de apresentação, status (arquivado ou ativo), por tipo de matéria, por relator, dentre outros aspectos.

Por meio delas, tanto na Câmara dos Deputados quanto no Senado Federal foram incluídas as proposições: Propostas de Emenda à Constituição (PEC), Projetos de Lei Complementar (PLP), Projetos de Lei (PL), Projetos de Lei de Conversão (PLC), Projetos de Decreto Legislativo (PDC), Requerimentos (REQ), Requerimentos de Informação (RIC), Mensagem (MSC) e Indicações (INC), que retornaram na busca com a aplicação de filtros de palavras chaves definidas a partir dos Descritores das Ciências da Saúde (DECS), com as seguintes combinações associadas pelo Operador Booleano “AND”, quais sejam: Violência; “Violência Ocupacional”; “Violência no trabalho”; Violência no trabalho AND profissionais de saúde; Violência AND Saúde; Violência AND Medicina; Violência AND Enfermagem.

A busca no portal da Câmara dos Deputados e Senado retornou 36224 resultados de matérias que se encaixam nos parâmetros estabelecidos. As proposições foram agrupadas em uma planilha do Microsoft Excel, onde, com o auxílio do comando “remover duplicatas” foram removidos os resultados idênticos, restando o total de 21465 matérias para análise de suas ementas, após prosseguiu a seleção pelo título da matéria e

e sequencialmente pelo conteúdo de suas ementas. Foram incluídas apenas matérias relacionadas a violência contra profissionais de saúde.

Na base de pesquisa da Imprensa Nacional, na busca de atos do poder executivo do Diário Oficial da União foi utilizada a ferramenta “Pesquisa Avançada” disponível para resgate das publicações dos órgãos do poder executivo, com a aplicação dos seguintes filtros: **Tipo de Pesquisa - qualquer resultado; onde pesquisar - tudo; data - qualquer período; jornal - todos; forma de pesquisa - pesquisa-ato-a-ato; organização principal – não foi selecionado opção (todos); organização subordinada - não foi selecionado opção (todos); tipo de ato - não foi selecionado opção (todos)**. A pesquisa retornou 3807 resultados que tiveram seus títulos e ementas analisadas. Nessa base a combinação de termos não retornou resultados, assim os resultados apresentados são exclusivamente da busca com o termo “violência”. Outra limitação verificada na plataforma foi que os resultados retornados são apenas posteriores a 2013.

Foi também verificado junto às plataformas de ofertas de cursos, pelo Ministério da Saúde para profissionais de saúde AVASUS, Portal UNA-SUS, se a instituição possuía cursos e materiais instrutivos, com a aplicação das palavras chaves “violência”, “violência ocupacional”, “violência no trabalho”, “violência e saúde” e não foram encontrados cursos que descrevessem a temática violência contra profissionais de saúde em seus conteúdos programáticos.

Foram aplicados dois critérios de exclusão, que consistiram em desconsiderar resultados sem relação direta com violência contra profissionais de saúde e fora do intervalo temporal estabelecido. Tais critérios foram aplicados por meio de avaliação caso a caso das ementas de cada matéria e pela pesquisa por palavras chaves no inteiro teor delas. Especificamente sobre os autores, foram considerados apenas os primeiros signatários de cada projeto. Isso ocorre pela dinâmica própria do Congresso Nacional, onde parlamentares usualmente subscrevem a autoria de matérias legislativas para evitar que sejam arquivadas caso o autor principal não seja reeleito.

Após selecionados as publicações elegíveis, foram especificamente verificados se os autores possuíam em seu currículo alguma formação ou experiência na área da saúde, foram considerados apenas os primeiros autores, tais características foram reunidas de sua biografia informada pelos sites oficiais da Câmara dos Deputados e do Senado Federal.

Esta pesquisa não passou por apreciação em comitê de ética, por não ser desenvolvida e nem envolver diretamente seres vivos, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

5.2.3 Resultados e discussão

Após busca nas diferentes bases e exclusão das matérias duplicadas foi levantado o total de 25272 matérias legislativas, as quais após aplicado os critérios de inclusão e exclusão, foram elegidas para compor o escopo deste artigo, 29 proposições provenientes do Legislativo, 26 provenientes da Câmara dos Deputados e 3 do Senado Federal. As 29 matérias legislativas foram apresentadas por 21 autores diferentes, em número de matérias apresentadas se destaca o deputado Ricardo Silva (PSB) que protocolou 5 matérias.

Foram resgatados nas bases do Poder Executivo 3807 documentos, que após análise, 8 propostas foram elegíveis aos objetivos propostos. Todas as matérias que cumpriram os critérios, do executivo, foram provenientes do Ministério da Saúde.

Proposições no Legislativo

Os documentos relacionados à temática violência contra profissionais de saúde, no Poder Legislativo, são em sua maioria originários da Câmara dos Deputados, 26 matérias, enquanto no Senado Federal foram encontradas apenas 3 matérias.

Foi evidenciado neste estudo que o Poder Legislativo deteve a unanimidade na apresentação de matérias relacionadas a violência contra profissionais da saúde no Congresso Nacional, em discordância com a tendência apresentada na literatura⁽²⁴⁾, há publicações indicando que atualmente no Brasil, dentre as Leis aprovadas, há predomínio das que tiveram origem no poder executivo.

Também existe na literatura relatos que classificam o Executivo brasileiro como muito atuante no processo de formulação de políticas públicas, e atribui este fato ao grande poder de agenda que é garantido pela Constituição Federal⁽⁷⁾, que assegura ao Presidente da República a iniciativa exclusiva na apresentação das proposições legislativas que disponham sobre a administração pública federal em senso estrito ou sobre a questão orçamentária; a prerrogativa da adoção das medidas provisórias; e o poder de solicitar urgência da tramitação dos projetos de lei complementar ou ordinária de sua autoria, assim como pela capacidade de centralização do processo decisório no Congresso Nacional nos líderes dos partidos políticos que integram a base política do governo⁽²⁴⁾.

Entendendo o cenário apresentado pela literatura, sobre a participação do Poder Executivo na aprovação de Leis, e vendo que não houve manifestação em matérias tramitadas no Congresso Nacional no período avaliado, é possível inferir que a temática da violência contra profissionais de saúde não atingiu a visibilidade necessária para ser considerada pauta de discussão política nesta casa.

Dialogando com a formulação de políticas no campo da violência contra profissionais de saúde, este estudo evidenciou que quanto aos tipos de matérias resgatadas no legislativo, houve maior representação dos Projetos de Lei (tabela 2), que são instrumentos regulatórios, ou que alteram instrumentos regulatórios que buscam influenciar diretamente uma realidade⁽²⁴⁾.

Tabela 2 - Caráter da proposta resgatada no Congresso Nacional, Brasília-DF, 2022

	Discurso	INC	PL	PRL	REL	REQ	SBT	VTS	Total
Câmara dos Deputados		1	14	4	1	1	4	1	26
Senado Federal	1		2						3
Total Geral	1	1	16	4	1	1	4	1	29

Fonte: Elaborada pelo autor com base no Banco de Dados da Câmara dos Deputados, do Senado Federal.

Ao analisar a situação dos Projetos de Leis apresentados (Tabela 3), chama a atenção a temporalidade na tramitação dos projetos, visto que nenhum projeto que aborda a violência contra profissionais de saúde obteve aprovação no período. Foi verificado também, que o projeto com data de homologação mais antiga, está tramitando a 13 anos sem desfecho.

Tabela 3 - Situação de tramitação dos Projetos de Lei encontrados no Congresso Nacional, Brasília-DF, Brasil, 2022

Projeto de Lei	Situação	Partido
PL 2568/2020	Pronta para Pauta na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC)	REDE
PL 2955/2020	Apensado ao PL 2375/2020	PSB
PL 3135/2008	Pronta para Pauta no Plenário (PLEN)	PCdoB
PL 3339/2015	Pronta para Pauta na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC)	PSDB
PL 3443/2020	Apensado ao PL 6749/2016	PSB

PL 3446/2020	Apensado ao PL 6749/2016	PSB
PL 3447/2020	Apensado ao PL 6749/2016	PSB
PL 3448/2020	Apensado ao PL 6749/2016	PSB
PL 3449/2020	Apensado ao PL 6749/2016	PSB
PL 3541/2019	Aguardando Parecer do Relator na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)	PDT
PL 4272/2020	Apensado ao PL 3366/2020	PT
PL 3366/2020	Aguardando Designação de Relator na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC)	PDT
PL 6749/2016	Pronta para entrar na pauta de votações no Plenário (PLEN)	PSD
PL 7269/2017	Apensado ao PL 6749/2016	PTN
PL 2375/2020	Apensado ao PL 2083/2020	PSDB
PL 2083/2020	Aguardando Parecer do Relator na Comissão de Finanças e Tributação (CFT)	PDT

Fonte: Elaborada pelo autor com base no Banco de Dados da Câmara dos Deputados, do Senado Federal.

Em relação ao tempo para tramitação⁽²⁵⁾, o Executivo leva em média 260 dias para aprovar um projeto, enquanto o Legislativo leva em média 1.501 dias que representa um período bem menor do evidenciado nos resultados deste estudo.

A literatura indica que as matérias podem ser aprovadas com um tempo menor de tramitação a depender do interesse das casas do Legislativo ou mais lentas nos casos que envolvem negociações conflituosas no interior do governo⁽²⁵⁾. Todo esse processo corrobora com a premissa que a atividade legislativa representa um fenômeno de múltiplas etapas, que envolve diferentes atores, escolhas e motivações⁽²⁴⁾.

Assim, nesta perspectiva, pode-se interpretar que proposições que abordam a temática da violência contra profissionais da saúde não assumiram prioridade para

tramitação no Legislativo no período avaliado, assim como, mais uma vez, não foi possível detectar o envolvimento do Executivo para discussão da temática.

Dos projetos prontos para votação, tem-se um que estabelece que a pena por um crime seja agravada sempre que ocorra no interior ou num raio de até mil metros de escolas ou hospitais (PL 3135/2008) e um que visa tipificar de forma mais gravosa os crimes de lesão corporal, contra a honra, ameaça e desacato, quando cometidos contra médicos e demais profissionais da saúde no exercício de sua profissão (PL 6749/2016). A caracterização do aspecto punitivo nas proposições será discutida em um tópico posterior.

Os resultados evidenciam que dentro do quadro geral de apresentação de proposições nos espaços legislativos, existe a predominância da apresentação de propostas por profissionais que não têm formação na área da saúde. As matérias apresentadas nas instâncias legislativas foram apresentadas por 21 atores, destes, apenas 07 têm algum grau de formação na área da saúde e somaram o total de 9 matérias protocoladas no período avaliado. Das 9 matérias apresentadas por profissionais de saúde, 7 foram apresentadas por parlamentares com formação em medicina.

Em uma sociedade especialmente política moldada a partir da vontade dos indivíduos⁽²⁶⁾, é estratégico ter dentro dos espaços de discussão política atores que por meio de suas ações promoverão impactos em pautas de interesse, visto que a literatura⁽²⁷⁾ aponta que os membros do Congresso Nacional, tendem a beneficiar grupos e que há uma premissa em que o congressista legisla para os seus eleitores.

Em 2011, a Agência Câmara de Notícias apontou que os profissionais da área da saúde eram o segundo maior grupo na Câmara formado por 50 profissionais da área de Saúde, entende-se que houve representação de profissionais de saúde neste espaço deliberativo, o que repercutiu em 31,04% das proposições voltadas ao enfrentamento da violência contra profissionais de saúde analisadas neste estudo.

Outro fator que deve ser citado é que a falta de formação na área de saúde não deve ser considerada um fator impeditivo para o reconhecimento da violência contra profissionais de saúde, visto que a temática é frequentemente veiculada nas mídias sociais, revistas, jornais, e é reconhecida e apresentada pelos Conselhos de Classe de Profissionais de saúde e pelos próprios profissionais⁽¹⁰⁾. Mesmo assim, a temática parece não estar na pauta do legislativo e não foram encontrados indícios que os parlamentares estejam empenhados para que ela seja incluída na pauta governamental.

Tabela 4 - Matérias apresentadas por parlamentares com formação em saúde, Brasília-DF, 2022

Nome do Propositor	Partido	Profissionais de Saúde não Médicos	Medicina
Dr. Aluizio	PV		1
Sinval Malheiros Pinto Júnior	PTN		2
Hiran Manuel Gonçalves da Silva	PP		2
João Bosco Papaléo Paes	PSDB		1
Francisco José D'angelo Pinto	PDT		1
Sérgio Barradas Carneiro	PT	1	
Shéridan Estérfany Oliveira	PSDB	1	
Total de Proposições		2	7

Fonte: Elaborada pelo autor com base no Banco de Dados da Câmara dos Deputados, do Senado Federal.

Na tabela 4, também pode-se verificar que entre os propositores com formação em saúde grande maioria possui formação em medicina. Nesse ponto é importante ressaltar a concepção social de poder atrelado ao profissional médico e a estratificação de relevância de acordo com a formação ou ao nível de conhecimento que lhe é atribuído, assim a formação em medicina garante status e prestígio social pela própria concepção de poder que a profissão detém⁽²⁸⁾. Atrelados a isso, os profissionais de saúde vivenciam a disputa por espaço e reconhecimento profissional, em que os médicos se sobressaem aos demais profissionais devido ao status social que lhe é atribuído⁽²⁸⁻³⁰⁾, podendo assim inferir que é mais fácil o caminho para que garantam representação nos espaços políticos.

Dentre os partidos, aqueles que mais protocolaram matérias estão os PSB em que 2 parlamentares que protocolaram 6 matérias, PSDB em que 3 parlamentares que apresentaram 3 matérias, o PT em que 3 parlamentares apresentaram 3 matérias, e o PDT em que 3 parlamentares apresentaram 3 matérias. É importante relacionar este resultado com o fato de que estes partidos sempre tiveram cadeiras e uma composição, na Câmara dos Deputados, numerosa ao longo das legislaturas, indo com a premissa que quanto maior a bancada, maior será a quantidade de iniciativas apresentadas pelos partidos⁽⁷⁾.

Proposições no Executivo

Dentre os documentos do poder executivo, Quadro 2, não foram encontradas orientações diretas aos profissionais de saúde ou aos gestores com a finalidade de prevenção ou orientações para ações diante a ocorrência de violência. Os documentos encontrados foram categorizados em publicações que buscam a produção de dados e evidências sobre violência contra profissionais de saúde, e documentos que buscaram premiação ou reconhecimento de experiências bem sucedidas de enfrentamento a violência contra profissionais de saúde.

É perceptível o tratamento da violência contra o profissional de saúde como um número a ser notificável em um sistema de vigilância, o que sobre a ótica do ciclo de políticas este levantamento quantitativo pode ser definidor no processo de análise do problema e definição da pauta, visto que irá mostrar à população que é acometida por este problema^(7,17).

Nesse sentido, a construção da pauta pode ser caracterizada como uma etapa pré-decisória, anterior a qualquer atividade de formalização de uma política, envolvendo a identificação de problemas que requerem atenção governamental e uma busca inicial por soluções possíveis confrontadas com seus custos e efeitos estimados. A forma como o problema é compreendido pelos atores políticos e a maneira pela qual ele é definido é um ponto chave para o seguimento na agenda política que orientará todo o debate que permeia as escolhas no processo decisório⁽¹⁸⁾.

Quadro 3 - Proposições resgatadas nas bases do poder executivo, MS e DOU, Brasília-DF, 2022

Diário Oficial da União (DOU)	Produção de dados	Reconhecimento de experiências
Portaria de Consolidação nº 4 de 28/09/2017 (Anexo V)	X	
Portaria de Consolidação nº 2 de 17/09/2017 (Anexo XV)	X	
Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014	X	
Portaria nº 2.309, de 28 de agosto de 2020	X	
Portaria nº 82, de 16 de agosto de 2019		X
Portaria nº 85, de 23 de outubro de 2019		X
Manual sobre Medidas de Proteção à Saúde dos Agentes de Combate às Endemias		X

Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011	X	
---	---	--

Fonte: Elaborada pelo autor com base no Banco de Dados do MS e DOU.

Em um cenário em que não existe um consolidado sobre violência contra profissionais de saúde em dados quantitativos que gerem visibilidade ao problema, torna-se mais difícil a condução do tema para os espaços de discussão de políticas. Em consonância com esta ideia, diz que na construção de uma política pública, a constituição de um banco de dados, pode ser instrumento para operacionalização de uma política e também fundamentar a decisão política⁽¹⁷⁾.

Nos resultados encontrados (quadro 3) é possível identificar que mesmo não totalmente inserida no debate do executivo, a questão da violência contra profissionais de saúde vem ganhando reconhecimentos, inclusive em resgate de práticas bem sucedidas de enfrentamento e combate, à exemplo as Portaria nº 82, de 16 de agosto de 2019 e Portaria nº 85, de 23 de outubro de 2019 que divulgam relatos de experiências de práticas dos entes federados no manejo e enfrentamento da violência contra os profissionais de saúde.

O fato de as experiências serem divulgadas a nível federal, por um órgão do Poder Executivo, pode propiciar o engajamento para que a temática seja trabalhada em outras localidades do país, e indica que o governo, mesmo que em pequena escala, se avaliado o número de publicações, enxerga alguma relevância no tema da violência contra os profissionais de saúde.

Porém, é válido citar que dificuldades na implementação de ações na área da saúde do trabalhador que garantam direitos aos trabalhadores, devido essas pautas não estão em consenso com a ordem política e econômica vigente, e o ato de aprovar e defender instrumentos normativos que respaldam o trabalhador, em discussões políticas aponta para a perda da saúde como resultado da exploração do trabalho, assim o estado estaria expondo uma problemática inerente ao sua dinâmica⁽³¹⁾.

Dentre os documentos resgatados, daremos destaque a Portaria de Consolidação nº 2 de 17/09/2017, sobre as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, e dispõe em seu anexo XV, o texto da Portaria MS/GM 1823/2012 que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), porém é válido ressaltar que a aprovação de tal instrumento advém de inúmeros movimentos e pressões sociais⁽³²⁾, instrumento que se encontra vigente e em implementação nos territórios.

A PNSTT considera a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença, além de estabelecer caminhos para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos, sem qualquer exigência de intervenção sobre os fatores determinantes dos mesmos⁽³¹⁻³³⁾.

Em relação a violência no trabalho a PNSTT aborda no sentido de estimular a criação de observatórios de saúde do trabalhador com foco na identificação da relação entre agravos e trabalho e ressalta que estes observatórios precisam se articular com o observatório de violências; trabalha também para harmonizar os termos atribuídos nas fichas de notificações⁽³²⁾. Mas a PNSTT aborda a violência de forma generalista e não trabalha a violência contra profissionais de saúde e suas especificidades.

É importante destacar que a visão de cuidado em saúde do trabalhador apresentada na PNSTT é interpretada por alguns autores como um modelo em que se devem controlar os riscos, disciplinando os trabalhadores, sem uma preocupação efetiva com os trabalhadores e a repercussão do trabalho na vida das pessoas⁽³³⁾, o que pode tornar ainda mais necessário o apoio de organizações, entidades e profissionais para garantir que o instrumento normativo seja implementado de maneira eficaz, e garanta os direitos relacionado a saúde no trabalho.

Punição e proteção

Dentre os documentos resgatados, alguns possuem características que visam a alteração do ordenamento jurídico brasileiro, por sugerir aumento de penalidade aos perpetradores de violência contra profissionais de saúde ou a atos de violência em estabelecimentos de saúde; já outros chamam a atenção para a criação de um ambiente de trabalho saudável e com proteção contra atos de violência a profissionais de saúde.

Na tabela 5, pode-se verificar a predominância de matérias que abordam o aumento de penalidade aos perpetradores de violência contra profissionais de saúde ou a atos de violência em estabelecimentos de saúde, o que corrobora com a ideia de transferência de atribuições na atuação contra a temática para o poder judiciário e de individualização da violência, onde o violentador é punido com o rigor da lei.

Tabela 5- Temáticas das proposições resgatadas, mediante categorias atribuídas, Brasília-DF, Brasil, 2022

Temática	Nº Matérias
Ambiente Saudável e Proteção	06
Penalidade	23
Total Geral	29

Fonte: Elaborada pelo autor com base no Banco de Dados da Câmara dos Deputados, do Senado Federal.

Porém, a delimitação de escopos das infrações graduadas pelo período penal, pode não garantir por si só em grandes repercussões nas taxas de violências contra profissionais de saúde. É relatado na literatura que é complexo ao sistema penal prender, processar e julgar todas as pessoas que realizam as condutas descritas na lei como crime, a atuação na penalidade. Nesse sentido, a delimitação da infração e a aplicação da penalidade ocorre em situação excepcional, e não se relaciona com objetivo educador, reformador ou disciplinador⁽³⁴⁾.

Por outro lado, existe a ideia que por se acreditar na lei, por se temer a execução da lei nos seus aspectos punitivos, a justiça pode ser referência para o enfrentamento da violência contra os profissionais de saúde, visto que a institucionalização das práticas de contravenção a Lei por meio de denúncias e notificações instrumentaliza para que seja realizada a função regulatória dos eventos por vias de judicialização e penalização⁽³⁵⁾.

Porém para a ação da justiça, é essencial o conhecimento dos instrumentos regulatórios, tanto pelos profissionais de saúde, quanto aos que estão presentes nos ambientes de violência contra profissionais de saúde. A prática da violência necessita ser denunciada para que haja a intervenção da justiça e consequente repressão das ações que colocam a integridade física dos profissionais de saúde em risco, o que torna ainda mais relevante o teor das ações do poder executivo, ao qual compete o papel de operacionalizar a execução das legislações, fazendo que o aparato legislativo alcance a população⁽³⁶⁾.

É possível observar que matérias que visam a punição, buscam punições mais rígidas para o perpetuador de violência contra profissionais de saúde, o que pode não garantir impacto direto na ocorrência do ato violento em si, mas teriam potencial para impactar na efetivação da punição pelo ato impetrado contra os profissionais, promovendo a individualização deste ato violento⁽³⁷⁾.

A individualização da violência contra profissionais da saúde, em um contexto em que a vítima deve realizar a denúncia para que os fatos sejam apurados pode se configurar um problema, no caso da violência contra profissionais da saúde, visto que não há culpabilização dos perpetradores de violência^(6,11).

No que se refere à percepção da violência pelos profissionais de saúde, a literatura relata que a violência é entendida como parte da rotina de trabalho, e os profissionais nem sempre culpabilizam o perpetrador de violência pelo ato^(6,11). Porém a violência dentro de seus múltiplos sentidos, é percebida de acordo com os sentidos éticos, morais e culturais da sociedade e repercute em consequências físicas e psicológicas para a vítima⁽³⁷⁾.

A comprovação, pelo profissional, do ato violento, não físico, ocorrido, pode apresentar algumas barreiras, tais como o fato da violência contra os profissionais de saúde poder manifestar-se de forma a não deixar marcas visíveis de sua ocorrência, como lesões ou hematomas, percebida apenas pelos envolvidos no momento do ato⁽¹¹⁾ e também, visto que profissionais de saúde não culpabilizam o pacientes e acompanhantes cuja capacidade de agir de maneira racional foi reduzida devido a um problema de saúde física ou psicossocial^(11,38-40).

No contexto entre a punição e a prevenção de violência, ressalta que é importante considerar que para o alcance de efetividade no controle a violência, deve sempre considerar a complexidade desse fenômeno, as ações devem ser abrangentes e específicas simultaneamente, assim como devem envolver diferentes contextos e atingir os sujeitos que sofrem ou provocam violência e compete ao setor saúde liderar ações para promover qualidade de vida, ambiente saudável, incorporação de direitos e superação de processos de dominação, de exclusão e de violência física, moral e emocional⁽⁴¹⁾.

5.2.4 Conclusão

Assim, a violência contra profissionais de saúde, no geral, não foi uma temática prioritária no campo da gestão de políticas públicas nos períodos avaliados visto que houve um número limitado de proposições e das que foram protocoladas e não foram encontrados projetos, para além da PNSTT, com o status conclusivo. Foram encontradas iniciativas, tímidas, que podem indicar que o poder executivo reconhece a temática da violência e está buscando o levantamento de ações bem sucedidas de enfrentamento. Pela análise do Ciclo de Políticas Públicas o tema “violência contra profissionais de saúde” apresenta, ainda, entraves no processo de formulação e apresentação da pauta, pois não temos um sistema de notificação sensível para diferenciar e quantificar este evento. Também foi percebido entraves no processo de notificação do evento violento pelos profissionais de saúde e no reconhecimento deste agravo. Os profissionais de saúde necessitam de representação em espaços deliberativos e de mobilização em defesa da inclusão desta temática nas pautas de discussão política. E para que a discussão do tema

seja subsidiada, necessita-se de desenvolvimentos de mais estudos, visto que a violência é um tema complexo.

Diante a operacionalização desta pesquisa foi evidenciadas algumas limitações para o estudo, como o fato de o Portal da Imprensa Nacional resgatar apenas documentos publicados após o ano de 2013, o que limitou a busca aos órgãos do Poder Executivo por este portal ao período de agosto de 2013 a agosto de 2021. Com essa limitação não foi resgatado documentos normativos que antecederam a PNSST, a exemplo da Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência⁽⁴²⁾. Outra limitação foi a inviabilidade de busca com a utilização dos Operadores Booleanos no Portal da Imprensa Nacional o que pode repercutir no volume de publicações resgatadas.

5.2.5 Referências

1. Hanson GC, Perrin NA, Moss H, Laharnar N, Glass N. Workplace violence against homecare workers and its relationship with workers health outcomes: a cross-sectional study. BMC Public Health [Internet]. 17 de dezembro de 2015;15(1):11. Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-014-1340-7>
2. Minayo MC de S. Violência e Saúde [Internet]. 20º ed. Rio de Janeiro; 2006. 132 p. Disponível em: <http://books.scielo.org>
3. Matos MC. A Violência e a Expressão da Violência: elementos para compreensão do fluxo entre o sentimento de ódio e sua exteriorização. Rev Sul-Americana Ciência Política. 2019;6:279–86.
4. ENGELS, Friedrich. Sobre o papel do trabalho na transformação do macaco em homem. 1876. Disponível em: http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/F_ANGELS.pdf.
5. Shafran-Tikva S, Zelker R, Stern Z, Chinitz D. Workplace violence in a tertiary care Israeli hospital - a systematic analysis of the types of violence, the perpetrators and hospital departments. Isr J Health Policy Res [Internet]. 23 de dezembro de 2017;6(1):43. Disponível em: <http://ijhpr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13584-017-0168-x>.
6. Pai DD, Sturbelle ICS, Santos C Dos, Tavares JP, Lautert L. Violência física e psicológica perpetrada no trabalho em saúde. Texto Context - Enferm [Internet]. 5 de março de 2018;27(1):1–10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000100312&lng=pt&tlng=pt.
7. Vieira B, Batista M. Sobre o que os deputados legislam? um estudo sobre a agenda política legislativa. Rev Eletrônica Ciência Política [Internet]. 13 de dezembro de 2018;9(2):29–43. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/politica/article/view/63718>.

8. Baptista PCP, Silva FJ, Junior J Luiz dos S, Felli VE. Violência no trabalho: guia de prevenção para os profissionais de Enfermagem [Internet]. São Paulo; 2017. 40 p. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2018/01/PDF-site-2.pdf>.
9. Cannavò M, La Torre F, Sestili C, La Torre G, Fioravanti M. Work Related Violence As A Predictor Of Stress And Correlated Disorders In Emergency Department Healthcare Professionals. Clin Ter [Internet]. 2019;170(2):e110–23. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30993307>.
10. Robazzi ML do CC, Terra F de S, Martins JT, Silva ALO, Piagge CSLD, Bittencourt GKGD, et al. Violência ocupacional antes e em tempos da pandemia da covid-19: ensaio teórico e reflexivo. Brazilian J Heal Rev [Internet]. 2020;3(6):19042–64. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/21872/17455>.
11. Sisawo EJ, Ouédraogo SYA, Huang S. Workplace violence against nurses in the Gambia: mixed methods design. BMC Health Serv Res [Internet]. 28 de dezembro de 2017;17(1):311. Disponível em: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2258-4>.
12. Forgione P. BMG Blogs. The BMG Opinion [online]. Londres, Reino Unido. New patterns of violence against healthcare in the covid-19 pandemic. [Internet]. 2020 May 15 [cited 2022 janeiro 02]. Disponível em: <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/05/15/new-patterns-of-violence-against-healthcare-in-the-covid-19-pandemic/>.
13. Bordignon M, Monteiro MI. Validade aparente de um questionário para avaliação da violência no trabalho. Acta Paul Enferm [Internet]. dezembro de 2015;28(6):601–8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000600601&lng=pt&tlng=pt.
14. Fleury, Sônia. Estado sem cidadãos ¾ Seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1994. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/jm5wd/pdf/fleury-9788575412428-07.pdf>.
15. Frey K. Políticas Públicas: Um Debate Conceitual e Reflexões Referentes à Prática da Análise de Políticas Públicas no Brasil. Planej e Políticas Públicas [Internet]. 2000;21:211–59. Disponível em: <http://www.en.ipea.gov.br/>.
16. Avritzer L. Sociedade civil, instituições participativas e representação. Dados - Rev Ciências Sociais, Rio Janeiro [Internet]. 2007;50(3):443–64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/dados/v50n3/01.pdf>.

17. Carlos E, Dowbor M, Albuquerque M do C. Efeitos de movimentos sociais no ciclo de políticas públicas. Cad CRH [Internet]. 1 de novembro de 2021;34:e021016. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/crh/article/view/33276>.
18. Capella ACN. Análise de políticas públicas: da técnica às ideias. Idéias Rev Inst Filos Ciênc Hum [Internet]. 21 de janeiro de 2016;6(2):13. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ideias/article/view/8649461>.
19. Torrens AC. Poder Legislativo e políticas públicas: uma abordagem preliminar. Rev Informação Legis [Internet]. 2013;50(197):189–204. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/496980>.
20. González Campo, Carlos Hernán; Gómez Cárdenas, Carlos Wladimir. El proceso de toma de decisiones en políticas públicas prospectiva. Revista de Trabajo Social e intervención social, núm. 12, 2007, pp. 75- 104. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5742/574261798004.pdf>.
21. Souza C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. Sociologias [Internet]. dezembro de 2006;(16):20–45. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222006000200003&lng=pt&tlng=pt.
22. Minayo MC de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Cien Saude Colet [Internet]. março de 2012;17(3):621–6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=pt&tlng=pt.
23. Kripka RML, Scheller M, Bonotto D de L. Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa. 4º Congr Ibero-Americano em Investig Qual e 6º Simpósio Int Educ e Comun [Internet]. 2015;2:243–7. Available at: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/252/248>.
24. Silva RS e, Araújo SMVG de. Ainda vale a pena legislar: a atuação dos agenda holders no Congresso brasileiro. Rev Sociol e Política [Internet]. dezembro de 2013;21(48):19–50. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782013000400002&lng=pt&tlng=pt.
25. Baptista TW de F. Análise da produção legislativa em saúde no Congresso Nacional brasileiro (1990-2006). Cad Saude Publica [Internet]. janeiro de 2010;26(1):97–109. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000100011&lng=pt&tlng=pt.
26. Bobbio, Norberto. O futuro da Democracia - uma defesa das regras do jogo. Trad. Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 6º ed. 1987. 168. Disponível em:

<http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/4615/material/BOBBIO%20-%20FUTURO%20DA%20DEMOCRACIA.pdf>.

27. Ricci P. O conteúdo da produção legislativa brasileira: leis nacionais ou políticas paroquiais? Dados [Internet]. 2003;46(4):699–734. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582003000400003&lng=pt&tlng=pt.

28. Pettres AA, Ros MA Da. A DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE e A PROMOÇÃO DA SAÚDE. Arq Catarinenses Med [Internet]. 2018;47(3):183–96. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/375>.

29. Terra LSV, Campos GW de S. Alienação do trabalho médico: tensões sobre o modelo biomédico e o gerencialismo na atenção primária. Trab Educ e Saúde [Internet]. 2019;17(2):1–19. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000200507&tlng=pt.

30. Esmeraldo GR de OV, Conde de Oliveira L, Esmeraldo Filho CE, Maia de Queiroz D. Tensão entre modelo biomédico e estratégia saúde da família: percepções dos trabalhadores de saúde. Rev APS [Internet]. 31 de julho de 2017;20(1):98–106. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15786>.

31. Vasconcellos LCF de, Aguiar L. Saúde do Trabalhador: necessidades desconsideradas pela gestão do Sistema Único de Saúde. Saúde em Debate [Internet]. abril de 2017;41(113):605–17. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000200605&lng=pt&tlng=pt.

32. Brasil. Portaria 1823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e trabalhadora. **Diário Oficial da república Federativa do Brasil**. Brasília. 23 de ago. 2012. Seção 1. P, 46-51.

33. Cruz AP de C, Ferla AA, Lemos FCS. Alguns aspectos da política nacional de saúde do trabalhador no brasil. Psicol Soc [Internet]. 7 de junho de 2018;30(0):1–9. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822018000100200&lng=pt&tlng=pt.

34. Pastana DR. Vigiar e banir: o declínio da disciplina panóptica na lógica punitiva contemporânea / Control and ban: the decline of panoptic discipline in contemporary punitive logic. Rev Direito e Práxis [Internet]. 8 de junho de 2016;7(14):110–32. Disponível em:

<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaceaju/article/view/18490>.

35. Nascimento ML do. Pelos caminhos da judicialização: lei, denúncia e proteção no contemporâneo. *Psicol em Estud* [Internet]. setembro de 2014;19(3):459–67. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000300011&lng=pt&nrm=iso&tlng=en.
36. Brasil. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Manual de Estruturas Organizacionais do Poder Executivo Federal /Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, Secretaria de Gestão. Brasília: MP, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/manual-de-estruturas-organizacionais-do-poder-executivo-federal/arquivos/manual-de-estruturas-organizacionais-do-poder-executivo-federal-2013-1a-edicao.pdf>.
37. Bordignon M, Monteiro MI. Violência no trabalho da Enfermagem: um olhar às consequências. *Rev Bras Enferm* [Internet]. outubro de 2016;69(5):996–9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500996&lng=pt&tlng=pt.
38. Ashton RA, Morris L, Smith I. A qualitative meta-synthesis of emergency department staff experiences of violence and aggression. *Int Emerg Nurs* [Internet]. 2018;39(November):13–9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2017.12.004>.
39. Claudius I, Desai S, Davis E, Henderson S. Case-controlled Analysis of Patient-based Risk Factors for Assault in the Healthcare Workplace. *West J Emerg Med* [Internet]. 18 de outubro de 2017;18(6):1153–8. Disponível em: <http://www.escholarship.org/uc/item/94h4t0th>.
40. Gillespie GL, Farra SL, Gates DM. A workplace violence educational program: A repeated measures study. *Nurse Educ Pract* [Internet]. setembro de 2014;14(5):468–72. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2014.04.003>.
41. Minayo MC de S, Souza ER de. Is it possible to prevent violence? Reflections in public health area. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 1999;4(1):7–23. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/csc/v4n1/7127.pdf%0Ahttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000100002&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.br/pdf/c.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 427-430, 2000.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esta dissertação foi possível identificar que a violência em seu contexto geral é percebida como algo inerente ao exercício do profissional de saúde, principalmente se nas unidades de emergência e enfermeiros. Também foi percebido que existe uma lacuna no processo de quantificação de episódios violentos causados por deficiência de notificação por parte dos profissionais de saúde vítimas de violência, e este fato somado a inexistência de um sistema de notificação que segregue a violência de forma a permitir a extração de dados de eventos violentos contra profissionais de saúde gera uma deficiência de informações a quantifique.

O estudo que buscou reunir e avaliar as características sobre a abordagem da violência contra profissionais de enfermagem na literatura científica mostrou que a violência pode tendenciar a uma tipificação a depender do perfil dos pacientes que são atendidos, a exemplo dos leitos de psiquiatria e pacientes que estão sob efeito de álcool e outras drogas. Países latino-americanos foram pouco representados na produção científica sobre a temática, o que pode apontar para um lapso na produção do conhecimento sobre violência contra profissionais de enfermagem nesses países, com isso se vê oportunidades de desenvolvimentos de pesquisas que contribuam para a saúde dos trabalhadores da saúde e forneça subsídios para discussões sobre o tema.

Já na perspectiva de criação políticas públicas, buscou-se entender a trajetória histórica das apresentações de propostas sobre o tema, quais são mais utilizadas por parlamentares e o motivo disso e diante a análise, a violência contra profissionais de saúde, no geral, não pareceu ser uma temática prioritária no campo da gestão de políticas públicas nos períodos avaliados visto que houve um número limitado de proposições, e das que foram protocoladas não foram encontrados instrumentos com tramitação finalizada e status aprovado, no período avaliado.

Porém, foram encontradas iniciativas, tímidas, que podem indicar que o poder executivo reconhece a temática da violência e está buscando o levantamento de ações bem sucedidas de enfrentamento. Pela análise do Ciclo de Políticas Públicas o tema “violência contra profissionais de saúde” apresenta, ainda, entraves no processo de formulação e apresentação da pauta, pois não temos um sistema de notificação sensível para diferenciar e quantificar este evento.

Assim, esta dissertação pode colaborar com a área da saúde coletiva ajudando a desvendar as características ligadas a ocorrência de violência contra profissionais de saúde no contexto do trabalho, com a compreensão deste evento se torna mais fácil a elaboração de estratégias efetivas de enfrentamento e alcançar um ambiente de trabalho

seguro aos profissionais. Os achados possibilitam a fundamentações de discussões sobre a temática em diversos espaços, estimulando pesquisadores a explorar esta linha de pesquisa no âmbito local e nacional, para que os atos violentos contra profissionais de saúde no trabalho sejam retratados e se configurem pautas políticas para os atores do governo.

7 REFERÊNCIAS

- ABATH, M. DE B. et al. Physical abuse of older people reported at the Institute of Forensic Medicine in Recife, Pernambuco, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 9, p. 1797–1806, set. 2010.
- ALMEIDA, N. R. DE; FILHO, J. G. B.; MARQUES, L. DE A. Análise da produção científica sobre a violência no trabalho em serviços hospitalares. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 15, n. 1, p. 101–112, 2017.
- ANGLAND, S.; DOWLING, M.; CASEY, D. Nurses' perceptions of the factors which cause violence and aggression in the emergency department: a qualitative study. **International emergency nursing**, v. 22, n. 3, p. 134–139, jul. 2014.
- ATAN Ü, et al. Violence experienced by nurses at six university hospitals in Turkey. **Psychiatr Ment Health Nurs**, v. 20, p. 882-889. <https://doi.org/10.1111/jpm.12027>.
- BAPTISTA, P. C. P. et al. **Violência no tabalho: guia de prevenção para os profissionais de Enfermagem**. São Paulo: [s.n.]. São Paulo: Coren-SP, 2017
- BAPTISTA, T. W. F. Análise da produção legislativa em saúde no Congresso Nacional brasileiro (1990-2006). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 1, p. 97–109, jan. 2010.
- BELLEN, H. VAN; TREVISAN, A. P. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção *. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 3, p. 529–550, 2008.
- BETANCOURT, J. A. Z. Elementos para la construcción del concepto de campo de la violencia. **Sociológica (México)**, v. 33, n. 93, p. 151–179, 2018.
- BOBBIO, N. O futuro da democracia: uma defesa das regras do jogo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986, p. 17-40.
- BORDIGNON, M.; MONTEIRO, M. I. Violência no trabalho da Enfermagem: um olhar às consequências. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 5, p. 996–999, out. 2016.
- BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, Seção 2. Art. 196, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 427-430, 2000.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Manual de Estruturas Organizacionais do Poder Executivo Federal /Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, Secretaria de Gestão. Brasília: MP, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e->

[manuais/manual-de-estruturas-organizacionais-do-poder-executivo-federal/arquivos/manual-de-estruturas-organizacionais-do-poder-executivo-federal-2013-1a-edicao.pdf](#).

BRASIL. Portaria 1823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e trabalhadora. **Diário Oficial da república Federativa do Brasil**. Brasília. 23 de ago. 2012. Seção 1. P, 46-51.

BUSNELLO, G. F. et al. Tipos de violência no trabalho da enfermagem na Estratégia Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 4, p. 1–11, 2021.

CAMPO, C. H. G.; CÁRDENAS, C. W. G. El proceso de toma de decisiones en políticas públicas. **Revista de Economía & Administración**, 2011.

CAMPOS, A. S. Violência e trabalho. In: MENDES, R. (Org.). Patologia do trabalho. Rio de Janeiro: Atheneu, p. 1641-1655. 2003.

CAPELLA, A. C. N. Análise de políticas públicas: da técnica às ideias. **Idéias. Rev. Inst. Filos. Ciênc. Hum**, v. 6, n. 2, p. 13, 21 jan. 2016.

CARLOS, E.; DOWBOR, M.; ALBUQUERQUE, M. DO C. Efeitos de movimentos sociais no ciclo de políticas públicas. **Caderno CRH**, v. 34, p. e021016, 1 nov. 2021.

CLAUDIUS, I. et al. Case-controlled Analysis of Patient-based Risk Factors for Assault in the Healthcare Workplace. **Western Journal of Emergency Medicine**, v. 18, n. 6, p. 1153–1158, 18 out. 2017.

DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos Quantitativos e Qualitativos: um Resgate Teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, v. 2, n. 4, p. 1–13, 2008.

ESMERALDO, G. R. DE O. V. et al. Tensão entre modelo biomédico e estratégia saúde da família: percepções dos trabalhadores de saúde. **Revista de APS**, v. 20, n. 1, p. 98–106, 31 jul. 2017.

FREY, K. Políticas Públicas: Um Debate Conceitual e Reflexões Referentes à Prática da Análise de Políticas Públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, v. 21, p. 211–259, 2000.

GATES, D. et al. Using Action Research to Plan a Violence Prevention Program for Emergency Departments. **Journal of Emergency Nursing**, v. 37, n. 1, p. 32–39, jan. 2011.

GILLESPIE, G. L.; FARRA, S. L.; GATES, D. M. A workplace violence educational program: A repeated measures study. **Nurse Education in Practice**, v. 14, n. 5, p. 468–472, set. 2014.

- GILLESPIE, G. L.; PAPA, A. M.; GÓMEZ, L. C. Workplace Aggression in Cuban Health Care Settings. **Journal of Transcultural Nursing**, v. 28, n. 6, p. 558–565, nov. 2017.
- GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas** [online]., v. 35, n. 3, pp. 20-29. 1995. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-75901995000300004>.
- GOHN, M. DA G. Theories on social participation: challenges to understanding social inequalities. **Caderno CRH**, v. 32, n. 85, p. 63–81, 2019.
- HANSON, G. C. et al. Workplace violence against homecare workers and its relationship with workers health outcomes: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 15, n. 1, p. 11, 17 dez. 2015.
- HONARVAR, B. et al. Violence against nurses: A neglected and health-threatening epidemic in the university affiliated public hospitals in Shiraz, Iran. **International Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 10, n. 3, p. 111–123, 2019.
- JIMÉNEZ, R. E. et al. Violence and burnout in health care emergency workers in Santiago, Chile: A survey-based cross-sectional study. **International Emergency Nursing**, v. 47, n. August, p. 100792, nov. 2019.
- KELLEY, E. C. Reducing violence in the emergency department: A rapid response team approach. **Journal of Emergency Nursing**, v. 40, n. 1, p. 60–64, jan. 2014.
- KELLOWAY, E.; BARLING, J.; HURRELL, J. **Handbook of Workplace Violence**. 2455 Teller Road, Thousand Oaks California 91320 United States: SAGE Publications, Inc., 2006.
- KRIPKA, R. M. L.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D. DE L. Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa. **4º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa e 6º Simpósio Internacional de Educação e Comunicação**, v. 2, p. 243–247, 2015.
- KRUG E. G et al., eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.
- LAVALLE, A. G. Cidadania, Igualdade e Diferença. *Lua Nova*, São Paulo, n 59, 2013.
- LAVALLE, A. G. Cidadania, igualdade e diferença. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n. 59, p. 75–93, 2003.
- MARX, K. **O Capital. Livro I**. São Paulo: Boitempo, 2013.
- MASCARENHAS, M. D. M. et al. Violência cometida por pessoa conhecida - Brasil, 2013. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 11, p. 3763–3771, 2017.

- MILANI, C. R. S. O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e europeias. *RAP-Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 551-579, maio/jun. 2008.
- MINAYO, G. C.; VASCONCELLOS, L. C. F.; MACHADO, J. M. H. A brief history of worker's health in Brazil's unified health system: Progress and challenges. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1963–1970, 2018.
- MINAYO, M. C. DE S. **Violência e Saúde**. 20. ed. Rio de Janeiro Editora FIOCRUZ, p.132, 2006.
- MINAYO, M. C. DE S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. suppl 1, p. S7–S18, 1994.
- MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621–626, mar. 2012.
- OIT, Diretrizes e marcos para enfrentar a violência no trabalho no setor saúde. Genebra, Suíça. 2002. Disponível em: <https://www.ilo.org>.
- OLIVEIRA, E. B. et al. Nursing work in hospital emergency units - psychosocial risks: a descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 12, n. 1, p. 73–88, 2013.
- OLIVEIRA, R. P. DE; NUNES, M. DE O. Violência relacionada ao trabalho: uma proposta conceitual Work-related violence: a conceptual proposal. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 4, p. 22–34, 2008.
- OLIVER, A.; LEVINE, R. Workplace Violence: A Survey of Nationally Registered Emergency Medical Services Professionals. **Epidemiology Research International**, v. 2015, p. 1–12, 2015.
- PALÁCIOS, M. Relatório preliminar de pesquisa, violência no trabalho no setor saúde - Rio de Janeiro – Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002. Disponível em: http://www.assediomoral.org/IMG/pdf/pesquisa_sobre_Violencia_no_trabalho_Universidade_Federal_RJ.pdf.
- PINTO, J. R. DE S.; GUIMARÃES, D. M.; BARROS, F. L. The crisis of representative democracy. **E-legis**, n. 19, p. 39–48, dez. 2016.
- RAY, M. M. The dark side of the job: violence in the emergency department. **Journal of emergency nursing**, v. 33, n. 3, p. 257–61, jun. 2007.
- RICCI, P. O conteúdo da produção legislativa brasileira: leis nacionais ou políticas paroquiais? **Dados-Revista de Ciências Sociais**, v. 46, n. 4, p. 699–734, 2003.

- RICCI, P. O conteúdo da produção legislativa brasileira: leis nacionais ou políticas paroquiais? Dados [online]. 2003, v. 46, n. 4 [Acessado 2 janeiro 2022], pp. 699-734. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0011-52582003000400003>>.
- ROBAZZI, M. L. C. C. et al. Violência ocupacional antes e em tempos da pandemia da covid-19: ensaio teórico e reflexivo. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 6, p. 19042–19064, 2020.
- ROMAN, A. R.; FRIEDLANDER, M. R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem**, v. 3, n. 2, p. 109–112, 1998.
- SANTOS, C. M. DA C.; PIMENTA, C. A. DE M.; NOBRE, M. R. C. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 508–511, jun. 2007.
- SCHERER, M. D. A. et al. Challenges for work in healthcare: Comparative study on university hospitals in Algeria, Brazil and France. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2265–2276, jul. 2018.
- SHAFRAN-TIKVA, S. et al. Workplace violence in a tertiary care Israeli hospital - a systematic analysis of the types of violence, the perpetrators and hospital departments. **Israel Journal of Health Policy Research**, v. 6, n. 1, p. 43, 23 dez. 2017.
- SHI, L. et al. A cross-sectional study on the prevalence and associated risk factors for workplace violence against Chinese nurses. **BMJ open**, v. 7, n. 6, p. e013105, 24 jun. 2017.
- SILVA, A. G. F. DA et al. A relação entre Estado e políticas públicas: uma análise teórica sobre o caso brasileiro. **Revista Debates**, v. 11, n. 1, p. 25–42, 2017.
- SILVA, I. V.; AQUINO, E. M. L.; PINTO, I. C. DE M. Violência no trabalho em saúde: a experiência de servidores estaduais da saúde no Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 10, p. 2112–2122, out. 2014.
- SISAWO, E. J.; OUÉDRAOGO, S. Y. Y. A.; HUANG, S. Workplace violence against nurses in the Gambia: mixed methods design. **BMC Health Services Research**, v. 17, n. 1, p. 311, 28 dez. 2017.
- SOUTO, R. M. C. V. et al. Perfil epidemiológico do atendimento por violência nos serviços públicos de urgência e emergência em capitais brasileiras, Viva 2014. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2811–2823, 2017.
- SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, n. 16, p. 20–45, dez. 2006.

- SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias** [online], n. 16, pp. 20-45, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1517-45222006000200003>.
- TEIXEIRA, E. C. O Papel das Políticas Públicas no Desenvolvimento Local e na Transformação da Realidade. **Aatr-Ba**, p. 1–11, 2002.
- TORRENS, A. C. Poder Legislativo e políticas públicas: uma abordagem preliminar. **Revista de Informação Legislativa**, v. 50, n. 197, p. 189–204, 2013.
- VIEIRA, B.; BATISTA, M. Sobre o que os deputados legislam? Um estudo sobre a agenda política legislativa. **Revista Eletrônica de Ciência Política**, v. 9, n. 2, p. 29–43, 13 dez. 2018.
- WEBER, M. Sociologia da dominação. In _____ **Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva**. Brasília. Ed. Universidade de Brasília v. 2, p. 187-233. 1999.
- WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Methodological issues in nursing research**. v. 52. n. 5. p. 546-553. 2005.
- WHO. Organização Mundial da Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: 10. revisão (CID10)**. São Paulo: Edusp, 2000.