

RESSALVA

Atendendo solicitação do(a) autor(a), o texto completo desta dissertação será disponibilizado somente a partir de 20/09/2025.



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Nataly Gardona

**Acidentes do trabalho envolvendo agressões a
profissionais em serviço de saúde mental**

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual
Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”, Campus Botucatu,
para obtenção do título de
Mestra em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof.º Drº Ildeberto Muniz de Almeida.
Coorientador: Prof.º Drº Marco Antônio Pereira Querol.

**Botucatu
2021**

Nataly Gardona

Acidentes do trabalho envolvendo agressões a
profissionais em serviço de saúde mental

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual
Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”, Campus Botucatu,
para obtenção do título de
Mestra em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof.º Drº Ildeberto Muniz de Almeida.
Coorientador: Prof.º Drº Marco Antônio Pereira Querol.

Botucatu
2021

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Gardona, Nataly.

Acidentes do trabalho envolvendo agressões a profissionais em
serviço de saúde mental / Nataly Gardona. - Botucatu, 2021

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio
de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Ildeberto Muniz de Almeida

Coorientador: Marco Antônio Pereira Querol

Capes: 40600009

1. Acidente de trabalho. 2. Violência no trabalho. 3. Saúde do
trabalhador. 4. Serviços de saúde mental. 5. Uso de álcool. 6. Uso
de drogas.

Palavras-chave: Acidente de trabalho; Profissional de saúde mental;
Saúde do trabalhador; Uso de álcool e drogas; Violência ocupacional.

Agradecimentos

À força criadora, que se manifesta em mim e em tudo o que é! Pela benção da vida e da possibilidade de materialização das ideias, como a realização desta dissertação: Deus, obrigada!

Aos meus amados pais, os meus portais de chegada no plano material, obrigada pela vida, por me mostrarem os caminhos que já conhecem e, principalmente, pelo amor livre e incondicional, ao me encorajarem a descobrir os novos.

À minha família, de sangue e de alma, aos queridos amigos e amigas que me acolhem, ensinam, cooperam, direta ou indiretamente. Pela companhia na vida, obrigada! Eu sou, porque nós somos!

Ao Jonathan, por escolher andar ao meu lado, por ser o meu par, por acreditar e por sempre me motivar a enxergar o potencial daquilo que eu iria me tornar durante este processo. Pela construção da nossa história, que passa pela UNESP Botucatu, sou infinitamente grata!

Ao meu orientador, professor Ildeberto Muniz de Almeida (Pará), pela genialidade, generosidade, humildade e, especialmente, pela grandeza do seu amor colocado em cada orientação, e-mail ou áudio de WhatsApp, em cada pergunta respondida com outra pergunta, provocação, conselho, cuidado... a minha enorme gratidão! Não existia a menor possibilidade de ser orientada por outra pessoa! Meu profundo agradecimento.

Ao meu coorientador Marco Querol, por sua generosidade, disponibilidade, paciência e por apostar na minha capacidade de realização!

Aos meus mestres e amigos do grupo PesquisAT, por me ensinarem tanto, principalmente, sobre coletividade, sobre igualdade, sobre ter fé na utopia, em especial, ao professor Rodolfo Vilela, por me apresentar a Ergonomia da Atividade e o Laboratório de Mudança (o início de tudo).

Ao grupo de orientandos do PB, Thais, Rodrigo, Fernanda, Letícia, Ecléa e Mara, obrigada por tornarem o percurso da pós graduação mais divertido e leve. A parceria no trabalho e o carinho de vocês foi o respiro na hora certa.

Às minhas amigas pesquisadoras, Karissa, Amanda, Thais, Fernanda, Bianca, Daniele, Letícia, Claudia, Leandra e tantas outras mulheres que me inspiram e sustentam a força da energia feminina. Pela certeza da nossa potência e de que juntas somos maiores e mais fortes, muito obrigada. Contem comigo sempre!

Às pessoas do Departamento de Saúde Pública da FMB UNESP e do Programa de pós graduação em Saúde Coletiva, que me receberam, me acolheram, me ensinaram e colaboraram direta ou indiretamente na concretização da minha formação como Mestra em Saúde Coletiva, muito obrigada!

Aos trabalhadores dos setores: administração, direção, biblioteca, laboratórios, cafeterias, departamentos da FMB e IBB da UNESP Campus Botucatu, obrigada por contribuir e tornar real a formação de tantas pessoas por meio do desenvolvimento de suas atividades de trabalho.

À Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” por me proporcionar o conhecimento e a expansão da consciência por meio da minha experiência neste programa de mestrado.

Ao Hospital das Clínicas e a todos os serviços ligados a ele, pela oportunidade de desenvolver a pesquisa neste ambiente, pelo transporte até os setores afastados e por todos os trabalhadores que me receberam com gentileza e disponibilidade, meu mais profundo agradecimento!

Ao Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) do HC, em especial ao Engenheiro Fábio e ao técnico de segurança Giuliano, pela amizade construída durante esse período, pela atenção e por tanta disposição e colaboração para a realização desta pesquisa, muito obrigada!

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – código de financiamento 001.

RESUMO

A violência é definida pela OMS como o uso intencional da força física ou do poder, assim como a ameaça, contra si próprio, um indivíduo ou um grupo. Os profissionais de saúde mental são os que mais sofrem com riscos ocupacionais relacionados à agressão física e psicossociais. Preocupações referentes a ocorrência de acidente de trabalho envolvendo agressão aos profissionais de saúde mental de Hospital Universitário do interior do Estado de São Paulo, vindas da gestão, motivaram o estudo que busca compreender o evento por meio de levantamento de hipóteses de Sistemas de Atividade e suas contradições, além de análise de acidentes de trabalhos ocorridos. A coleta e análise de dados foram realizadas por método qualitativo, baseados nas teorias que fundamentam o Laboratório de Mudança e o Modelo de Análise e Prevenção de Acidente de Trabalho. A hipótese é de que haja dois Sistemas de Atividade coexistindo no serviço, uma voltada ao cuidado com o paciente e outra voltada a disciplinarização do indivíduo. A principal contradição encontrada refere-se a mudança no objeto do SA antes de sua inauguração, ou seja, o projeto foi elaborado para atender um perfil de paciente, porém passou a receber outro. As principais consequências dizem respeito aos riscos psicossociais e são considerados de causalidade circular, evidenciados pela ocorrência de frequentes reinternações de pacientes no serviço, gerando exigências emocionais, frustração, estresse nos profissionais, o que pode ocasionar em falta de iniciativa em se aprimorar no desenvolvimento e aperfeiçoamento do seu trabalho, uma vez que não há motivação para solucionar os problemas existentes.

Palavras chave: Acidente de trabalho; Profissional de saúde mental; Violência ocupacional, Uso de álcool e drogas, Saúde do trabalhador.

ABSTRACT

Violence is defined by WHO as the intentional use of physical force or power, as well as the threat, against oneself, an individual or a group. Mental health professionals are the ones who suffer most from occupational risks related to physical and psychosocial aggression. Concerns regarding the occurrence of workers' accident involving aggression to mental health professionals at a University Hospital in the countryside of the São Paulo State, coming from the management, motivated the study that seeks to understand the event through a survey of Activity Systems hypotheses and their contradictions, in addition to the analysis of work accidents that have occurred. Data collection and analysis were performed using a qualitative method, based on theories that underlie the Change Laboratory and the Work Accident Analysis and Prevention Model. The hypothesis is that there are two Activity Systems coexisting in the service, one targeted at patient care and the other aimed at disciplining the individual. The main contradiction found refers to the change in the object of the AS before its inauguration, that is, the project was designed to take care na specific patient's profile, but started to receive another one. The main consequences concern psychosocial risks and are considered to have circular causality, evidenced by the occurrence of frequent readmissions of patients to the service, generating emotional demands, frustration, and stress on professionals, which can lead to a lack of initiative to improve development and improvement of their work, since there is no motivation to solve the existing problems.

Keywords: Work Accident; Mental Health Professional; Workplace Violence, Alcohol and drug use, Worker's health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Visitas e contatos realizados entre 2018 e 2020.	33
Quadro 2 Etapas de análise de dados.....	35
Quadro 3 Questões de Pesquisa.....	39
Quadro 4 Eventos de mudanças que podem ter modificado os elementos do Sistema de Atividade e seus possíveis desdobramentos.	48
Quadro 5 Trechos de relatórios de análise de AT registrados pelo SESMT e pontos a serem explorados.....	56
Quadro 6 Categorias da entrevista coletiva em maio de 2019.	61
Quadro 7 Características dos profissionais entrevistados.	65
Quadro 8 MAPA expandido aplicado ao serviço.	83

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 O modelo básico de mediação proposto por Vygotsky.....	25
Figura 2 O modelo do Sistema de Atividade.....	26
Figura 3 Passos metodológicos.	31
Figura 4 Linha do Tempo.	47
Figura 5 Hipótese SA antes de inauguração: <i>Cuidado do paciente</i>	50
Figura 6 Hipótese SA com ajustes: <i>Disciplinar o paciente</i>	52
Figura 7 Hipótese de causalidade circular do AT envolvendo agressão no serviço.....	80
Figura 8 Modelo multiníveis aplicado ao serviço.	82

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Caracterização dos AT envolvendo agressão entre 2015 e 2018	55
--	----

Sumário

APRESENTAÇÃO	13
1. INTRODUÇÃO	15
1.1. MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL NO BRASIL	15
1.2. VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL.....	18
2. O ACIDENTE DE TRABALHO ENVOLVENDO AGRESSÃO EM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL	22
2.1. TEORIAS DA ATIVIDADE HISTÓRICO-CULTURAL E DA APRENDIZAGEM EXPANSIVA	25
3. OBJETIVOS	30
3.1. GERAL	30
3.2. ESPECÍFICOS	30
3.3. PERGUNTAS DE PESQUISA	30
4. MÉTODOS	31
4.1. TIPO DE PESQUISA	31
4.2. LOCAL E PARTICIPANTES	32
4.3. COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	32
4.3.1. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO E TÉCNICAS UTILIZADAS ..	32
4.4. QUESTÕES DE PESQUISA	39
4.5. ASPÉCTOS ÉTICOS	40
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
5.1. HIPÓTESES DE SISTEMAS DE ATIVIDADE E SUAS CONTRADIÇÕES	42
5.2. ACIDENTES DE TRABALHO ENVOLVENDO AGRESSÃO	55
5.2.1. Documentos e caracterização do AT	55
5.2.2. Exploração de causas a partir dos relatórios de análise de acidentes de trabalho ...	56
5.2.3. Análise de conteúdo com categorias de riscos psicossociais.....	61
5.2.4. Estratégias de prevenção e possíveis disparadores de acidentes de trabalho envolvendo agressão.....	66
5.2.5. Análise multiníveis e ciclo de recorrência dos acidentes de trabalho	79
5.3. RELAÇÃO ENTRE CONTRADIÇÕES DO SISTEMA DE ATIVIDADE E ACIDENTE DE TRABALHO	86
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICES	96

APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	97
ANEXOS	100
ANEXO 1 – Termo de Ciência e Anuência	101
ANEXO 2 – Termo de Ciência e Anuência	102
ANEXO 3 – Parecer Consubstanciado do CEP	103

APRESENTAÇÃO

Meu nome de batismo é Nataly Gardona, sou mulher, branca, tenho 35 anos, solteira, sem filhos. Sou filha de Rui e Carlislene, ele, técnico químico metalúrgico mineiro de Cambuquira, hoje, aposentado anistiado político. Ela, enfermeira paulista de Santos, hoje, aposentada, atuante no SUS e acupunturista. Nasci em Santos, no litoral de São Paulo e sou caçara com orgulho. Minha formação escolar aconteceu em escola particular no Guarujá e o início da minha formação profissional ocorreu em Santos, com a Fonoaudiologia. Tomar a decisão de me formar na área da saúde foi intuitivo. Ser filha de enfermeira, crescer calculando plantões 12/36 e acompanhar minha mãe em suas aulas de pós graduação em Saúde Coletiva, definitivamente, teve seu papel na minha formação. Escolhi a área que estuda os processos e distúrbios da comunicação. Tive contato com pacientes de 0 a 100 anos e considero uma benção ter aprendido, na prática, sobre fases da vida e sobre pessoas. Hoje, eu sei que a Fonoaudiologia além da formação profissional, colaborou para a minha visão de ser humano atento à natureza de sermos diferentes e ao mesmo tempo iguais. Obrigada Deus! Saí da faculdade direto para São Paulo, para me especializar em Audiologia Clínica, na Irmandade Santa Casa de Misericórdia, que me proporcionou a confirmação da minha paixão pela Saúde Coletiva. Após três anos trabalhando como fonoaudióloga, voltei para a sala de aula, e passei a conciliar o trabalho com a faculdade de Engenharia Ambiental. A minha nova escolha de formação teve o objetivo de descobrir como desenvolver ações voltadas à minha maior certeza: nossa natureza coletiva. Para minha surpresa, a Engenharia Ambiental ampliou minhas possibilidades infinitamente. A graduação sanduíche não era parte do meu plano e transformou o meu olhar sobre o mundo. Graças a Deus! Não sei exatamente o que me levou para a área de Engenharia de Segurança do Trabalho, mas quando fui apresentada à Ergonomia da Atividade e ao Laboratório de Mudança tudo fez sentido! Lembro exatamente do dia, do processo e das pessoas que viram meus olhos brilharem no período em que fui aluna especial na Faculdade de Saúde Pública da USP. A minha trajetória profissional está diretamente ligada à minha trajetória pessoal e eu não sei se acontece assim com todo mundo, mas espero que sim, pois é algo precioso. Meu desejo é que todos possam fazer escolhas profissionais compatíveis aos seus valores, que acreditem em uma força que vai muito além da sensação de suprir necessidades básicas de sobrevivência, algo que promova a verdadeira liberdade e sentido de pertencimento nesse mundo. Aprendi que, de fato, o caminho se faz ao caminhar, por isso desejo que todos tenham fé no processo. Neste momento, é de se imaginar que me tornar Mestre em Saúde Coletiva não é diferente. O desenvolvimento desta pesquisa,

na relação com as histórias e experiências dos trabalhadores, na construção do conhecimento, por meio das reflexões apoiadas nas teorias propostas, me transformou, pois me proporcionou ainda mais fé e ferramentas para materializar a transformação coletiva que tanto ansiamos profundamente, capaz de realizar o verdadeiro desenvolvimento sustentável com equilíbrio econômico, social e ambiental. O processo foi vivido com altos e baixos, com esperanças e frustrações, mas ao final, o que ficou foi a certeza de que somos capazes de modificar a nossa realidade, pois, como aprendi lendo Paulo Freire, ela pode até nos condicionar, porém, não nos determina. As mudanças são parte da nossa natureza e nos levam para lugares maiores e melhores. Sou grata por ter encontrado, nesta formação, a ajuda para expandir em consciência e em ação no (e com) o mundo. E por fim, desejo que, por meio deste texto, eu possa transmitir, além de informações processadas, a sutileza da nova consciência despertada em mim. Gratidão SEMPRE!

1. INTRODUÇÃO

1.1. MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL NO BRASIL

As primeiras instituições psiquiátricas do Brasil surgiram a partir do fim do século XIX. Foi neste período que a doença mental passou a ser considerada objeto de estudo. O objetivo das instituições era o de cuidar e/ou isolar o indivíduo com algum transtorno mental e havia forte discurso sobre a necessidade de manter os pacientes em afastamento social para a realização de tratamento adequado, além da ideia de proteger a população de possíveis ações consideradas “peculiares” advindas dos pacientes. No Brasil e em países europeus, mesmo sob críticas desde o início, essas instituições eram vistas como solução para a loucura (ALMEIDA FILHO et al., 2015).

Antes do surgimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil surgem dois movimentos conhecidos como, movimento da psiquiatria preventiva e comunitária e o movimento das comunidades terapêuticas. O primeiro tem como referência o psiquiatra norte-americano Gerald Caplan. Para Caplan seria possível identificar as causas das doenças de alguns e as de saúde de outros, ou seja, controlar as circunstâncias e reduzir o aparecimento de casos de doença mental. Como alternativa ao modelo asilar, o movimento da psiquiatria preventiva e comunitária organizava-se de forma ampla, com foco na prevenção do adoecimento mental. Não apenas em detectar precocemente, mas de tratá-la sem a necessidade de internação. Esse movimento apresentou características voltadas para a normalização, a padronização e o termo psiquiatrização do social ficou conhecido pela característica em se normatizar um padrão estabelecido como “correto” aos comportamentos dos indivíduos em sociedade (TENÓRIO, 2002).

O segundo, o movimento das comunidades terapêuticas, utilizou a psicanálise como forma de explicar o inconsciente e interpretar os limites entre saúde e enfermidade mental. No entanto, os manicômios privados usaram o termo como marketing e mantiveram o conservadorismo. Um dos principais objetivos das comunidades terapêuticas era o olhar para a relação com o paciente e não a instituição, o que de alguma forma foi alcançado, pois existiu de fato a aproximação com os pacientes e a possibilidade de reflexões quanto às percepções de que cada indivíduo possui vontades e singularidades, como por exemplo o fato de que nem todos os pacientes querem realizar as atividades ao mesmo tempo (TENÓRIO, 2002).

O ponto que marca o início da Reforma Psiquiátrica brasileira está situado na metade da década de 70, com a luta pela cidadania, ou seja, pelos direitos do indivíduo com transtorno mental. Reivindicar por cidadania significa lutar por campo diversificado, composto por áreas

da medicina clínica, política, social, cultural, jurídica e por relações entre diferentes atores dos diversos campos citados (ALMEIDA FILHO et al., 2015).

Existem duas vertentes da reforma psiquiátrica, uma com origem nos questionamentos da clínica, em que a reforma psiquiátrica não pôde enfrentar problemas das práticas de cuidado e outra visando a superação do paradigma da clínica, que procura superar a ideia de doença mental como algo negativo. Apesar da polaridade que existiu, as duas vertentes operam de forma conjunta e solidária (TENÓRIO, 2002; ZGIET, J. 2013).

O Movimento pela Reforma Psiquiátrica surge com a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o posterior II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, ambos em 1987 e é marcado pela presença de atores sociais envolvidos no processo, além da iniciativa de reformulação legislativa e exemplos de experiências bem-sucedidas em um novo tipo de cuidado. A reformulação do cuidado em saúde mental, deixa de focar na doença mental e passa a considerar a pessoa doente, incluindo todos os seus aspectos, como questões objetivas ligadas ao trabalho, moradia, formas de sustentar-se, e dimensões subjetivas, manifestadas nas relações interpessoais, vivências, experiências, etc (TENÓRIO, 2002).

Os saberes tradicionais da clínica psiquiátrica não foram dispensados, porém foram renovados e esse processo recebeu o nome de “clínica ampliada”.

Na I Conferência Nacional de Saúde Mental surge a chamada proposta de desinstitucionalização, caracterizada pelo início da trajetória de desconstruir nas instituições o modelo de lidar com a loucura, não apenas as grandes reformas, mas também a cultura, o cotidiano, as formas de pensar, se aliando aos usuários e seus familiares.

O processo do Movimento da Luta Antimanicomial é marcado pelo convite aos usuários do serviço de saúde mental e de seus familiares nas discussões, encontros e conferências. A ampliação do movimento inclui a inovação de dispositivos e tecnologias de cuidado, exigindo discussão de bases da clínica psiquiátrica (TENÓRIO, 2002).

Na década de 1980 surgem dois serviços que foram considerados inovadores, sugerindo novas formas de cuidar: Centro de Atenção Psicossocial (CAPs) Professor Luiz da Rocha Cerqueira em São Paulo e Casa de Saúde Anchieta em Santos.

A Casa de Saúde Anchieta, antes era conhecida como uma clínica privada de internação asilar, que funcionava na região há quarenta anos. Após denúncias comprovadas e desapropriação, o manicômio foi extinto e o Programa de Saúde Mental implementado, organizado pelos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPs) (TENÓRIO, 2002; ZGIET, J. 2013).

O CAPs é um local de atendimento realizado durante o dia, em que o paciente passa o dia e a noite volta para a sua casa, o serviço não ignora a tradição de saberes e ferramentas da psiquiatria, porém, coloca-os a favor de uma nova concepção do que seja a doença mental e a forma de tratá-la.

O CAPs Luiz Cerqueira e os que foram inspirados nele são preocupados com as especificidades dos pacientes alvos, ou seja, suas dificuldades relacionadas a respeito de gerenciar suas vidas e às possibilidades de expressão subjetiva, que requerem muito mais do que uma consulta mensal ou semanal (TENÓRIO, 2002).

Em 1989, após revisão legislativa, o Deputado Paulo Delgado (PT-MG) propõe a Lei da Reforma Psiquiátrica sob o projeto de lei nº 3.657/89 que impedia a construção de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público, direcionamento de recursos públicos para a criação de “recursos não-manicomiais de atendimento” e obrigatoriedade na comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária que deveria emitir parecer sobre a legalidade da internação.

Após cinco anos de incentivo às novas políticas de saúde mental no Brasil, 57 hospitais psiquiátricos foram fechados no país, com diminuição do número de 313 para 256 no número total de hospitais psiquiátricos. Os números de leitos foram reduzidos de 85 mil para 62 mil, sendo 20% públicos e 80% contratados (TENÓRIO, 2002).

A redução do número de hospitais e leitos é vista como positiva, uma vez que os serviços foram substituídos por alternativas não hospitalares. Na década de 90 foram criados aproximadamente cem serviços de atenção diária. Em 2001, durante a Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro foi divulgado o número de 275 serviços desse tipo no país (TENÓRIO, 2002).

O surgimento dos CAPs, NAPs e das políticas de reforma psiquiátrica fez com que novas oportunidades fossem criadas e projetos implementados, visando a reinserção social do paciente, por meio de tratamento humanizado.

As formas de manifestação da doença mental implicam na dificuldade de expressão subjetiva, pouco ou nada contemplada pelas clínicas e instituições antigas tradicionais, incapazes de compreender e acessar a singularidade de cada paciente. Da mesma forma, as dificuldades ligadas à vida concreta, à vida na prática, de cada um desses pacientes devem ser incorporadas aos cuidados que antes era considerados externos (TENÓRIO, 2002).

As relações sociais, a forma como o paciente sustenta e lida com a sua rotina diária passam a ser parte do cuidado em saúde mental.

Adicionalmente, os pacientes dependentes químicos usam substâncias que afetam diretamente sua vida social, podendo gerar defasagem de proteínas do sistema dopaminérgico, resultando em transtornos do humor e psicopatológicos. Desta forma, a ocorrência de transtornos mentais em pacientes que utilizam substâncias psicoativas é amplamente conhecida na clínica psiquiátrica (SCHEFFER, 2010).

O paciente dependente químico pode fazer uso de qualquer substância psicoativa, ou seja, que altere os comportamentos, podendo se referir a álcool, cocaína, crack, maconha e até medicamentos como calmantes. A dependência química é considerada como um transtorno mental resultante da necessidade constante e uso abusivo de drogas.

Diversas pesquisas coincidem na afirmação da associação entre transtornos do uso de substâncias psicoativas e criminalidade (CHALUB e TELLES, 2006). Uma das principais características do serviço é lidar com a agressividade decorrente dos sintomas dos pacientes atendidos.

1.2. VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL

Estudos sobre violência em ambiente de trabalho têm o objetivo de descrever a natureza das agressões, identificar características dos agressores, citar formas de gerenciamento de risco e por vezes, sugerir estratégias de intervenção, no entanto, pouco se estuda sobre questões subjetivas, como por exemplo, as percepções dos profissionais agredidos.

A “Global Approach to Violence towards Emergency Nurses (GAVEN)”¹ divide causas de violência em quatro domínios: internas (características da equipe de enfermagem), externas (características dos pacientes, familiares e/ou visitantes), ambientais (estrutura ambiental adequadas) e organizacionais (turnos de trabalho, presença ou ausência de serviço de segurança, procedimentos de violência contra o local de trabalho etc.). A violência no ambiente de trabalho é apresentada como multifatorial complexa e, por esta razão, as intervenções de combate são necessárias em todos os lados (RAMACCIATI et al, 2017).

Definir violência de forma fixa e simplificada é correr o risco de reduzir seus aspectos. Nessa tentativa podemos acabar por mal compreendê-la. Os desafios sobre a conceitualização da violência se referem ao fato de ser um fenômeno empírico, que provoca carga emocional para quem comete, quem sofre e quem presencia (MINAYO, 2005).

¹ “Abordagem Global da Violência para Enfermeiros de Emergência” tradução livre

Segundo Minayo (2005), do ponto de vista social, violência refere-se ao crime, ao pecado e a corrupção, neste sentido, está relacionada à ordem criminal e delinquencial, ou seja, o que nunca teve tolerância na sociedade, pois se refere à moral da maioria das culturas.

Outra visão, se refere à visão erudita que é interiorizada na consciência, como por exemplo, a negação de direitos e/ou como instrumento de poder. De acordo com filósofos e cientistas, a violência está presente nas relações sociais, sendo construída no interior da consciência e das subjetividades, ou seja, ela não pode ser dissociada da condição humana (MINAYO, 2005).

Já no setor saúde, a violência possui uma vertente explicativa e outra operacional. Explicativa, partindo de reflexões teóricas, e operacional, em relação à constatação de transtornos biológicos, emocionais e físicos (MINAYO, 2005).

Existe consenso nacional e internacional no que se refere ao risco para a vida, sendo assim, o setor saúde considera a violência como negativa para a sociedade e para os indivíduos (MINAYO, 2005).

Profissionais de saúde lidam constantemente com o risco de sofrer agressões por parte de usuários do serviço, sejam públicos ou privados, pois em ambientes hospitalares, clínicas e demais locais do setor saúde, existe elevado número de pessoas em busca de prevenção, tratamento de doenças e/ou portando algum tipo de necessidade especial com alto nível de estresse, ansiedade e variações de humor, o que pode favorecer o surgimento de episódios de violência, decorrentes de desequilíbrios emocionais (MARTINO, HOEL e COOPER, 2003; GUYOT, 2015).

Na área de saúde mental, esse cenário torna-se mais factível, devido às características apresentadas por pacientes psiquiátricos. Dos profissionais que trabalham nos serviços de saúde, os que exercem atividades na área de saúde mental denotam de singularidades em suas assistências e devem receber atenção referente aos riscos relacionados a possíveis acidentes de trabalho envolvendo agressões. Estudos empíricos e teóricos sobre agressões em contexto psiquiátrico mostram que a ocorrência de incidentes está relacionada à combinação de fatores, como, tipo de patologia, histórico de violência anterior, uso de substâncias tóxicas, não aderência ao tratamento, faixa etária, gênero, rebaixamento cognitivo, impulsividade, habilidade em manipular armas, diagnósticos passados de transtornos mentais e impulsividade (ANDERSON e WEST, 2011).

No Brasil, estudo envolvendo pacientes de Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) aponta mudança no perfil dos usuários do serviço, o que também é relatado por trabalhadores de hospital psiquiátrico, caracterizada pelo aumento de clientes envolvidos em posse, uso e

comercialização de drogas e de usuários judicializados, ou internados por determinação judicial com histórico de envolvimento em atividades criminosas. Isso enseja mudanças significativas no cotidiano de trabalho, impondo a necessidade de gerenciar possíveis riscos de violência física e psíquica (ALMEIDA, 2012).

Estudo realizado na região sul do Brasil mostrou que a violência psicológica prevaleceu na maioria dos casos de agressão aos profissionais da saúde. A violência física atingiu 15,2% e a psicológica, 48,7% dos trabalhadores de saúde. Em amostra aleatória de 269 profissionais de saúde em hospital público, 24,9% sofreram assédio moral, 8,7% discriminação racial e 2,5% assédio sexual, sendo o paciente o principal agressor à equipe de saúde (35,4%). Aspectos da organização do trabalho no hospital público foram apontados como causas para conflitos que repercutem em violência (DAL PAI et al, 2018).

Em Minas Gerais, estudo realizado em dois hospitais psiquiátricos da rede pública mostra que os técnicos de enfermagem são os profissionais mais expostos aos riscos de agressão física por serem os que estão em contato direto com os pacientes. Gênero masculino e maior tempo de experiência profissional são apontados como fatores que reduzem chances da experiência de agressão (VIEIRA, 2017).

Há escassez de estudos sobre agressões em hospitais psiquiátricos no Brasil que, por sua vez, pode estar relacionada à ocorrência de subnotificações desses acidentes de trabalho. Outro fator apontado como contributivo para a subnotificação desses casos é a crença dos trabalhadores de que as agressões sejam inerentes ao serviço que desenvolvem (VIEIRA, 2017). Sabe-se que a violência sofrida por profissionais da saúde gera consequências importantes à nível individual, institucional e social (MARTINO, HOEL e COOPER, 2003).

A elaboração do projeto para a construção do serviço que é objeto deste estudo, foi realizada em contexto compatível com a visão humanizada das propostas pela luta antimanicomial apresentada. Trata-se de serviço exclusivo de atenção e referência ao uso de álcool e drogas, recebe pacientes de diversas regiões do estado de São Paulo e foi proposto em parceria com o Governo do Estado de São Paulo.

O serviço está localizado em cidade do interior do estado de São Paulo e faz parte de Hospital de Clínicas universitário. A ocorrência de acidente de trabalho envolvendo agressão a funcionários por parte de pacientes internados no serviço surgiu como demanda de estudo trazida pelo Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) e pela gestão do serviço. São acidentes que envolvem particularidades como a intencionalidade do ataque em situações em que não é possível criar barreiras físicas que protejam os trabalhadores.

Historicamente a violência é estudada enquanto fenômeno quantitativo e qualitativo. Em todas as suas manifestações a violência possui caráter revelador de estruturas de dominações e surge como expressão de contradições entre opressores e oprimidos. Segundo Minayo e Souza (1999), a violência pode ser desconstruída, pois trata-se de fenômeno histórico-social, construído em sociedade. Desta forma, devido a sua complexidade, os processos de intervenção devem preocupar-se em abranger questões estruturais amplas, conjunturais, culturais, relacionais e subjetivas, assim como, e concomitantemente, observar a especificidade de problemas, de fatores de risco e de possibilidades de mudança.

Como brevemente apresentado, os estudos epidemiológicos ajudam a reconhecer a importância e a gravidade de agressões em serviços de saúde mental, mas pouco informam sobre as dinâmicas de origens desses eventos. Colocando seu foco em aspectos da descrição de características de pessoa, tempo e lugar dos envolvidos, deixam abertas lacunas no conhecimento relativo às múltiplas interações de componentes e do ambiente físico e social que levam a esses acidentes.

A exemplos de situações anteriores, o Departamento de Saúde Pública da universidade onde está inserido o serviço de saúde mental ofereceu ajuda, propondo resposta que associasse contribuições de duas ferramentas. Uma já utilizada, o Modelo de Análise e Prevenção de Acidentes (MAPA), e outra de construção de intervenções participativas e estimuladoras de aprendizagem, o Laboratório de Mudança (ENGSTRÖM et al, 1987; VIRKKUNEN e NEWNHAM, 2015).

Esse estudo pretende checar até que ponto investigações em profundidade ajudam a conhecer aspectos de eventos não apreendidos pelas abordagens tradicionais nem pelo uso exclusivo do MAPA, em sua versão original. As análises propostas são apoiadas em compreensão de acidentes como eventos sócio técnicos complexos com história, em técnicas guiadas por conceitos já usados em estudos de acidentes, como o MAPA e em práticas coletivas participativas, de construção social e de estímulo à aprendizagem, como o LM.

Este estudo permite o levantamento de hipóteses referentes às possíveis transformações do serviço, preconizando Zona de Desenvolvimento Proximal Coletiva que parta de concepção de tratamento disciplinador a preventivo e terapêutico, de concepção de atividade individual à coletiva, promovendo possibilidade de intervenção futura, se assim os participantes aceitarem. Os resultados desta pesquisa poderão servir como dados para o planejamento de futuras sessões de LM.

Os achados obtidos são discutidos em consonância com modelos de prevenção e ou compreensão da violência em lugares de trabalho (FAVARO, 2014; 2018).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As contribuições teórica e metodológica deste estudo são, em primeiro lugar, o uso de teorias que propõem análises históricas do serviço, combinadas à teoria de análise de acidentes do trabalho com visão sistêmica, que junto ao modelo multiníveis de Favaro, auxiliam na compreensão da complexa manifestação de violência do serviço.

Os achados obtidos mostram que os acidentes de trabalho envolvendo agressões de servidores em atenção à população mista - masculina e feminina, crianças, adolescentes e adultos - com antecedentes de envolvimento com álcool e drogas, em parte também com a criminalidade, proveniente de larga extensão territorial que mantém à distância familiares e potenciais instituições de suporte de parte dos internos atendidos por determinação judicial e ou não voluntária são fenômenos complexos cuja prevenção pode se beneficiar da adoção de estratégias de análise e prevenção apoiadas em pluralismo metodológico. A proposta de utilização de metodologias associadas (MAPA, LM, modelo multiníveis) se mostra promissora no enfrentamento das situações de AT envolvendo agressão.

Os casos estudados mostraram variedade de atividades sendo realizadas e de situações gatilho antecedendo às agressões. Chamaram a atenção casos em fases de preparação e ou de tentativa de execução de contenção física de internos, assim como outros durante tentativa de ajuda a colega que era alvo de ameaças e ou agressão. Também houve casos durante intervenção que visava a evitar a fuga de interno que não recebera alta do serviço e em tentativas de impor a adesão a regras contra as quais o interno reagia. Essa variedade de situações denuncia a fragilidade das estratégias de evitação, individuais e coletivas, mobilizadas pelos trabalhadores para lidar com a clientela do serviço.

Agressões em situações de contenção física denunciam o fracasso de estratégias de antecipação que impeçam a evolução até esse ponto. Na situação da contenção, equipes numérica e qualitativamente adequadas podem minimizar a ocorrência e até a gravidade de lesões, mas não eliminam a chance de sua ocorrência. No serviço estudado, o efetivo se mostra insuficiente e não houve formação adequada e direcionada para a intervenção precoce. Acresce que em treinamentos se aponta como ideal que a contenção seja realizada por até cinco trabalhadores e os relatos mostraram casos em que a vítima atuava sozinha na tentativa de contenção.

As análises de acidentes realizadas no serviço quase sempre se mostraram incompletas como fontes de informação seja sobre quem era o agressor como sobre circunstâncias relacionadas aos acontecimentos que culminaram na decisão da equipe de usar a contenção

física, de esclarecer origens de demora de colegas chamados para ajudar numa contenção. E mais importante ainda, sobre os antecedentes da situação do interno: havia indícios de acúmulo de aspectos que podiam ou tendiam a evoluir para desfecho de agressão? Os registros de análises de AT realizadas pelo SESMT podem ser aprimorados buscando descrever a complexidade da atividade e das manifestações de violência que ocorrem no serviço.

O uso de conceitos do LM ajudou a mostrar o papel desempenhado nesse caso por decisões políticas anteriores ao início do funcionamento do serviço que implicaram em grandes mudanças na composição e na natureza da clientela a ser atendida no serviço e que aconteceram sem que houvesse esforços de adoção de ajustes necessários para lidar com a nova situação. Com um voto imprevisto foram adicionados à clientela adolescentes internados involuntariamente, parte deles com antecedentes criminais, parte de municípios distantes que praticamente impediam o envolvimento de familiares em estratégias de cuidado e até parcela já vivendo em situação de rua que ao receber alta eram colocados em situação de desamparo que alimentava as chances de posterior reinternação. Esse aspecto chama a atenção para a importância do pensamento sistêmico na prevenção. Tomadores de decisão podem ir sendo estimulados a pensar no fato de que a mudança em um dos componentes do sistema sempre vai ensejar o surgimento de novos tipos de interações que podem embutir problemas potenciais como aconteceu nesse caso.

O uso do modelo multiníveis de Favaro também destacou a importância da reinternação na dinâmica do serviço. O retorno do interno alimenta percepção de frustração na equipe, que se sente impotente ante problema não antecipado e que até o momento do estudo persistia sendo enfrentado como no início. Com os mesmos instrumentos, regras, divisão de trabalho e apoios de comunidade concebidos para a população em geral. Ou seja, mudou o objeto da atividade, a população atendida no serviço, mas os seus componentes foram mantidos como se nada tivesse acontecido. Os desfechos negativos logo se fizeram sentir. Neste estudo, os dados obtidos não permitiram esclarecer de imediato se havia relação direta entre reinternações e agressões. Conforme citado, as análises de acidentes apresentadas não respondiam essa questão e depois, com a chegada da pandemia não foi possível esclarecer a questão. No entanto, também é possível registrar que as vivências de impotência, de desvalorização e desamparo já estão registradas como fatores contributivos da instalação de transtornos psíquicos e comportamentais (Vieira, 2014).

Outro aspecto relacionado à complexidade do manejo da população é o da adoção de práticas do serviço centradas na defesa da aplicação de regras que supostamente

disciplinariam os internos, e os prepararia para a vida em sociedade, para a obediência às leis. Os achados do estudo mostram vivências de ambiguidade dos entrevistados com essa questão. De um lado, fica evidente que boa parte da estratégia de atenção concebida para o serviço está apoiada na defesa da imposição de regras de convivência definidas para o serviço. Por outro lado, a ocorrência de agressões durante tentativas de impor adesão às regras em dormitórios e em refeitório e também falas de entrevistados afirmando sua discordância com o uso de “regra do refeitório” sinalizaram a necessidade de rediscussão do sentido dessas práticas no serviço. No caso de acidentes ficou evidente que a evolução da intervenção na forma de escalada de ordens (do profissional) e contraordens (do interno) era caminho a ser evitado. No pior dos cenários identificados, a equipe passou a recorrer à força policial ou à guarda municipal que, dessa forma, passa a agir como sujeito auxiliar do Sistema de Atividade, sempre em reforço da lógica ou do modelo de atenção centrado na defesa da imposição da disciplina. Embora essa alternativa seja vista como solução momentânea para conflitos no relacionamento da equipe com os internos, surgem sinais de que sua utilização contribua como fonte de ressentimentos, de quebra de vínculos de modo que pode ir se acumulando e contribuir para agressões futuras. Se a evolução do serviço se der em reforço dessa estratégia disciplinadora é possível descrevê-la como de contração do objeto da atividade do sistema.

O estudo também mostrou que na falta de resposta institucional formal de estímulo à formação alternativa à prática de imposição de regras as equipes desenvolveram estratégias que se mostraram importantes na prevenção de acidentes e que merecem ser mais estudadas, inclusive como possível cenário de expansão do objeto da atividade do sistema.

As entrevistas de integrantes da equipe permitem destacar estratégias individuais e coletivas de busca de criação de vínculos com os internos, de tentativas de antecipação de riscos potenciais, como o desenvolvimento de saberes que permitem reconhecer pela leitura de gestos e de uso do corpo pelos internos que o mesmo estaria prestes a partir para a agressão. Também foram relatadas situações de cooperação entre colegas, por exemplo, se antecipando a situações de perigo e fazendo a troca de local de trabalho até que a situação se acalmasse. A insuficiência ou inadequação entre efetivo e demanda do serviço se mostrou associada à busca de cooperação em atores de outros sistemas de atividade que interagem do serviço como, por exemplo, a de integrantes da equipe de segurança contratada que, por razões diversas acabou intervindo em situações de contenção física e acabou sendo formalmente proibida de fazê-lo. A partir daí, veio a decisão de recorrer às forças policiais e da guarda municipal. A mobilização dessa força auxiliar parece sinalizar o desequilíbrio entre efetivo e demandas do serviço que se prolonga no tempo.

Por meio de conceitos do LM, em particular o da noção de objeto de atividade do sistema foi possível identificar a convivência de dois modelos de atenção com traços incompatíveis, em disputa no serviço. Um modelo que foi descrito como de oferta do cuidado e outro dito de imposição da disciplina. Reconhecer esse aspecto se mostra de grande importância como chave de leitura e de diagnóstico da situação do sistema, em particular no que se refere ao diagnóstico de contradições em e entre componentes do sistema.

Sabemos que o AT é a ponta do iceberg chamado violência e as análises conduzidas no âmbito deste estudo não foram capazes de demonstrar claramente as mediações existentes entre fenômenos como a reinternação ou o passado de antecedentes criminais do usuário e agressões cometidas contra servidores do serviço, que também não aparecem nos relatórios de análise de AT do serviço. Apesar disso, a ocorrência da reinternação e de mudanças no perfil de usuários atendidos emergiu em entrevistas sendo apontada como parte de cenário interpretado como de frustração pelo insucesso das estratégias de cuidado adotadas no serviço e como parte de possível conjunto de aspectos de progressiva degradação que estaria contribuindo para a vulnerabilização do Sistema de Atividade e facilitando o desencadeamento de acidentes. Ainda sobre as limitações desse estudo, incluímos o não levantamento de dados sobre raça, gênero e classe social, que poderiam auxiliar na compreensão da manifestação da violência estrutural presente historicamente no Brasil e que de forma direta ou indireta pode estar associada à violência interna do serviço.

O serviço pode se beneficiar de espaço de debate para reflexões sobre as práticas realizadas, promovendo aprendizagem expansiva. Desenvolver noção de interdependência, sair do autocentramento, estimular o profissional a tirar o foco de si e se perceber em contexto coletivo pode colaborar com a descoberta de soluções sustentáveis, ou seja, que promovam resultado satisfatório e que se sustentem a longo prazo.

O material desenvolvido neste estudo poderá ser utilizado para intervenções futuras e também para outros estudos, tendo em vista a escassez de estudos com análises ampliadas para compreender estes acidentes, com objetivo de promover mudanças no Sistema de Atividade deste ou demais serviços com propostas semelhantes, no entanto é importante destacar que o serviço estudado é um dos únicos desenvolvidos para o atendimento público de internação à pacientes com necessidade de atenção ao uso de álcool e drogas no Brasil.

Por fim, é importante considerar que devido a complexidade da atividade realizada pelos trabalhadores, mesmo nas melhores condições, trata-se de trabalho estressante, sendo essencial a oferta de suporte psíquico profissional pela gestão do serviço.

A intervenção era parte do cronograma previsto no projeto de pesquisa apresentado ao CEP da UNESP, no entanto, devido à pandemia da COVID19, as sessões de análise e modelagem de soluções a serem realizadas com profissionais do serviço foram suspensas.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, I. M.; VILELA, R. A. G.; SILVA, A. J. N.; BELTRAN, S. L. Modelo de Análise e Prevenção de Acidentes - MAPA: ferramenta para a vigilância em Saúde do trabalhador. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, pp. 4679-4688, dez. 2014
- ALMEIDA, D. T. **Análise do trabalho de uma equipe multiprofissional em um centro de atenção psicossocial álcool e drogas**. 2012. Dissertação (mestrado em Engenharia de Produção) UFMG Escola de Engenharia. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.
- ALMEIDA FILHO, A. J.; FORTES, F. L. S.; QUEIRÓS, P. J. P.; PERES, M. A. A.; VIDINHA, T. S. S.; RODRIGUES, M. A. Trajetória histórica da reforma psiquiátrica em Portugal e no Brasil. **Revista de Enfermagem Referência**, série IV, nº. 4 – jan./fev./mar.; 2015.
- ANDERSON, A.; WEST, S. G. Violence Against Mental Health Professionals: When the Treater Becomes the Victim. **Innovations in Clinical Neuroscience**. Cleveland, OH. v. 8, n. 3, pp. 34-39, 2011.
- ASSUNÇÃO, A. LIMA, F. A contribuição da ergonomia para a identificação, redução e eliminação da nocividade do trabalho. In: Mendes R, organizador. *A Patologia do Trabalho*. São Paulo: **Atheneu**; 2001. p. 1768-1789.
- BELTRÁN-HURTADO et al 2020 Contribuições do Laboratório de Mudança ao Modelo de Análise e Prevenção de Acidentes. In: Vilela, R.A.G e org. *Desenvolvimento Colaborativo para a Prevenção de Acidentes e Doenças Relacionadas ao Trabalho – Laboratório de Mudança na Saúde de Trabalhador* São Paulo: **Ex-Libris**. 2020 .289-309.
- BENELLI, S. J. A instituição total como agência de produção de subjetividade na sociedade disciplinar. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.21, n.3, p.237-252, set-dez 2004.
- BULGARI, V. et al. Aggression in mental health residential facilities: A systematic review and meta-analysis. **Elsevier: Aggression and Violent Behavior**, v. 41, pp. 119-127, 2018.
- CAROLY S.; BARCELLINI F. O desenvolvimento da atividade coletiva. Em Falzon P. *Ergonomia construtiva*. São Paulo: **Blucher Editora**; 2016. P. 55-72.
- CASSANDRE, M. P.; QUEROL, M. A. P. Metodologias Intervencionistas: Contribuição Teórico-Metodológica Vigotskyanas para aprendizagem organizacional. **Revista Pensamento Contemporâneo em Administração (UFF)**, v. 8, pp. 17-34, 2014.
- CHALUB, M; TELLES, L. E. B. Álcool, droga e crime. **Rev Bras Psiquiatria**; vol. 28 (Supl II) pp. 69-73. 2006.
- DAL PAI, D. et al. Violência física e psicológica perpetrada no trabalho em saúde. **Texto Contexto Enfermagem**. v. 27, n. 1, 10 p., 2018.
- ENGSTRÖM, Y. **Learning by expanding**: An activity-theoretical approach to developmental research. Helsinki: Orienta-Konsultit; 1987.

ENGESTRÖM, Y. et al. The Change Laboratory as a tool for transforming work. **Lifelong Learning in Europe**, v. 1, n. 2, pp.10-17, 1996.

ENGESTRÖM, Y. Expansive learning at work: Toward an activity-theoretical re conceptualization. **Journal of education and work**, v. 14, n. 1, pp. 133-156, 2001.

ENGESTRÖM, Y.; SANNINO, A. Studies of expansive learning: Foundations, findings and future challenges. **Educational Research Review**, Helsinki, v. 5, pp. 1-24, 2010.

ENGESTRÖM, Y.; SANNINO, A. Whatever happened to process theories of learning? **Learning, Culture and Social Interaction**, v. 1, n. 1, p. 45-56, 2012.

ESTEBAN, B. L. et al. User violence towards nursing professionals in mental health services and emergency units. **The European Journal of Psychology Applied to Legal Context**. v. 9, pp. 33-40, 2016.

FAVARO, M. Mécanismes organisationnels de formation des violences au travail. Proposition d'un modele-cadre pour comprendre et intervenir. **Département Homme au travail Laboratoire Ergonomie et psychologie appliquées à la prévention** Publication réalisée dans le cadre de l'étude A.1/1.041 Modélisation de situations de violences au travail (MSVT) NS 320 février, 2014.

FAVARO, M. Présentation et modalités pratiques de mise en oeuvre d'un modele dédié à la prévention des violences au travail. **Références en santé au travail**, n. 155, pp. 25-37, 2018

GOLLAC, M. BODIER, M. **Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser**. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Rapport au ministre, avril 2011.

GUDDE, C. B. et al. Service users' experiences and views of aggressive situations in mental health care: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**. v. 8, pp. 449-462, 2015.

GUYOT, S. Travailler en contact avec le public. Quelles actions contre les violences? **L'Institut national de recherche et de sécurité (INRS)**. ED 6201, Octobre, 2015.

MACAIA, A. A. S.; COSTA, S. V.; MAEDA, S. T.; QUEROL, M. A. P.; SEPPÄNEN, L. E.; VILELA, R. A.G. Laboratório de mudança: métodos para compreensão da crise entre universidade pública e sociedade. **Saúde e Sociedade**. São Paulo. v.27, n.3, pp.769-782, 2018.

MAKITALO, J. **Work-related well-being in the transformation of nursing home work**. Faculty of Medicine. University of Oulu, for public discussion in the Auditorium 10 of Oulu University Hospital, on June 22nd, 2005.

MARTINO, V. D.; HOEL, H; COOPER, C. L. Preventing violence and harassment in the workplace. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Luxemburg: **Office for Official Publications of the European Communities**. v. III, 100p., 2003.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, pp. 7-32, 1999.

MINAYO, M. C. S. Violência: Um problema na vida dos brasileiros. In: **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília, DF. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2005.

O'ROURKE, M.; WRIGLEY, C.; HAMMOND, S. Violence within mental health services: how to enhance risk management. **Risk Management and Healthcare Policy**. v. 11, pp. 159-167, 2018

QUEROL, M. A. P.; JACKSON FILHO, J. M.; CASSANDRE, M. P. Change Laboratory: uma proposta metodológica para pesquisa e desenvolvimento da aprendizagem organizacional. **Administração: ensino e pesquisa**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, pp. 609-640. 2011.

QUEROL, M. A. P.; CASSANDRE, M. P.; BULGACOV, Y. L. M. Teoria da Atividade: contribuições conceituais e metodológicas para o estudo da aprendizagem organizacional. **Gestão & Produção**, São Carlos, v. 21, n. 2, pp. 405-416, julho. 2014.

RAMACCIATI, N.; CECCAGNOLI, A.; BENIAMINO, A.; RASERO, L. Violence towards Emergency Nurses: A narrative review of theories and frameworks **International Emergency Nursing**, 2017.

ROGALSKI J.; PLAT M.; ANTOLIN-GLENN P. Training for collective competence in rare and unpredictable situations. In: Borehan N, Samurçay, R, Fischer M (Ed.) **Work process knowledge**. London: Routledge, 2002. P. 134-147.

SCHEFFER, M.; PASA, G. G.; ALMEIDA, R. M. M. Dependência de Álcool, Cocaína e Crack e Transtornos Psiquiátricos. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, vol. 26 n. 3, pp. 533-541, jul-set. 2010.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde**. – Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9, n. 1, pp. 25-59, jan.-abr. 2002.

VIEIRA, C.E.C. Traumas no Trabalho. Curitiba: **Juruá Editora**; 2014. p 295.

VIEIRA, G. L. C. Agressão física contra técnicos de enfermagem em hospitais psiquiátricos. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. Belo Horizonte, MG. v. 42, n. 9, 2017.

VIRKKUNEN, J.; NEWNHAM, D. S.; O laboratório de mudança: uma ferramenta de desenvolvimento colaborativo para o trabalho e a educação. Tradução de Pedro Vianna Cava. Belo Horizonte: **Fabrefactum**. 424p. 2015.

VYGOTSKY, L. S. **Mind and society**: The development of higher mental processes. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1978.

ZIEGT, J. Reforma psiquiátrica e os trabalhadores da saúde mental – a quem interessa mudar? **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, pp. 313-323, abr./jun. 2013.