



CICS/ENSP/FIOCRUZ
ISBN 978-989-96335-4-4; 978-989-96335-5-1

Violência no Trabalho: um Estudo com Servidores Públicos da Saúde

IRACEMA VITBERBO SILVA; ESTELA MARIA AQUINO; ISABELA CARDOSO MATOS PINTO

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – Superintendência de Recursos Humanos; Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia
iviterbos@hotmail.com; estela@ufba.br; isabela@ufba.br

Resumo:

O objetivo deste estudo foi investigar a ocorrência da violência no local de trabalho como um dos problemas que podem influenciar na saúde dos trabalhadores públicos da saúde. Foram entrevistados 679 servidores e os resultados mostraram que apenas 17,8% deles informaram não ter qualquer preocupação em relação à violência no trabalho. Constatou-se que 25,9% (IC 95%: 22,6% – 29,2%) dos entrevistados referiram pelo menos uma das modalidades de violência investigadas, sendo a agressão verbal (19,4%) a mais frequente. Em relação ao assédio moral, a prevalência foi de 10,5%. O estudo mostrou-se importante para a visibilidade da violência no setor saúde, fornecendo subsídios para a formulação de políticas de atenção à saúde dos trabalhadores.

Palavras-chave:

Violência no trabalho em saúde; assédio moral; processo de trabalho em saúde; gênero.

Abstract

The objective of this study was to investigate the occurrence of violence in the workplace as one of the current problems that may influence the occurrence of health problems among health workers. 679 workers in the industry were interviewed and the results showed that only 17.8% of the people surveyed reported not having any concern about violence in their workplace. It was found that 25.9% (95% CI: 22.6% – 29.2%) of the respondents reported at least one of the types of violence investigated, being verbal aggression (19.4%) the most frequent. In relation to bullying, the prevalence was 10.5%. The study proved to be important for the visibility of violence in the health sector, providing assistance for the formulation of policies for health care workers.

Keywords: Workplace violence in health; bullying; work process in health; gender.

Introdução

A violência é um fenômeno que tem merecido a atenção das diversas áreas de conhecimento, incluindo as ciências da saúde. Nessa área, o interesse foi despertado com a elevação da mortalidade pelas chamadas causas externas, verificada a partir da década de 1980 (Minayo e Souza, 1998). Aos poucos, as investigações passaram a considerar não apenas os

casos fatais, incluindo aquelas situações que costumam deixar sequelas em suas vítimas, sejam físicas, emocionais ou psíquicas (Deslandes, 1999).

Os estudos sobre o assunto também ampliaram o seu interesse quanto ao lócus de ocorrência da violência, antes mais voltado para os espaços coletivos (Oliveira e Mendes, 1997). O aumento do registro de episódios violentos envolvendo mulheres e crianças tornou visíveis situações que já existiam, mas eram naturalizadas ou ocultadas pela privacidade do lar ou de outras instituições mais fechadas, como a escola (Schraiber e d'Oliveira, 1999; Sposito, 2001). Aos poucos, a violência foi aparecendo em outros espaços ou apresentando-se sob outras modalidades e também tornou-se visível no mundo do trabalho, não se restringindo aos acidentes (Oliveira e Nunes, 2008).

Em se tratando da violência relacionada ao trabalho, alguns autores costumam fazer distinção entre as denominações violência do trabalho e violência no trabalho. A primeira está relacionada às precárias condições laborais e aos novos paradigmas que regulam e norteiam a condução dos processos de trabalho, aumentando a exposição dos trabalhadores a riscos de acidentes e de adoecimentos. Já a violência presente nas relações interpessoais, seja com chefias, colegas ou o público no exercício das atividades, caracteriza a violência no trabalho (Lancman et al., 2009). Embora reconhecendo os efeitos negativos que a violência do trabalho é capaz de produzir sobre o trabalhador, este estudo teve sua atenção voltada para a segunda modalidade.

Relatos de violência no trabalho em saúde, nas suas variadas formas, estão presentes em estudos realizados em diversos países do mundo, como Austrália, Ruanda e Canadá. Na Austrália, um estudo com profissionais da saúde que prestam serviço de emergência na zona rural observou que 87,5% dos participantes haviam experimentado pelo menos uma forma de violência relacionada ao trabalho nos últimos 12 meses (Boyle et al., 2007). No Canadá, um estudo com médicos da família constatou que 98% dos profissionais entrevistados afirmaram ter experimentado pelo menos uma experiência de violência em suas carreiras, que ia de comportamentos desrespeitosos à perseguição (Miedema et al., 2011). Aproximadamente 39% dos 297 trabalhadores da saúde que participaram de um inquérito em Ruanda referiram pelo menos uma forma de violência no local de trabalho nos últimos 12 meses, sendo a agressão verbal a modalidade mais frequente, com 27% (Newman et al., 2011).

Tais resultados atestam que a violência no trabalho pode ocorrer independentemente do contexto socioeconômico e do tipo de sistema de saúde vigente. O Canadá, por exemplo, há muitos anos possui um sistema de assistência médica que tem servido de modelo para outras nações, ao fornecer uma cobertura universal e abrangente de serviços médico-hospitalares. Todavia, essa prerrogativa não impede a ocorrência de conflitos entre trabalhadores e usuários, conforme se verifica nos resultados dos estudos no país (Fernandes et al., 1999; Miedema et al., 2011).

Não obstante, os episódios de violência no trabalho em saúde não se restringem às relações entre profissionais e usuários, uma vez que conflitos entre os próprios trabalhadores também têm ocorrido (Santos Junior e Dias, 2005). Algumas ações são marcadas pela sutileza com que são praticadas, podendo caracterizar o assédio moral, uma prática tão antiga quanto o próprio trabalho, mas que não era considerada violência.

Apesar de investigada em várias partes do mundo, a violência no trabalho em saúde ainda se constitui um evento pouco estudado no Brasil. Por se tratar de um tema complexo e polissêmico, muitas são as definições e as tentativas para explicar a sua ocorrência, justificando a realização de estudos sobre o assunto. Este estudo foi realizado com o objetivo de investigar a ocorrência da violência no local de trabalho como um dos obstáculos atuais que podem influenciar a ocorrência de problemas de saúde entre trabalhadores da saúde.

1. Metodologia

O universo escolhido foram os trabalhadores da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), sendo entrevistada uma amostra composta por 679 pessoas. Para definição do tamanho amostral, foi calculada uma amostra probabilística do tipo aleatória simples. A população de referência para efeito de cálculo amostral foi composta de 13.390 trabalhadores distribuídos em 24 unidades assistenciais e setores da administração central. Assumiu-se uma prevalência de 33,0%, um erro aceitável de 5% e um poder de 80%, ficando a amostra definida em 676 servidores. Considerando possíveis perdas ou recusas, esse número foi ampliado para 800 pessoas, correspondendo a 5,9% da população de mulheres e 6,0% de homens. Foram incluídos no estudo os servidores em atividade ou afastados temporariamente por problemas de saúde, licença-prêmio ou férias. O cálculo amostral e a seleção dos sujeitos foram realizados por meio do procedimento *sample* do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 13. Para a produção dos dados, foi desenvolvido um questionário contendo perguntas fechadas, aplicado por meio de entrevistas face a face. Para tanto, foram treinados 13 entrevistadores, sendo elaborado, também, um manual de pesquisa para auxiliar no entendimento das questões.

Foi investigada a violência autorreferida no local de trabalho, selecionando-se 19 questões do instrumento utilizado no estudo "Violência no Local de Trabalho no Setor Saúde", versão em português, que abordavam cinco modalidades de violência, sua frequência e o tipo de agressor. Essa pesquisa foi realizada em oito países, incluindo o Brasil, sendo uma iniciativa do International Labour Office (ILO), International Council of Nurses (ICN), World Health Organization (WHO) e Public Services International (PSI). O instrumento investigava o grau de preocupação do entrevistado sobre a violência no seu local de trabalho, de acordo com cinco níveis de respostas: "bastante preocupado", "muito preocupado", "preocupado", "pouco preocupado" e "nada preocupado". Também buscava informações sobre os tipos de violência sofrida – física, sexual e/ou psicológica, conforme definição utilizada: violência física entendida como "o uso da força física contra outra pessoa ou grupo que resulta em dano físico, sexual ou psicológico. Inclui bater, dar pontapé, esbofetear, alvejar, empurrar, morder, beliscar, contaminar com produtos orgânicos – saliva, sangue, entre outros".

A violência psicológica foi investigada de acordo com três modalidades: ameaça ou agressão verbal, discriminação e danos contra propriedade pessoal. Foi considerada ameaça ou agressão verbal, "um comportamento que humilha, degrada ou indica uma falta de respeito pela dignidade e valor de uma pessoa. É a comunicação por palavras, tom ou postura que rebaixa, ameaça, acusa ou desrespeita o outro". Como discriminação, considerou-se "qualquer conduta

ameaçadora baseada na raça, cor linguagem, nacionalidade, religião, associação com uma minoria, nascimento ou outra característica que não é recíproca nem desejada e que afeta a dignidade das mulheres ou dos homens no trabalho”. No que se refere à violência sexual, investigou-se a ocorrência de assédio sexual, entendendo-se como “qualquer comportamento de natureza sexual indesejado, não recíproco e mal recebido que é ofensivo para a pessoa envolvida, que faz com que se sinta ameaçada, humilhada ou embaraçada”. Investigou-se, ainda, a frequência e a autoria da violência e se já haviam testemunhado algum desses tipos de violência sendo praticado contra outra pessoa no seu local de trabalho.

Para investigação do assédio moral, foi utilizado o *Negative Acts Questionnaire – Revised* (NAQ-R), composto de 22 questões objetivas referentes a atos negativos, com possibilidade de cinco níveis de respostas (“nunca”, “de vez em quando”, “mensalmente”, “semanalmente” e “diariamente”). Para facilitar a aplicação desse instrumento, foram utilizados cartões de respostas que eram entregues aos sujeitos no momento da entrevista. Para determinação do assédio moral, considerou-se o critério de Leyman (1996), que considera como assédio moral a ocorrência de pelo menos um ato negativo semanal, nos últimos seis meses, e o de Mikkelsen e Einarsen (2001), cujo critério é baseado na ocorrência de dois atos negativos semanalmente. A referência aos atos negativos também foi mensurada, independentemente da frequência com que tenham ocorrido. Por meio da análise estratificada, foi calculada a prevalência do fenômeno em cada um dos estratos, sendo verificadas as associações estimadas pela razão de prevalência (RP) e a inferência estatística baseada em intervalos de confiança pelo método Mantel Haenszel (alfa = 5%). O estudo foi realizado no período de dezembro de 2011 a julho de 2012 e, à proporção que as entrevistas eram realizadas, os dados iam sendo digitados utilizando-se o aplicativo Epi Data (Epi Data Association, Odense Denmark 2002, versão 3.0).

Atendendo aos princípios éticos que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos, o projeto foi previamente analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Sesab, Parecer n. 378/2009. Pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, buscou-se a anuência dos servidores que eram informados sobre os objetivos, métodos e possíveis benefícios do estudo. Ao mesmo tempo, foram garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações.

O estudo foi divulgado no órgão público por meio de boletim eletrônico interno, além de folders e cartazes que foram distribuídos nas diversas unidades assistenciais e setores da instituição. Cada servidor recebeu uma carta informando sobre a pesquisa e os procedimentos que seriam adotados na produção dos dados.

2. Resultados

Dos entrevistados, 81% eram mulheres e 19%, homens, resultado que decorre do número expressivo de mulheres que predomina na força de trabalho do setor saúde. A maioria residia na capital, porém 9,1% viviam em cidades do interior do estado, sendo que a mais distante está a 494 km da capital. A mediana de idade era de 48 anos (IIQ: 40; 54) para ambos os sexos, sendo que 43,3% das mulheres e 49,6% dos homens encontravam-se na faixa etária de 50 a 69 anos. Em relação à cor da pele, 81,0% das mulheres e 88,9% dos homens consideravam-se negros (pretos e pardos). Entre as mulheres, o percentual de graduadas foi de 50,5% e entre os homens,

de 45,7%. No que se refere à situação conjugal, 54,4% das mulheres e 67,4% dos homens eram casados ou viviam em união estável.

Em questão de crença, 83,8% das mulheres e 79,8% dos homens disseram ter uma ou frequentar algum grupo religioso. Em relação ao tempo de serviço, a mediana foi de 19 anos (IIQ: 5; 26) para ambos os sexos, de modo que 58,7% das mulheres e 55,8% dos homens tinham menos de um ano a 19 anos de serviço. No que se refere à função exercida, 32,0% das mulheres eram auxiliares ou técnicas em enfermagem, enquanto 31,8% dos homens trabalhavam como auxiliares ou técnicos administrativos. A maioria das pessoas trabalhava em unidades de emergência, sendo 43,5% entre as mulheres e 42,6% entre os homens; o percentual de mulheres que trabalhavam na assistência era de 62,2% e, entre os homens, de 50,4%.

Apenas 17,8% das pessoas entrevistadas informaram não ter qualquer preocupação em relação à violência no seu local de trabalho e 23,4% estavam pouco preocupadas. Quanto às demais, 28,8% responderam que se sentiam preocupadas, enquanto 30,0% muito ou bastante preocupadas; os auxiliares/técnicos em enfermagem foram os mais preocupados (38,3%) (dados não apresentados). Ao investigar sobre cada um dos cinco tipos de violência (física, verbal, assédio sexual, discriminação e danos contra a propriedade pessoal), constatou-se que 25,9% (IC 95%: 22,6% - 29,2%) dos entrevistados referiram pelo menos uma dessas modalidades, sendo a agressão verbal (19,4%) a mais frequente, atingindo, especialmente, os auxiliares/técnicos em enfermagem (28,0%) e os médicos (23,9%). Em 66,6% dos casos, a violência aconteceu por mais de duas vezes. Em seguida, aparece a discriminação (5,9%), destacando-se entre as mais citadas a racial e a social, baseada na função exercida. Nessa modalidade, os auxiliares/técnicos administrativos (9,9%) foram os mais atingidos. As demais formas tiveram percentuais abaixo de 4,0% (dados não apresentados).

A Tabela I mostra a distribuição da prevalência da violência autorreferida, por sexo e de acordo com as características sociodemográficas e ocupacionais dos servidores entrevistados. Homens e mulheres apresentaram uma prevalência global muito próxima para os cinco tipos de violência investigados. Enquanto entre os homens a proporção foi de 23,3%, entre as mulheres foi de 26,5%. Ao considerar cada tipo de violência separadamente e por sexo, observou-se não haver diferenças estatisticamente significantes entre homens e mulheres. No que se refere à autoria dos atos de violência, notou-se que, em 68,0% dos casos, pacientes e familiares ocuparam o primeiro lugar. Constatou-se que 28,7% dos entrevistados também já testemunharam algum tipo de violência no local de trabalho.

Das 677 pessoas que responderam ao NAQ-R, 61,6% referiram pelo menos um ato negativo nos últimos seis meses. Duas pessoas não responderam ao questionário porque estiveram afastadas nos últimos seis meses anteriores ao estudo, tempo definido como um dos critérios para caracterizar a ocorrência do fenômeno. A ocorrência de atos negativos foi mais frequente entre as mulheres (62,4%). Quando utilizados os critérios para determinação do assédio moral, observou-se que a prevalência foi maior entre as mulheres. Entretanto, a medida diferiu a depender do critério utilizado (Figura 1).

A prevalência e as razões de prevalência de assédio moral de acordo com os critérios considerados e segundo características sociodemográficas e ocupacionais são mostradas na Tabela II. Apenas idade, quando utilizado o critério de Mikkelesen e Einarsen, apresentou

resultado significativo. Entre os homens, a prevalência de assédio moral foi três vezes maior, quando comparado com homens na faixa etária superior.

3. Discussão

Relatos de agressões verbais e ameaças têm sido registrados nos estudos que tratam da questão da violência no trabalho em saúde (Boyle et al., 2007; Miedema et al., 2011). Este estudo mostrou que tais comportamentos fazem parte do cotidiano dos profissionais da área da saúde, atingindo pessoas mais jovens e determinadas categorias profissionais.

Entretanto, existem várias situações no ambiente de trabalho não contempladas neste estudo que são consideradas abusivas e que precisam ser investigadas. A descrição e definição da violência é sabidamente um desafio em razão da sua complexidade e do seu caráter polissêmico. Muitas vezes, o desconhecimento e o receio de falar sobre situações indesejáveis impedem que o problema seja conhecido e combatido.

Algumas modalidades de violência ainda precisam ser reavaliadas quanto aos critérios de identificação. Caso do assédio moral que, a depender do critério utilizado, apresentou diferentes prevalências, situação que acaba dificultando a comparação entre os estudos.

Outros fatores que possam ter associação com a ocorrência da violência devem ser investigados. Embora o presente estudo não tenha contemplado a localização geográfica das unidades de lotação dos servidores, esta é reconhecidamente um fator a ser considerado em próximas investigações. Hoje, já se sabe que unidades de saúde em áreas com maior risco de violência dificultam a fixação de profissionais da saúde, comprometendo a assistência à população.

Como facilitador para a realização deste estudo, destaca-se o contexto atual verificado no âmbito da Sesab na medida em que as discussões em torno da precarização das condições de trabalho se constituíram em um problema importante no processo de formulação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do referido órgão. Tendo a gestão do trabalho como prioridade de pesquisa para o Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS), o projeto contou com recursos financeiros disponibilizados pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb), o que garantiu a viabilidade da investigação.

Finalmente, vale ressaltar que o estudo produziu evidências importantes para a análise da gestão do trabalho e de estratégias que venham a contribuir com a melhoria do desempenho das organizações públicas, responsáveis pela condução das políticas. Nesse sentido, algumas possibilidades podem ser apontadas como contribuições ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Informações sobre condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde, a partir das análises dos processos de trabalho e das características individuais, são importantes para que se possa determinar a magnitude do problema. Significa a possibilidade de identificar os 'nós críticos' que comprometem as práticas e a organização dos processos de trabalho em saúde. A identificação dos trabalhadores com maior risco e o estabelecimento de prioridades oferecem subsídios para o planejamento de ações de promoção, prevenção e vigilância de agravos em trabalhadores do SUS no estado da Bahia.

Ao produzir o diagnóstico das condições de trabalho, pretende-se ter contribuído para a formulação de políticas de promoção da saúde do servidor estadual dessa área, ao fornecer subsídios para a implantação e o fortalecimento de programas de atenção a esses trabalhadores.

Espera-se que a implementação dessas políticas, em última instância, produza impacto na qualidade da atenção prestada à população.

<i>Características</i>	<i>Mulheras</i>		<i>Homens</i>	
	<i>n</i>	<i>P (%)</i>	<i>N</i>	<i>P (%)</i>
<i>Prevalência Global</i>	550	26,5	129	23,3
<i>Idade</i>				
25-39 anos	139	34,5	27	48,2
40-49 anos	173	26,6	38	18,4
50-69 anos	238	21,8	64	15,6
<i>Cor da pele autorreferida</i>				
Negra (pretas e pardas)	439	28,0	112	25,0
Branca	103	20,3	14	14,2
<i>Escolaridade</i>				
Até Ensino Médio	272	25,0	70	28,5
Ensino Superior	278	28,0	59	16,9
<i>União conjugal atual</i>				
Não	251	29,0	42	28,7
Sim	299	24,4	87	20,7
<i>Religião</i>				
Sim	461	25,4	103	22,3
Não	89	32,6	26	26,9
<i>Tempo de serviço no Estado</i>				
1-19 anos	323	29,4	72	33,3
20-41 anos	227	22,5	57	10,5
<i>Atividade profissional</i>				
Médicos(as)	61	37,7	31	12,9
Enfermeiros(as)	58	25,8	1**	-
Aux. Téc. Enfermagem	175	33,1	21	52,4
Aux. Téc. Administrativo	120	22,5	41	17,0
Outros de Nível Superior	34	20,5	22	18,1
Outros de Nível Básico	102	15,7	13	30,7
<i>Tipo de unidade</i>				
Emergência	239	30,5	55	34,5
Hospitais especializados	150	28,0	30	13,8
Atenção especial e outros	83	20,4	15	13,3
Nível central	78	17,9	29	13,7
<i>Tipo de atividade</i>				
Assistencial	342	30,1	70	32,3
Não assistencial	208	20,7	59	14,1

Tabela 1. Prevalência (P) de violência autorreferida no local de trabalho em saúde, segundo características sociodemográficas e ocupacionais. Salvador, Bahia, Brasil, 2012

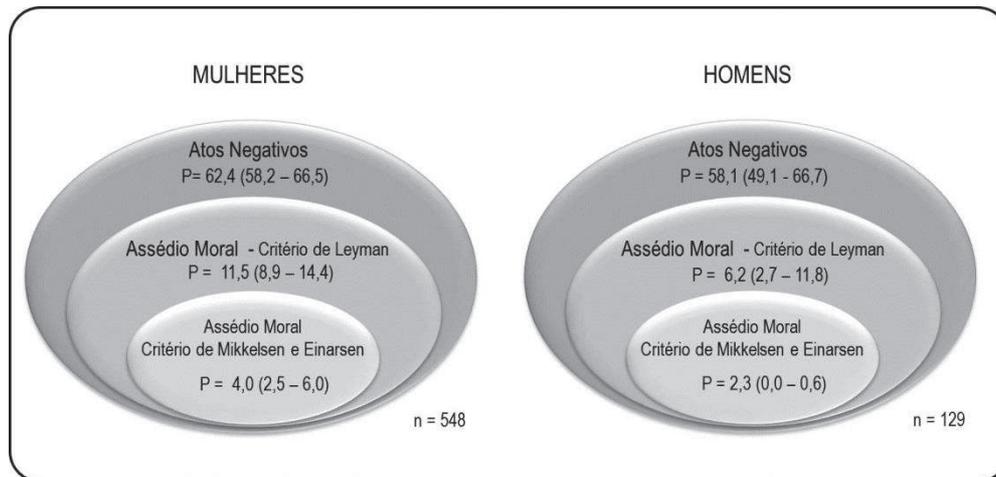


Figura 1. Prevalência de assédio moral entre servidores estaduais da saúde, por sexo e segundo o critério de classificação utilizado. Salvador, Bahia, Brasil, 2012

Características	N	Assédio Moral			
		Leymann		Mikkelsen e Einarsen	
		P	RP (IC 95%)	P	RP (IC 95%)
Prevalência Global	677	10,5	-	3,6	
Sexo					
Feminino	548	11,4	1,8 (0,9 – 3,7)	4,0	1,7 (0,5 – 5,6)
Masculino	129	6,0	*	2,3	
Idade					
25-49 anos	377	11,9	1,3 (0,87 – 2,1)	5,3	3,1 (1,2 – 8,3)
50-69 anos	300	8,7	*	1,6	
Cor da pele autorreferida					
Negra (preta e parda)	549	10,2	0,8 (0,4 – 1,4)	3,6	0,8 (0,3 – 2,2)
Branca	117	11,9	*	4,2	
Escolaridade					
Ensino básico	340	8,8	0,7 (0,4 – 1,1)	2,6	0,5 (0,2 – 1,2)
Ensino Superior	337	12,1	*	4,7	*
Situação conjugal					
Não	293	43,3	1,0 (0,8 – 1,2)	4,7	1,6 (0,7 – 3,6)
Sim	384	40,9	*	2,8	
Religião					
Com religião	562	10,8	1,2 (0,6 – 2,3)	3,5	0,8 (0,3 – 2,1)
Sem religião	115	8,6		4,3	
Tempo de serviço no Estado					
1-19 anos	395	11,1	1,1 (0,7 – 1,8)	4,5	1,8 (0,7-4,3)
20-41 anos	282	9,5	*	2,4	
Atividade profissional					
Médicos(as)	92	15,2	1,7 (0,9 – 3,3)	6,5	1,5 (0,5 – 4,2)
Outros profissionais de nível superior	173	9,8	1,1 (0,6 – 2,0)	3,4	0,8 (0,3 – 2,3)
Auxiliar e técnico em enfermagem	195	10,7	1,2 (0,6 – 2,2)	2,0	0,4 (0,1 – 1,5)
Outros profissionais de nível básico	217	8,7	*	4,1	
Tipo de unidade					
Emergência	293	12,6	1,1 (0,6 – 2,0)	4,0	1,0 (0,3 – 3,3)
Hospitais e especializados	179	7,8	0,6 (0,3 – 1,4)	3,3	0,8 (0,2 – 3,1)
Outras unidades assistenciais	98	8,1	0,7 (0,3 – 1,7)	3,0	0,8 (0,1 – 3,5)
Nível central	107	11,2	*	3,7	*
Tipo de atividade					
Assistencial	405	10,3	0,9 (0,6 – 1,5)	10,3	0,9 (0,6 – 1,5)
Não assistencial	272	10,6	*	10,6	

Tabela 2 – Prevalência (P) e Razão de Prevalência (RP) de assédio moral entre servidores estaduais da saúde, de acordo com o critério utilizado e segundo variáveis sociodemográficas e ocupacionais. Salvador, Bahia, Brasil, 2012

Referências

- BOYLE, M. et al. (2007), "A pilot study of workplace violence towards paramedics", *Emergency Medical Journal*, 24, 760-763.
- DESLANDES, S. F. (1999), "O atendimento às vítimas de violência na emergência: prevenção numa hora dessas?", *Ciência & Saúde Coletiva*, 4, 81-94.
- FERNANDES, C. M. B. et al. (1999), "Violence in the emergency department: a survey of health care workers", *Canadian Medical Association Journal*, 161(10), 1.245-1.248.
- LANCMAN, S. et al. (2009), "Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família", *Revista de Saúde Pública*, 43(4), 682-688.
- LEYMAN, H. (1996), "The content and development of mobbing at work", *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), 165-184.
- MIEDEMA, B. et al. (2011), "Prevalence of abusive encounters in the workplace of family physicians: a minor, major or severe problem?", *Canadian Family Physician*, 56, 101-108.
- MIKKELSEN, E. G. & EINARSEN, S. (2001), "Bullying in Danish work-life: prevalence and health correlates", *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10(4), 393-413.
- MINAYO, M. C. de S. & SOUZA, E. R. de (1998), "Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva", *História, Ciência e Saúde*, 4(3), 513-531.
- NEWMAN, C. J. et al. (2011), "Workplace violence and gender discrimination in Rwanda's health workforce: increasing safety and gender equality", *Human Resources for Health*, 9, 19.
- OLIVEIRA, P. A. B. & MENDES, J. M. (1997), "Acidentes de trabalho: violência urbana e morte em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil", *Cadernos de Saúde Pública*, 13(2), 73-83.
- OLIVEIRA, R. P. & NUNES, M. O. (2008), "Violência relacionada ao trabalho: uma proposta conceitual", *Saúde e Sociedade*, 17(4): 22-34.
- SANTOS JUNIOR, E. A. & DIAS, E. C. (2005). "Médicos vítimas da violência no trabalho em unidades de pronto atendimento", *Cadernos Saúde Coletiva*, 13(3), 705-722.
- SCHRAIBER, L. B. & D'OLIVEIRA, A F. L. P. (1999), "Violência contra mulheres: interfaces com a saúde", *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, 3(5): 11-25.
- SPOSITO, M. P. (2001). "Um breve balanço da pesquisa sobre violência escolar no Brasil", *Educação e Pesquisa*, 27(1), 87-103.