



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM ENFERMAGEM

**SAÚDE DO TRABALHADOR: A VIOLÊNCIA SOFRIDA PELO PROFISSIONAL
DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA HOSPITALAR**

ANA PAULA LOPES DE ABREU DA FONSECA

Orientador: Prof^a Dr^a Joanir Pereira Passos

Rio de Janeiro

Abril de 2012

Fonseca, Ana Paula Lopes de Abreu da.

F676 Saúde do trabalhador : a violência sofrida pelo profissional de enfermagem em emergência hospitalar / Ana Paula Lopes de Abreu da Fonseca, 2012.

xiii, 117f. ; 30 cm

Orientador: Joanir Pereira Passos.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.



ANA PAULA LOPES DE ABREU DA FONSECA

**SAÚDE DO TRABALHADOR: A VIOLÊNCIA SOFRIDA PELO PROFISSIONAL
DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA HOSPITALAR**

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós graduação *Stricto Sensu* – Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof^a Dr^a Joanir Pereira Passos

**RIO DE JANEIRO
ABRIL / 2012**

DEFESA DE DISSERTAÇÃO

FONSECA, Ana Paula Lopes de Abreu. Saúde do trabalhador: a violência sofrida pelo profissional de enfermagem em emergência hospitalar. Rio de Janeiro, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Prof. Dr. Joanir Pereira Passos
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

1ª Examinadora: Prof. Dr. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

2ª Examinadora: Prof. Dr. Teresa Tonini
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

1ª Suplente: Prof. Dr. Terezinha de Jesus do Espírito Santo da Silva
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

2ª Suplente: Prof. Dr. Florence Romijn Tocantins
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Defendida a Dissertação em: 30 de março de 2012.

Conceito: APROVADA

Rio de Janeiro, 21 de abril de 2012.

DEDICATÓRIA

À minha mãe e à minha avó, personagens essenciais da minha história.

AGRADECIMENTOS

O meu maior agradecimento sempre será a Deus, que me acolhe e me dá forças para continuar a seguir em frente, mesmo nos momentos difíceis da minha vida. Agradeço também à minha mãe que dedicou sua vida para me dar educação e me ensinar os valores humanos que me tornaram quem eu sou hoje. Aos meus avós maternos que me incentivaram a estudar e a dar valor à educação e ao trabalho. Ao meu avô, em quem eu sempre me espelhei e admirei e que foi, é e sempre será a pessoa que eu mais amo. Eu sei que, onde ele estiver, estará sempre torcendo por mim. Vô, essa vitória é sua!

Durante a minha trajetória acadêmica, muitas pessoas me incentivaram a completar esse ciclo, como a Prof^a Dr^a Maria da Soledade Simeão Santos, a responsável pela minha inclinação à pesquisa qualitativa, quem me ensinou os primeiros passos e me incentivou a fazer o mestrado. A Prof^a Dr^a Terezinha de Jesus do Espírito Santo, pelas reflexões sobre violência que, com certeza, enriqueceram este estudo e pelo carinho que sempre demonstrou por mim. O Prof. Dr. Carlos Lyra, que me apresentou a UNIRIO e me fez admirar essa casa maravilhosa.

A todos os professores do mestrado como o Prof. Dr. Wellington Amorim e a Prof. Dr. Teresa Tonini que contribuíram para a construção deste estudo, cujos conselhos foram fundamentais e me auxiliaram nessa caminhada. A Prof^a Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza, por ter aceitado o convite de compor a banca examinadora. A Prof^a Dr^a Florence Tocantins por todos os debates em sala de aula e

fora da sala de aula que foram fundamentais no direcionamento e na compreensão do meu objeto de estudo e pelo carinho que sempre teve por mim, até nos momentos de silêncio. Quero agradecer a Rachel, secretária do Programa de Pós Graduação da UNIRIO e amiga, que me salvou tantas vezes e operou verdadeiros milagres burocráticos na minha vida acadêmica.

Em especial, quero agradecer a minha querida orientadora Prof^a Dr^a Joanir Pereira Passos, que mesmo sem me conhecer me acolheu e me fez participar de sua vida e fez com que eu me sentisse à vontade para deixá-la participar da minha. Pelos conselhos, pelo colo, pelos puxões de orelha, pelos momentos de reflexão, pelas cobranças, pelos desafios. Tudo fez com que eu amadurecesse muito enquanto profissional e enquanto ser humano.

Por último, mas não menos importante, gostaria de agradecer aos meus amigos e aos meus familiares por terem compreendido as minhas ausências e por terem me apoiado em todas as minhas escolhas. E ao meu namorado, que escutou pacientemente meus desabaços, que me deu conselhos, que compreendeu meus momentos de dedicação ao mestrado e que sempre torceu para que eu seguisse a carreira acadêmica.

A todos que fizeram e que fazem parte da minha vida, obrigada!

“E voltou, então, à raposa:

– Adeus... – disse ele.

– Adeus – disse a raposa. – Eis o meu segredo. É muito simples: só se vê bem com o coração. O essencial é invisível aos olhos.

– O essencial é invisível aos olhos – repetiu o príncipezinho, para não se esquecer.

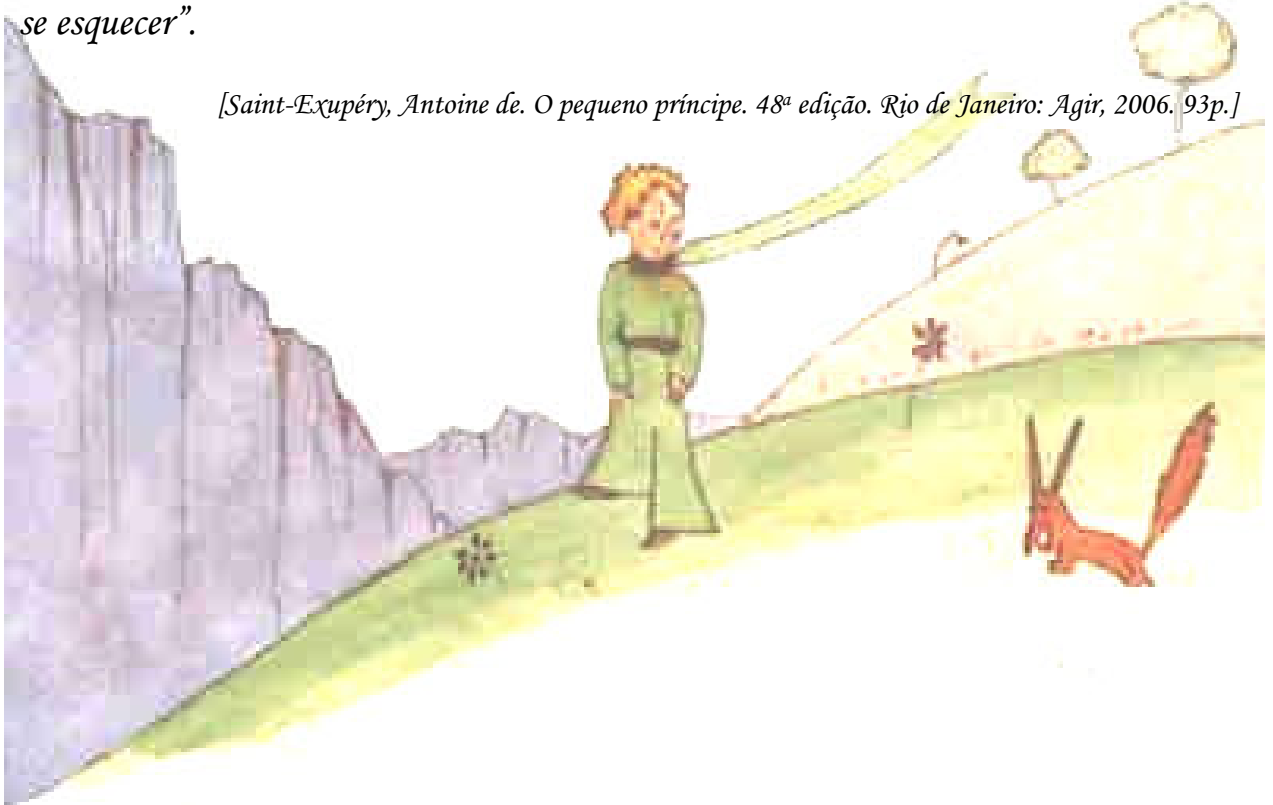
– Foi o tempo que perdestes com tua rosa que a fez tão importante.

– Foi o tempo que eu perdi com a minha rosa... – repetiu ele, para não se esquecer.

– Os homens esqueceram essa verdade – disse ainda a raposa. – Mas tu não a deves esquecer. Tu te tornar eternamente responsável por aquilo que cativas. Tu é responsável pela tua rosa...

– Eu sou responsável pela minha rosa... – repetiu o príncipezinho, para não se esquecer”.

[Saint-Exupéry, Antoine de. O pequeno príncipe. 48ª edição. Rio de Janeiro: Agir, 2006. 93p.]



APRESENTAÇÃO

Durante minha trajetória profissional pude evidenciar algumas situações onde o paciente, o acompanhante, ou o visitante do paciente no ambiente hospitalar se portava de maneira inadequada, às vezes utilizando-se de violência física contra integrantes da equipe de enfermagem. Esta violência se diferenciava dos comportamentos violentos resultantes de alguma desordem neurológica, como as evidenciadas nos sinais de comprometimento neurológico em determinadas patologias que atingem o sistema nervoso central.

A violência a que me refiro era, analisando a princípio, resultado de fenômenos socioculturais aos quais estão inseridos ou expostos estes agressores, somado a dificuldades encontradas ao longo da trajetória de hospitalização ou a partir da busca pelos serviços públicos de saúde no SUS. Algumas vezes foi necessário suporte policial para proteção da equipe, visando evitar lesões mais graves e afastar o agressor da equipe de enfermagem.

Na busca por dados que me auxiliassem a compreender como, por que e com que frequência ocorre esta violência a que me refiro, notei que a notificação dos casos no ambiente hospitalar era feita apenas quando ocorriam casos de violência física contra o profissional de enfermagem, gerando, por conseguinte, subnotificação. Na literatura a subnotificação dos casos de violência contra a equipe de enfermagem se confirma, apesar destes profissionais a julgarem necessária (CEZAR, MARZIALE, 2006). A carência de dados acerca de como ocorre a violência contra os profissionais de enfermagem torna dificultoso o seu combate nos espaços de trabalho.

Surgiu, deste modo, o interesse em estudar a violência sofrida pelo profissional de enfermagem, a partir da relação entre usuário ou acompanhante/ visita do serviço de saúde e o profissional.

O capítulo 1 aborda a violência enquanto problema social que se manifesta também nas relações de trabalho do profissional de enfermagem que desempenha atividades laborais em emergência hospitalar. Estabelece, para fins deste estudo, a utilização da definição de violência dada pela Organização Mundial de Saúde, partindo deste pressuposto para delimitar o objeto de estudo. São definidos também os objetivos

a partir das questões norteadoras que tratam da caracterização da violência que estes profissionais de enfermagem sofrem e como ela pode afetar a saúde do trabalhador e suas atividades laborais.

O capítulo 2 orienta a discussão dos resultados através da literatura existente acerca da violência no ambiente de trabalho. Foram abordados os aspectos históricos da violência presente na sociedade e no ambiente de trabalho da enfermagem para discutir como esse fenômeno afeta o profissional de enfermagem em diversos países, inclusive no Brasil. Ainda são feitas considerações sobre o processo de trabalho em emergência hospitalar para posteriormente compreender alguns dados que emergiram a partir das entrevistas realizadas.

O capítulo 3 traz a trajetória metodológica utilizada, onde são feitas considerações acerca da pesquisa qualitativa, são delineados os profissionais de enfermagem que trabalham em uma emergência hospitalar como sujeitos – objetos, uma vez que os resultados surgem a partir de suas vivências e de sua percepção acerca do objeto de estudo. Também são descritos o cenário e os aspectos éticos que permitiram que o estudo fosse realizado.

O capítulo 4 refere-se à análise dos dados coletados. Iniciamos com a caracterização dos sujeitos e, posteriormente, a construção das categorias de análise para então definirmos as categorias emergidas dos dados. Foram construídas duas categorias para analisar as características da violência na emergência hospitalar e as consequências da violência para a saúde e para o trabalho.

O capítulo 5 conclui o estudo ressaltando a importância das medidas de prevenção para combater a violência no ambiente de trabalho de enfermagem e a importância dos estudos acerca da violência laboral para aprofundamento das discussões sobre o tema.

RESUMO

FONSECA, Ana Paula Lopes de Abreu. **Saúde do trabalhador: a violência sofrida pelo profissional de enfermagem em emergência hospitalar.** 2012, 130f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rio de Janeiro, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

O presente estudo teve como objeto a violência sofrida pelo profissional de enfermagem no ambiente de trabalho em uma emergência hospitalar e como objetivos: Caracterizar, na visão do profissional de enfermagem, a violência sofrida a partir da sua relação com o usuário ou acompanhante/ visita do serviço de saúde em um serviço de emergência no Rio de Janeiro; Discutir as implicações da violência sofrida pelo profissional de enfermagem para a saúde do trabalhador e para o desenvolvimento de suas atividades laborais de enfermagem. Trata-se de estudo descritivo, com abordagem qualitativa. Os sujeitos foram 24 profissionais de enfermagem que trabalham na emergência de um hospital público no Rio de Janeiro. Foi feita caracterização dos sujeitos através de frequência percentual. Os dados qualitativos foram analisados através da técnica de análise de conteúdo descrita por Bardin. A partir dos resultados, duas categorias de análise emergiram: Delineamento da violência sofrida pelo profissional de enfermagem em emergência hospitalar; Consequências da violência na saúde do profissional de enfermagem e no exercício de suas atividades laborativas. Identificamos predomínio da violência verbal, além da violência física, cujos motivos são multifatoriais. As consequências da violência para a saúde do trabalhador são de ordem física, psicológica e emocional. Também afeta o trabalho dos profissionais através da diminuição da qualidade do cuidado prestado. Observamos o desenvolvimento de estratégias de defesa para diminuição do sofrimento e da frustração. Ressaltamos a importância da notificação da violência para implantação de medidas preventivas.

Descritores: Enfermagem, Saúde do Trabalhador, Violência.

ABSTRACT

FONSECA, Ana Paula Lopes de Abreu. **Occupational Health: the violence suffered by nursing professional in emergency sector.** 2012, 130f. Dissertation (Masters Degree in Nursing). Rio De Janeiro, Federal University of the State of Rio De Janeiro - UNIRIO, Center of Biological Sciences and the Health.

This study has as the object the violence experienced by nursing staff in the workplace in an emergency hospital and as the objectives: To characterize, in the nursing professional view, the violence from its relationship between the nursing professional and the patient or relatives/ visit health service in an emergency department in Rio de Janeiro; to discuss the implications of the violence suffered by nursing professionals to the health of the worker and to the development of their nursing work activities. It is a descriptive study with a qualitative approach. The subjects were 24 nursing professional working in the emergence of a public hospital in Rio de Janeiro. Characterization of the subject was made through quantitative percentual frequency. Qualitative data were analyzed using the technique of content analysis described by Bardin. From the results, two categories of analysis emerged: Delineation of violence experienced by nursing staff in emergency sector; consequences of violence to the nursing professional health and to their work activities. Was identified prevalence of verbal abuse, and physical violence, whose reasons are multifactorial. The consequences of violence for the health of the worker are physical, psychological and emotional. It also affects the work of professionals through the lower quality of care provided. Was identified the development of defense strategies to decrease the suffering and frustration. We emphasize the importance of reporting violence to the implementation of preventive measures.

Descriptors: Nursing; Occupational Health; Violence

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICOS

- GRÁFICO 01 - Distribuição dos 24 profissionais entrevistados por sexo e categoria profissional.....62
- GRÁFICO 02 - Distribuição dos 24 profissionais entrevistados por faixa etária e categoria profissional.....64
- GRÁFICO 03 - Distribuição dos 24 entrevistados por serviço de origem e faixa etária.....65
- GRÁFICO 04 - Setores da emergência onde os 24 profissionais entrevistados trabalham.....67

QUADROS

- QUADRO 01 - Síntese da análise dos dados emergidos das 24 entrevistas realizadas com profissionais de enfermagem.....55
- QUADRO 02 – Unidades de registro que compuseram a análise dos dados emergidos das 24 entrevistas realizadas com profissionais de enfermagem.....56

FIGURAS

- FIGURA 01 – Modelo ecológico para compreender a violência, extraído de ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003.....83
- FIGURA 02 – Diagrama representativo do esqueleto das entrevistas.....115

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 O problema do estudo.....	14
Objeto, Questões Norteadoras, Objetivos.....	19
1.2 Justificativa e relevância do estudo.....	19
2 APROXIMAÇÃO TEMÁTICA	21
2.1 A violência presente no trabalho da equipe de enfermagem.....	21
2.2 As consequências da violência ocupacional na saúde e no trabalho da equipe de enfermagem	28
2.3 Medidas de combate à violência no trabalho da enfermagem.....	36
3 METODOLOGIA	43
3.1 O cenário do estudo.....	45
3.2 Os sujeitos do estudo.....	49
3.3 A coleta de dados.....	50
3.4 Análise dos dados.....	52
3.5 Aspectos éticos do estudo.....	60
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	61
4.1 Caracterização dos sujeitos.....	61
4.2 Categorias de análise dos dados.....	69
4.2.1 Categoria I – Delineamento da violência sofrida pelo profissional de enfermagem na emergência hospitalar.....	69
4.2.2 Categoria II – Consequências da violência para a saúde do profissional de enfermagem e para o exercício de suas atividades laborativas.....	95
4.3 Síntese das categorias de análise dos dados.....	114
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	118

REFERÊNCIAS	122
Apêndice A – Roteiro de entrevista.....	127
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	129
Apêndice C – Autorização para coleta de dados.....	130

1 INTRODUÇÃO

1.1 O PROBLEMA DO ESTUDO

O exercício profissional da enfermagem em emergência hospitalar nos permite vivenciar situações diferenciadas dos demais setores que compõem uma unidade hospitalar terciária, sendo frequente a ocorrência de situações de violência que atingem os profissionais de enfermagem. Embora esta afirmação seja hipotética e baseada em experiências pessoais a partir de prática profissional das autoras, frequentemente são noticiados, através de veículos de comunicação, eventos violentos protagonizados por usuários do sistema de saúde nas emergências hospitalares.

A observação empírica da dinâmica da emergência hospitalar permite inferir que as situações de doença podem ser fontes geradoras de tensões tanto no paciente quanto nos seus acompanhantes por causa do medo que envolve o processo de adoecimento e da hospitalização. Essas tensões podem aflorar sob a forma de violência contra os profissionais, em resposta à frustração das expectativas relacionadas ao atendimento de saúde.

Alguns estudos confirmam essa afirmativa ressaltando que a violência se deve ao contato direto com pessoas em situações de dor e de frustração, podendo ocasionar reações violentas. Além disso, os estudos concluem que a emergência hospitalar e os serviços de saúde mental e de cuidadores de idosos são os setores da área da saúde que apresentam maior risco para ocorrência de eventos violentos (BEECH, LEATHER, 2006; KINGMA, 2001; CEZAR, MARZIALE, 2006).

A partir da experiência profissional é possível inferir também que o contato maior com o usuário do sistema de saúde torna os integrantes da equipe de enfermagem os mais afetados por esse tipo de violência. Essa violência pode influenciar na saúde do profissional e no desenvolvimento de suas atividades laborais sendo prejudicial para a qualidade de vida no trabalho da equipe de enfermagem e para a qualidade da assistência prestada pelo serviço de saúde.

Alguns autores, em diversos países, apontam os profissionais de enfermagem como a categoria profissional na área da saúde que mais sofre com a violência no

trabalho, sendo os do gênero feminino os mais vulneráveis. Isto ocorre por terem maior contato direto com os usuários, estando, portanto, mais expostos e por ser a categoria profissional cujo gênero feminino é predominante sobre o masculino (NIOSH, 2002; KAISER, BIANCHI, 2008; KINGMA, 2001).

No entanto, apesar de ser um problema atual enfrentado pelos profissionais de enfermagem, a violência está presente na sociedade desde os tempos primitivos, manifestando-se de diversas formas entre as relações humanas, quer por meio da sociedade, quer por meios institucionais (MICHAUD, 1989). Por ser uma das principais causas de morte entre os brasileiros, desde a década de 1980, além de atingir demais países, e estar inserida também no ambiente de trabalho, a violência é alvo de estudo de diversos autores que procuram explicá-la através de teorias (MINAYO, 2000).

A sociedade pode experimentar diversas formas de violência, mas, de uma maneira geral, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2003), a violência configura a ação de uma forma, ou tentativa, de dominação ou poder de um agente sobre o outro, fato que também pode ser observado no ambiente de trabalho em saúde, uma vez que este espaço pode possibilitar a manifestação da violência através das relações estabelecidas a partir do processo de trabalho. Dentre tais relações, temos a do profissional de enfermagem com o usuário do sistema de saúde e seu acompanhante ou visita.

Conforme anteriormente citado, a Organização Mundial de Saúde (2003) conceitua a violência como a utilização de maneira intencional de força ou de poder, contra si ou contra outras pessoas, que tenham muitas possibilidades de causar dano físico, psicológico ou alterações de desenvolvimento e privações, como o trecho transcrito a seguir:

El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003, p.5).

Por se apresentar em diversas nuances de acordo com a sociedade na qual está inserida, a violência deve ser abordada como fenômeno multicausal pela qual o indivíduo expressa uma frustração por não ter suas expectativas alcançadas. Ela pode estar relacionada a problemas estruturais relativos ao poder do Estado, que gera

insegurança fazendo o homem agir individualmente, ou pode advir de modelos paternos de expressar agressividade (MINAYO, 2000; MINAYO, 2005; KAISER, BIANCHI, 2008).

Como nenhum fator individualmente explica os comportamentos violentos, eles são entendidos como resultante de fatores relacionados ao comportamento do indivíduo, chamados de biológicos, a fatores culturais, à sociedade e ao ambiente nos quais o homem está inserido, incluindo o ambiente de trabalho (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

Com relação ao ambiente de trabalho, a Organização Internacional do Trabalho (2002) define a violência laboral como incidentes que ocorrem no espaço de desenvolvimento de atividades laborativas, incluindo o trajeto de ida e vinda do trabalho, que de alguma forma coloque em perigo o bem-estar, a saúde e a segurança do profissional, conforme descrito a seguir:

La violencia laboral está constituida por incidentes en los que el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo - incluidos los viajes de ida y vuelta a él – que pongan en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud. (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2002, p.8)

A emergência hospitalar, conforme mencionado anteriormente é um setor que viabiliza a experimentação de diversos sentimentos, tanto para o profissional como para o usuário do sistema de saúde e seu acompanhante. Por lidar com situações em que há risco de vida para o usuário e por atender usuários com diversos perfis sociais, as tensões existentes nas relações desses com os profissionais de enfermagem contribuem para que esses usuários se expressem de maneira violenta, sob a forma de palavras ofensivas e sob a forma de utilização de força física.

A organização do trabalho pode violentar o profissional através da sobrecarga de trabalho, dos baixos salários, da falta de infra-estrutura para atividade laboral, da ausência de encorajamento por parte das chefias para tomada de decisões no ambiente de trabalho. Além disso, ambientes com estimulação excessiva, como ruídos em níveis prejudiciais ao organismo humano, iluminação exagerada, ambientes demasiadamente frios ou quentes aumentam os níveis tensionais e aguçam a irritabilidade e os comportamentos agressivos (COSTERNARO, LACERDA, FERREIRA, 2008).

E ainda, para os profissionais de enfermagem que trabalham em serviços de urgência e emergência e unidades de atendimento móvel de urgência, que estão expostos a pressões no ambiente laboral relacionadas ao processo de trabalho característico deste setor, pois lidam com situações de urgência onde as suas ações imediatas e precisas são vitais para manutenção da vida do paciente.

Estes profissionais estão, também, em constante contato com a violência urbana através do atendimento a pacientes vítimas de acidentes ou de violência física e o contato com pacientes advindos de rivalidades entre facções criminosas e de operações policiais de combate à criminalidade (COSTA, MARZIALE, 2006).

O contato com a violência urbana contribui para banalizar os episódios de violência e para menosprezar as consequências da violência na saúde do trabalhador. Além disso, também contribui para aumentar o medo e o sentimento de insegurança e impotência frente às situações de violência ocorridas contra o profissional. Apesar de não serem as vítimas diretas da violência, os trabalhadores que atendem as vítimas sentem-se também atingidos por ela (MICHAUD, 1989).

No entanto, é possível observar, a partir da prática profissional, que o profissional de enfermagem não se apropria enquanto alvo dessa violência quando entende que o comportamento violento é passível de ser justificado por determinada situação vivenciada pelo usuário do sistema de saúde ou seu acompanhante. Porém, esse contato com a violência pode fazer surgir sentimentos e reações que, no momento da violência ou em longo prazo, podem trazer consequências para a saúde desse profissional ou para o desenvolvimento de suas atividades laborais.

Inferimos que essas consequências podem afetar a sua produtividade, através da baixa disposição para o trabalho, mau atendimento da clientela e desmotivação para o trabalho. Podem também provocar no profissional, alterações fisiológicas e emocionais gerando problemas psicológicos e físicos que culminam em perda da saúde. Com isso, ocorre aumento do absenteísmo, principalmente aquele que não está relacionado com alguma situação de doença.

Ressaltando a influência dos sentimentos na saúde e no trabalho da equipe de enfermagem, estudos, como o de Deslandes (2000), demonstram que o medo de trabalhar na emergência está presente na fala dos entrevistados por não se sentirem

seguros neste ambiente de trabalho. Podemos inferir que o medo e a insegurança sentidos pelo profissional são capazes de se manifestar de diversas formas no ambiente de trabalho, tanto potencializando como fazendo surgir problemas relacionados à saúde e/ou ao trabalho.

Quanto a esse fato Dejours (apud DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET, 1994) explica que o trabalho pode ser dividido em carga física e carga psíquica. Esta última, de caráter qualitativo, é composta pelos sentimentos e sensações experimentados através do trabalho. Cada profissional reagirá de forma particular, e, por isso, subjetiva, a partir da relação que estabelece com o trabalho.

No entanto, para Dejours (apud DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET, 1994), isso pode afetar o desenvolvimento do trabalho, citando como exemplo o absenteísmo, as greves e o presenteísmo. E também podem afetar a saúde através da somatização e de descargas psicomotoras ou comportamentais, produzindo sintomas psicológicos e físicos (DEJOURS, 1980 apud DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET, 1994).

A identificação de agentes potencializadores de violência no ambiente de trabalho e a tomada de medidas que visem à diminuição ou eliminação destes eventos violentos contribuem para aumentar, não somente a segurança, mas também a satisfação do profissional e seu bem-estar no ambiente laboral.

Deslandes (2000) ainda ressalta a escassez de trabalhos acerca da violência que o profissional sofre em seu ambiente de trabalho, mas outro ponto de fundamental importância reside no fato de haver subnotificação dos casos de violência envolvendo estes profissionais, enquanto vítimas, o que torna difícil sua localização e a tomada de medidas que viabilizem a diminuição da ocorrência de atos violentos nos locais mais acometidos.

Neste aspecto tornam-se importantes os resultados obtidos através de estudos que denunciam a realidade a qual os profissionais de enfermagem estão expostos, servindo, portanto, de base para posteriores estudos e também para embasar políticas públicas que protejam a integridade física e moral dos profissionais afetados e também que proporcionem melhores condições de trabalho tendo em vista a satisfação desses profissionais.

Assim, o presente estudo, que teve como **objeto de investigação** a violência sofrida pelo profissional de enfermagem no ambiente de trabalho em uma emergência hospitalar, possui como questões que nortearam o estudo:

- Como o profissional de enfermagem vivencia a violência sofrida por parte dos usuários ou acompanhante/ visita do sistema de saúde?
- Quais as implicações, na visão do profissional de enfermagem, desta violência para a sua saúde?
- Quais as implicações, visão do profissional de enfermagem, desta violência para o desenvolvimento de suas atividades laborais?

Para responder a estas questões, o estudo teve como **objetivos**:

- Caracterizar, na visão do profissional de enfermagem, a violência sofrida a partir da sua relação com o usuário ou acompanhante / visita do sistema público de saúde em um serviço de emergência no Rio de Janeiro;
- Discutir as implicações da violência sofrida pelo profissional de enfermagem para a saúde do trabalhador e para o desenvolvimento de suas atividades laborais de enfermagem.

1.2 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Pesquisadores de diversos países, inclusive no Brasil, se sentem atraídos pela violência devido à magnitude deste fenômeno na sociedade e suas contribuições para aumento dos índices de mortalidade por violência e acidentes, ocupando o primeiro lugar como causa de morte na faixa etária entre 05 e 49 anos. Levando em consideração, no Brasil, os índices de morbidade devido à violência, estudos apontam para alguns dados relacionados às internações nos hospitais públicos do Sistema Único de Saúde que reforçam o perfil anteriormente descrito, como, por exemplo, o maior envolvimento do gênero masculino e da faixa etária entre 15 e 29 anos, sendo as lesões por arma de fogo, as fraturas e os envenenamentos os principais motivos de internação (MINAYO, 2000).

No entanto, apesar de estudos brasileiros abordarem a questão da violência no trabalho de profissionais de enfermagem, poucos pesquisadores dedicam seus estudos

à compreensão da violência advinda da relação profissional de enfermagem – usuário do sistema de saúde ou profissional de enfermagem – acompanhante / visita do usuário do sistema de saúde.

As políticas públicas em saúde do trabalhador apontam para a importância de se traçar estratégias que visem à segurança e à saúde do trabalhador em seu ambiente de trabalho. A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2004a) considera os acidentes e as doenças relacionadas ao trabalho como eventos previsíveis, e, por isso, passíveis de serem evitados. E ainda ressalta como problema de saúde que afeta o trabalhador a violência no ambiente de trabalho, destacando o aumento das agressões e dos episódios de violência contra o trabalhador.

Porém, este documento (BRASIL, 2004a) reconhece a necessidade de mecanismos de prevenção, que assegurem a saúde e a segurança do trabalhador no ambiente de trabalho, garantindo, portanto, o respeito a seus direitos. Além disso, os números gerados pela Previdência Social se referem somente àqueles trabalhadores assegurados pelo Seguro de Acidente de Trabalho da Previdência Social, não refletindo o real valor de óbitos, acidentes de trabalho, e incapacidades permanentes.

Dessa forma, estudos relacionados à referida temática contribuem, não somente para nortear a construção de políticas públicas voltadas para aumentar a segurança e a saúde do trabalhador, mas para auxiliar entidades públicas governamentais e entidades privadas na adoção de medidas de prevenção contra agravos e de proteção à saúde do trabalhador.

Neste caso, considerando o impacto da violência na vida profissional do trabalhador de enfermagem, bem como no processo de trabalho em saúde e nas organizações institucionais, estudos que se referem à violência no ambiente de trabalho da enfermagem contribuem com as instituições hospitalares auxiliando a atuação da coordenação de saúde do trabalhador no âmbito hospitalar. E ainda auxiliam na manutenção de ambiente de trabalho seguro e humanizado para o desenvolvimento das atividades laborais em saúde, conforme preconizado pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004b) e estimulam o debate acerca do tema na comunidade científica, colaborando para o aprofundamento das discussões sobre o processo de trabalho em enfermagem.

2 APROXIMAÇÃO TEMÁTICA

2.1 A VIOLÊNCIA PRESENTE NO TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Para compreender a violência são necessárias algumas prévias considerações acerca de um instinto primitivo do homem, denominado agressividade, que está relacionado ao mecanismo de defesa da preservação da vida. Esse mecanismo é fundamental para a preservação da vida, uma vez que sem esse processo, o homem não perceberia a necessidade de enfrentar determinada situação, através da luta ou da fuga, podendo ser violentado ou morto com facilidade por outro homem ou por algum animal (FREUD, 1950).

A agressividade também está presente nos demais animais, sob forma de demarcar território e manter a preservação da espécie. No homem, esse instinto foi utilizado primitivamente como forma de adaptação ao meio. No homem primitivo, ela era utilizada para predação e para ataque, o que o possibilitou controle e domínio sobre o meio (MICHAUD, 1989).

No entanto, a agressividade humana se difere da agressividade animal em sua herança. No animal ocorre simplesmente como mecanismo de defesa para manutenção da vida, como instinto de conservação da espécie. Já no ser humano, além deste instinto, pode ser observada, sobretudo, a herança social deixada por povos primitivos os quais estabeleceram sistemas de punição, o mais antigo sistema penal da humanidade, para aqueles que desobedecessem às regras regidas sob a forma de tabus¹ (FERRARIL, 2006; FREUD, 1950).

À medida que sua espécie humana evolui, o homem passa a diferir do animal quanto à capacidade inventiva e poder de dominação, por meio da transgressão de determinados instintos, dentre eles, a agressividade. Isso permitiu à espécie humana expressar-se de maneira violenta e adotar comportamentos cruéis, observados, por exemplo, em certos rituais, nos sacrifícios e nas guerras (MICHAUD, 1989).

¹ Freud (1950, 16p) cita que o termo tabu “traz em si um sentido de algo inabordável, sendo principalmente expresso em proibições e restrições”. Tradicional de povos primitivos como forma de estabelecimento de determinadas normas que, a princípio, segundo o autor (1950) não possuem fundamento.

Andrade e Bezerra Junior (2009), concordando com Michaud (1989), apontam para a importância de se dissociar agressividade de violência. Os autores (op. cit, p.448) completam que “a violência não é uma expressão da agressividade” e sim “é o indício de problemas no exercício, vitalmente necessário, da agressividade”.

A agressividade “é uma das fontes permanentes da vida psíquica” inerente ao ser vivo que impulsiona o ser humano a explorar o ambiente e que é proveniente do instinto amoroso e da motilidade (ANDRADE, BEZERRA, 2009). Assim, este instinto garante que o ser humano, nas primeiras fases da vida, consiga perceber o eu do não-eu. Ou seja, o bebê, a partir da tentativa de destruição de um objeto, que sobreviva a sua destruição e não retalia, “consegue ampliar seu mundo subjetivo e compartilhar um mundo objetivamente percebido”, conseguindo, assim, perceber o objeto como não-eu (ANDRADE, BEZERRA JUNIOR, 2009, p.448).

E ainda, a partir da integração do sujeito com um ambiente que sobreviva à exploração do sujeito é que se cria a “aceitação de responsabilidades, o esforço de contribuição social e o interesse ativo pelo outro”. Deste modo, a violência pode estar associada a uma “reação relacionada à intenção de destruir e/ou negar a existência do outro devido à incapacidade do sujeito de usufruir de forma criativa de sua agressividade” e que “é resultado da ação de um meio com atitudes invasivas e não confiáveis” ou pode ser uma resposta à frustração (ANDRADE, BEZERRA JUNIOR, 2009, p.448).

Pelo seu poder de destruição, a violência foi reprimida pela sociedade através de legislações criadas para punir os agressores e para reprimir eventos violentos. No entanto, diariamente são vistos exemplos de violência na sociedade. A partir da década de 1980 diversos estudiosos e cientistas sociais dedicaram suas pesquisas para compreender a violência nas sociedades e, apesar de muitos ainda acreditarem no contrário, houve um esforço por parte da comunidade científica em dissociar a criminalidade da pobreza (DESLANDES, 2000).

Além disso, os estudiosos procuraram apresentar a violência sob diversos enfoques, diferentes dos eventos violentos relacionados à criminalidade, como por exemplo, a violência advinda da forma de organização do trabalho. Deste modo, no intuito de compreender esse fenômeno, estudiosos passaram a classificar a violência. A

violência pode ser classificada quanto ao seu tipo – auto-infligida, interpessoal ou coletiva – e quanto à sua natureza – física, sexual, psíquica ou privações e descuido. (OMS, 2003). Além disso, ela também pode ser classificada como violência de delinquência, a violência estrutural e a violência de resistência (MINAYO, 1994).

Quanto à violência no ambiente de trabalho, denominada também como violência ocupacional, a Organização Internacional do Trabalho (2002) relata que durante muito tempo foi uma questão esquecida. No entanto, afeta diversos setores do trabalho, não sendo exclusividade para uma ou outra categoria profissional. E afeta também a produção e a lucratividade das instituições, através de suas consequências para a saúde do trabalhador. Com relação ao trabalho em saúde, a Organização Internacional do Trabalho, a Organização Mundial de Saúde, o Conselho Internacional de Enfermeiras e Internacional de Serviços Públicos (2002) relatam que quase um quarto de toda a violência ocupacional ocorre no setor saúde.

Para estes órgãos públicos (2002, p.8, tradução nossa) a violência ocupacional constitui-se por “incidentes nos quais o trabalhador sofre abusos, ameaças ou ataques, em circunstâncias relacionadas com seu trabalho, (...), que ponham em perigo, implícita ou explicitamente, sua segurança, seu bem-estar e sua saúde”. Isso inclui também as viagens de ida e volta ao trabalho. Esses incidentes podem ser de natureza física ou psicológica (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2002).

A violência física é definida como “emprego da força física com uma pessoa ou um grupo, que produza danos físicos sexuais ou psicológicos” (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2002, p.9, tradução nossa). A violência psicológica é definida como “uso deliberado do poder, ou ameaça de recursos a força física, contra uma pessoa ou grupo que pode provocar danos ao desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral ou social” (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2002, p.9, tradução nossa). Outros autores caracterizam a violência física pelo uso intencional da força podendo causar ferimento e morte. A violência psicológica pode ser praticada através de abuso da palavra de modo que inferiorize o outro, comprometendo sua auto-estima e a sua auto-imagem com o objetivo de controle sobre as ações do outro (COSTA, MARZIALE, 2006; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Tomando como referência o trabalho de enfermagem, essa violência envolve diversos aspectos relacionados ao próprio ambiente laboral e às relações interpessoais estabelecidas a partir do trabalho. Dentre essas relações interpessoais, particularmente no ambiente hospitalar, encontra-se o relacionamento paciente – profissional de enfermagem e ainda o relacionamento acompanhante / visita – profissional de enfermagem. Dessa forma, a violência neste tipo de relacionamento interpessoal pode expressar-se ou através da natureza física ou através da natureza psicológica.

A violência proveniente da relação profissional de enfermagem – paciente/ acompanhante foi identificada por Cezar e Marziale (2006) em seu estudo em um serviço de urgência hospitalar em Londrina, que evidenciou o paciente (57,1%) e o acompanhante (54,8%) enquanto principais agentes agressores para os profissionais de saúde daquele cenário. Entendendo o profissional de enfermagem como integrante da equipe multidisciplinar existente nos serviços de saúde.

Outros estudos relacionados à violência ocupacional nos serviços de saúde também apontam para o usuário do sistema de saúde como agente da violência. O estudo de Kaiser e Bianchi (2008) em uma unidade básica de saúde de Porto Alegre identificou, a partir do relato dos sujeitos, como agressores o paciente, o colega de trabalho, o gestor, o familiar do paciente ou qualquer outra pessoa. Klijn, Suazo e Moreno (2004), em seu estudo na VIII Região no Chile, também identificaram o paciente (28%) como principal agente da violência.

Martínez - Jarreta et al (2007) em estudo multicêntrico realizado na Espanha citaram os pacientes como responsáveis por mais de 85% dos casos de violência existentes nos serviços de saúde espanhóis. Nos serviços de urgência pesquisados por este estudo (op. cit) os acompanhantes foram responsáveis por 27,3% dos casos de violência. Jackson e Ashley (2005), estudando a violência nos serviços de saúde da Jamaica, também evidenciaram o paciente como principal agente da violência no ambiente de trabalho, tanto física (68,8%), como verbal (57,9%) e enquanto perpetuador de bullying (42,2%), sendo o mais citado para todas as formas de violência pesquisadas. Neste estudo (op. cit) o acompanhante foi identificado enquanto segundo principal agente de violência física (17,2%) nos serviços de saúde jamaicanos.

Oliveira e D'Oliveira (2008) identificaram a ocorrência de violência advinda do relacionamento interpessoal em quase metade das entrevistadas (45,8%), sendo citados como principais agentes da violência, os colegas de trabalho e chefes, do gênero masculino, e pacientes e acompanhantes, ou seja, usuários do sistema de saúde. Os pacientes e acompanhantes, neste estudo (op. cit) foram citados como principais (47,7%) responsáveis pela violência física. Gerberich et al (2004) identificaram, em seu estudo em Minnesota, os pacientes como os principais agentes agressores para a violência física (96%) e para a violência psicológica, denominada também de não física (67%).

Tais estudos mostram que a ocorrência de eventos violentos no ambiente de trabalho é um fenômeno observado mundialmente e possui números elevados para as diversas formas de manifestação da violência. É possível que os profissionais de enfermagem, por estarem em maior contato direto com os pacientes e acompanhantes, sejam o principal alvo da violência advinda do paciente / acompanhante. Um estudo feito em Edimburg mostra ainda que não há relação entre a violência e o gênero da vítima ou as características do paciente (MUNRO, 2002). Este estudo foi feito em um hospital psiquiátrico.

Os motivos que levam os usuários do serviço de saúde a cometerem atos violentos também são multicausais. Geralmente são provocados por demora no atendimento, por atitudes inadequadas e falta de acolhimento por parte dos profissionais, além de abuso de álcool e substâncias psicoativas, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, por parte dos usuários. E são aguçados através espaços físicos insuficientes e ambientes desprotegidos, com estimulação sensorial em demasia e com aglomeração física (KAISER, BIANCHI, 2008; CEZAR, MARZIALE, 2006; COSTA, 2005).

Costa e Marziale (2006) relacionam essa violência à fragmentação do atendimento no setor de emergência, devido à falta de tempo e às características do trabalho neste setor. A priorização das atividades de acordo com a urgência das situações que vão se delineando causa desconforto nos pacientes cujo atendimento foi postergado, o que gera comportamentos violentos da parte dos pacientes e acompanhantes.

Para Schmolter et al (2011, p.374) o hospital apresenta “excessiva carga de trabalho, o contato direto com situações limite, o elevado nível de tensão e os altos riscos para si e para os outros”. Isso contribui para a diminuição da capacidade de trabalho dos profissionais da área. Segundo os autores (op. cit.), esse aumento da carga de trabalho se deve à influência do capitalismo que aumentou a jornada de trabalho, sem aumentar a remuneração dos trabalhadores e aumentou o ritmo de trabalho sem que fosse aumentado o quantitativo de funcionários.

Com relação à diversidade de atendimentos, deve-se levar em consideração que a emergência hospitalar é a principal porta de entrada para os serviços públicos de saúde no Brasil (DESLANDES, 2000). Por isso atende a demanda de usuários que chega ao serviço por meios próprios e atende os usuários que chegam através de serviços de atendimento móvel de urgência – SAMU e Bombeiros.

Esta demanda espontânea de usuários, por ser um serviço que possui como característica ser porta de entrada dos serviços públicos de saúde, torna o quantitativo e qualitativo de pacientes a serem atendidos, por vezes, inesperado. Isso dificulta o dimensionamento de pessoal para os serviços de emergência, o que pode em alguns momentos sobrecarregar o profissional de enfermagem.

O estudo de Ohara, Melo e Laus (2010), conforme citado anteriormente, mostrou que a maior parte dos atendimentos no serviço de emergência eram caracterizados como consultas de rotina, o que contribui para sobrecarregar o trabalho da enfermagem. Além disso, os autores (op. cit.) citam que a superlotação dos serviços de emergência obriga a alocação de leitos extras pelos espaços destinados à circulação de pessoas do hospital, o que tornam as condições físicas do local insatisfatórias para um atendimento em saúde de qualidade.

Deslandes (2000) cita que há algumas décadas pode-se observar o aumento da demanda ambulatorial nos serviços de emergência, não somente no Brasil, mas em diversos países, além do atendimento a municípios vizinhos desprovidos de pronto-socorro. A autora (op. cit.) também ressalta que o elevadíssimo número de atendimentos nos principais hospitais de emergência do município do Rio de Janeiro não foi seguido do aumento no quantitativo de pessoal na área da saúde, resultando em sobrecarga de trabalho.

Além dessa sobrecarga sentida pelo profissional de enfermagem, a demanda excessiva de usuários no serviço de emergência, pode causar demora e diminuição da qualidade no atendimento, o que, conseqüentemente gera insatisfação desse usuário. Inferimos que, frente a essa situação, o usuário poderá demonstrar sua insatisfação expressando-se de maneira violenta.

Gates (2004) cita que sentimentos de ansiedade e frustração e a perda de controle, somados a longos tempos de espera por atendimento, altos custos com tratamento e fragmentação de serviços, como possíveis causas para o comportamento violento da parte do usuário do sistema de saúde. O tempo de espera também foi apontado por Martínez - Jarreta et al (2007), sendo citado por 57,8% dos entrevistados. Nos serviços de psiquiatria (MUNRO, 2002) a causa principal de comportamentos violentos é o impedimento da saída do paciente da instituição.

Klijn, Suazo e Moreno (2004) identificaram também o tipo de personalidade (31%), a demora no atendimento (28%) e a falta de informação para os pacientes (22%). Para Wright, Dixon e Tompkins (2003), em um artigo de reflexão produzido no Reino Unido, os eventos violentos na atenção básica são frequentemente causados por abuso de substâncias psicoativas, longo tempo de espera e doença mental. Cezar e Marziale (2006) citam as condições de atendimento e de trabalho definindo-as como precárias e péssimas, respectivamente. Kaiser e Bianchi (2008, p.365) citam que a violência pode estar relacionada ao “ir e vir de um serviço a outro sem resolutividade”, a baixa qualidade no atendimento, deficiência na acessibilidade aos serviços de saúde e no acolhimento destes pacientes.

Apesar de terem sido vítima de violência, no entanto, alguns profissionais de enfermagem não se percebem enquanto vítimas de casos de violência por parte dos relacionamentos interpessoais no ambiente de trabalho. Este fato pode ser explicado pela vivência da violência na vida social deste trabalhador, em especial as mulheres expostas à violência de gênero, que contribui para a banalização da violência no ambiente de trabalho (OLIVEIRA, D'OLIVEIRA, 2008).

Guzmán e Tyrrel (2008) observaram em estudo com mulheres vítimas de violência conjugal, que diversos tipos de violência familiar estão repletos de simbolismos que contribuem para a naturalização do evento violento. Assim, a violência

passa a ser vista por suas vítimas como “uma realidade natural e necessária, e seus desdobramentos, comuns e cotidianos” (GUZMÁN, TYRREL, 2008, p.683, TRADUÇÃO NOSSA).

Para Andrade e Bezerra Junior (2009) a presença constante e previsível da violência no cotidiano da sociedade faz com que as pessoas a percebam como natural. Isto contribui para sua banalização e perpetuação, pois é vista como inerente do ser humano e da vida social. Os autores (op. cit), concordando com Michaud (1989), citam também os meios de comunicação como contribuintes da banalização da violência através da superexploração do tema.

E também porque o profissional entende que a violência não foi direcionada a ele, mas ocorreu como forma de liberação do estresse, por parte do paciente ou acompanhante, advindo do processo de adoecimento. Cezar e Marziale (2006, p.219) relatam que, devido às condições dos serviços de saúde, os pacientes são vistos não como agentes agressores, mas são considerados como “vítimas da inadequada assistência oferecida”.

Estudos relacionam a exposição da violência institucional à ocorrência de sentimentos de solidão e vulnerabilidade por parte dos profissionais, além de causarem estresse, frustração e adoecimento nos profissionais que sofrem a violência no ambiente de trabalho (LANCMAN et al, 2009; KAISER, BIANCHI 2008). A constante exposição da equipe de enfermagem a eventos violentos sejam eles físicos ou verbais, através de ofensas, ameaças, xingamentos, colabora para o adoecimento físico e mental do profissional a curto, médio ou longo prazo, além de prejudicar o atendimento prestado à população que busca o serviço de saúde.

2.2 AS CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA OCUPACIONAL NA SAÚDE E NO TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

A exposição à violência ocupacional pode ser fonte de adoecimento físico e mental do profissional de enfermagem, o que, conseqüentemente, afeta o desenvolvimento de suas atividades laborativas. Percebemos como a saúde do trabalhador repercute diretamente na saúde da empresa e na qualidade do atendimento

prestado ao público desde os primórdios da Revolução Industrial. As condições de trabalho no interior da indústria propiciavam o adoecimento e a disseminação de doenças, que, muitas vezes, culminavam em morte dos trabalhadores (HOBBSAWN, 2000). Isso gerava diminuição da produtividade, diminuição da mão-de-obra disponível para o trabalho e, principalmente, a diminuição do lucro esperado pelos empregadores.

Nos serviços de saúde, as consequências do adoecimento do profissional para o trabalho, além da queda da produtividade e da qualidade da assistência prestada, propiciam erros que podem até comprometer a vida do usuário. Por isso, é fundamental que os empregadores e o governo voltem o olhar para a saúde do trabalhador, pois, assim, estarão contribuindo também para melhorar a prestação de serviços em saúde à população.

Além disso, muitas vezes o adoecimento é subestimado até mesmo pelo profissional doente, que negligencia os sinais físicos e mentais do adoecimento. Porém, tal negligência afeta diretamente a sua produtividade no trabalho, gerando insatisfação do usuário com relação ao atendimento recebido no serviço de saúde.

Quanto a este fato, Dejourns (1992) explica que a associação feita entre a doença e a vagabundagem está profundamente disseminada na sociedade a ponto desta condenar a doença e o doente. Por isso, a doença é subestimada e contida pelo trabalhador até que sintomas aparentes sejam percebidos pelos demais. Dejourns (1992) ressalta que este comportamento refere-se à ideia previamente concebida pela sociedade acerca do corpo e a relação doença-trabalho.

Em relação ao corpo, pode-se dizer que existe o medo do desconhecido. Medo de que haja algo de errado com o corpo. Uma vez que o corpo trabalha silenciosamente, sentir dor ou apresentar alguma sintomatologia é sinal de que o corpo pode estar adoecido. No entanto, parar o trabalho por conta desse adoecimento é causa de vergonha para alguns, pois, a não ser que realmente haja diagnóstico compatível com a paralisação do trabalho, a ausência de doença visível é tida como mentira para ausentar-se do trabalho (DEJOURS, 1992).

Desta forma, até os dias atuais é possível observar que o adoecimento mental é negligenciado pelos empregadores e pelos empregados. A sintomatologia de adoecimento mental pode ser reconhecida no ambiente de trabalho através da

mudança de comportamento, da irritabilidade, da ansiedade apresentadas pelo profissional. O estudo de Kirchof et al (2009), mostrou os efeitos danosos do trabalho em alta exigência - psicológica e/ ou física – ou em baixo controle sobre a saúde mental do trabalhador de enfermagem. E, por isso, para as autoras (op. cit.), é fundamental que haja capacitação dos profissionais para a detecção precoce dos sinais e sintomas dos distúrbios psíquicos.

Quanto ao adoecimento físico, este, ainda nos dias de hoje, somente é levado em consideração quando a situação atinge graus extremos de complexidade. Para Dejours (1992), esta negligência, não somente com a doença mental, mas também com a física, trata-se de defesa coletiva elaborada pela sociedade contra o medo de possuir um corpo incapacitado.

Quanto a este aspecto, Dejours (1992) aborda novamente o medo de estar doente, não pela doença, mas das consequências desta no corpo do trabalhador. O corpo então é visto como uma ferramenta de trabalho, através da qual o ser humano garante o seu sustento e o sustento da família. Mesmo que haja garantia de benefícios para o trabalhador incapacitado, este não é suficiente para a sua sobrevivência. No entanto, esta incapacidade é a tal ponto sentida e rejeitada pela sociedade que Dejours (1992) chega a ressaltar que a falta de trabalho é entendida como doença. Ou seja, se alguém é considerado incapaz para um trabalho, mesmo que não esteja doente, este fato é sentido como se o indivíduo estivesse doente.

Seja através do medo do adoecimento do corpo ou através da relação que a sociedade estabelece entre doença e trabalho, o fundamental é ressaltar que o foco da discussão se encontra na doença enquanto impedimento para o trabalho e não na doença enquanto mal que deve ser tratado, e que pode levar o indivíduo à morte (DEJOURS, 1992). Pois não são levados em consideração os aspectos individuais do adoecimento, mas os aspectos coletivos do mesmo. Ou seja, a doença é algo que afasta o trabalhador do trabalho, trazendo ao mesmo e a sua família consequências financeiras negativas, podendo levá-los à miséria.

No entanto, em determinadas situações, onde o trabalho é a fonte geradora do adoecimento, a solução encontrada pelo profissional, segundo Dejours (1992), é a mudança para outra função ou empresa ou a ausência do trabalho, através do

absenteísmo. Mesmo em situações de adoecimento mental, o absenteísmo, de acordo com Dejourns (1992), geralmente é relacionado a alguma doença ou sintomatologia física, uma vez que somente a partir destas se conseguirá o atestado médico que garantirá a justificativa da ausência do trabalho.

O estudo de Sancinetti et al (2009) acerca do absenteísmo-doença revelou que a maior parte das ausências no trabalho está relacionada a distúrbios osteo-musculares e tecido conjuntivo e transtornos mentais e comportamentais. Para os autores, as causas das ausências estão relacionadas a cargas fisiológicas, cargas psíquicas e mecanismos de controle e supervisão que são apontados como geradores de estresse, depressão e outros distúrbios psíquicos nos profissionais de enfermagem.

O estudo de Sancinetti et al (2009) mostrou também que o absenteísmo relacionado à doença era maior após os períodos em que ocorria aumento da taxa de ocupação no serviço de saúde estudado. Os autores (op. cit.) concluíram que o ritmo intenso de trabalho impõe ao trabalhador demandas físicas e psíquicas e pressões organizacionais para que a tarefa seja cumprida. O comprometimento com o cumprimento das atividades nesse período de sobrecarga somado ao tempo necessário para que essa sobrecarga produza desgaste e doenças no trabalhador faziam com que a taxa de absenteísmo aumentasse nos momentos de diminuição da taxa de ocupação no serviço de saúde estudado.

Apesar de Sancinetti et al (2009) não terem abordado as implicações da violência para manutenção de elevados índices de absenteísmo nos serviços de emergência hospitalar encontrados no estudo, Jackson e Ashley (2005) alertam para as consequências da violência na saúde do trabalhador, destacando, dentre elas, distúrbios psíquicos menores, também citado no estudo de Sancinetti et al (2009).

Jackson e Ashley (2005) também citam os crescentes índices de absenteísmo como consequências para o trabalho dos profissionais expostos à violência. E ainda, considerando os períodos de pico de atendimento citados por Sancinetti et al (2009), que levam, conseqüentemente, à demora de atendimento, o estudo de Cezar e Marziale (2006) indica que a sobrecarga de pacientes foi apontada como responsável pela violência na emergência hospitalar por 46,8% dos profissionais entrevistados.

Podemos, então inferir que os profissionais que participaram do estudo de Sancinetti et al (2009) também podem estar expostos à violência decorrente da insatisfação dos usuários do serviço de saúde. Tal exposição contribui para o desencadeamento de distúrbios psíquicos menores, encontrados no estudo de Sancinetti et al (op. cit.) como uma das principais causas da elevação dos índices de absenteísmo.

Para Dejours (1992), o absenteísmo é uma saída encontrada pelo trabalhador quando o limiar individual de tolerância é ultrapassado de modo que este profissional não consiga manter o ritmo de trabalho e seu equilíbrio mental dentro do seu ambiente de trabalho, nas condições em que este se apresenta. Além disso, o aumento dos índices de absenteísmo apontados pelo estudo de Sancinetti et al (op. cit.) após os períodos de pico também podem ser indicativos de uma estratégia de defesa coletiva encontrada pelos trabalhadores para diminuir o sofrimento causado pelo ambiente de trabalho.

E ainda, o estudo de Calderero, Miasso e Corradi-Webster (2008) aponta para o relacionamento interpessoal no trabalho de enfermagem como fonte geradora de estresse quando as interações resultam em conflito. Das formas de relacionamento interpessoal, a interação entre profissional de enfermagem e a clientela foi apontada como uma das maiores fontes de estresse para o profissional. Para as autoras (op. cit.) a educação da clientela é o ponto mais crítico, sendo citada a adequada utilização dos serviços de saúde e o respeito aos profissionais.

De acordo com Calderero, Miasso e Corradi-Webster (2008), para diminuir as tensões geradas pelos agentes estressores, os profissionais de enfermagem tendem a utilizar-se de estratégias de evitamento, confronto direto e confronto indireto. O evitamento consiste em mecanismos para tentar esquecer, adiar confrontos ou bloquear emoções, seja se afastando fisicamente do local de trabalho, seja evitando ou ignorando um conflito ou através da utilização de medicamentos (CALDERERO, MIASSO, CORRADI-WEBSTER, 2008).

Com relação ao confronto direto, Calderero, Miasso e Corradi-Webster (2008) citam que consiste em buscar informações e negociar alternativas para diminuir as fontes estressoras no ambiente de trabalho. Como exemplos podem ser citados

sugestões à chefia para melhorias, pedir ajuda aos colegas de trabalho em caso de brigas e procurar resolver os conflitos no momento em que eles surgem. Como estratégias de confronto indireto são citadas atividades que aliviam as tensões, como atividades religiosas e de lazer.

No entanto, a forma de minimizar o estresse gerado no ambiente de trabalho dependerá de cada profissional e da forma como ele enfrenta as situações de conflito, dos mecanismos cognitivos ou comportamentais, na tentativa de manter o equilíbrio interno (CALDERERO, MIASSO, CORRADI-WEBSTER, 2008).

Dejours e Abdoucheli (1990, apud DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET, 1994) relatam a utilização das estratégias de defesa coletiva utilizadas pelo trabalhador contra o sofrimento proveniente da organização do trabalho. Assim, para lutar contra as pressões patogênicas do trabalho aparecem as estratégias defensivas que suavizam o sofrimento individualmente experimentado pelos trabalhadores. Tal luta configura uma defesa contra o sofrimento, visto por Dejours e Abdoucheli (op. cit.) como uma força que naturalmente favorece a doença.

Dejours e Abdoucheli (1990, apud DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET, 1994) relatam também a existência do sofrimento patogênico, quando todas as possibilidades de adaptação e todas as estratégias de defesa contra o sofrimento já foram utilizadas pelo trabalhador, ficando a relação subjetiva entre o trabalhador e a organização do trabalho bloqueada. As estratégias de defesa, segundo os autores (op. cit.) podem ser individuais ou coletivas, sendo as primeiras chamadas de mecanismos de defesa.

Para Dejours (1992), as estratégias coletivas de defesa devem possuir um consenso entre os trabalhadores e devem ter consenso entre o grupo de trabalhadores e devem ser operadas coletivamente. Além de serem dotadas de coerência, devem possuir caráter vital, necessário para a sobrevivência, e por isso, são obrigatórias e substituem as defesas individuais.

A ideologia defensiva, segundo Dejours (1992, p.35), “tem por objetivo mascarar, conter e ocultar uma ansiedade particularmente grave”. Na maioria dos casos, as estratégias coletivas de defesa contra o sofrimento são suficientes para evitar o desenvolvimento de uma patologia no trabalhador, mesmo que o sofrimento seja intenso.

No entanto, em determinados momentos, quando o limiar coletivo de tolerância contra o sofrimento não é alcançado, pode acontecer que um trabalhador isoladamente não consiga manter seu equilíbrio mental. Assim, quando o trabalhador não pode largar o trabalho, mudar de empresa ou de posto de trabalho, uma das saídas é o absenteísmo (DEJOURS, 1992). Por isso, Dejours (1992) destaca que não se deve diminuir a importância das defesas individuais, pois “é sobretudo individualmente que cada operário deve se defender dos efeitos penosos da organização do trabalho” (DEJOURS, op. cit, p.41).

Quanto ao adoecimento do profissional de enfermagem relacionado à violência ocupacional, alguns autores atentam para a exposição indireta através do atendimento de vítimas da violência urbana, além da exposição direta através do relacionamento interpessoal e do ambiente de trabalho. Os autores ressaltam que as repercussões da exposição constante a este tipo de violência são igualmente danosas para o profissional e que, mesmo nesses casos, a saúde do trabalhador precisa ser investigada. Para estes profissionais, embora não tenha sido violentado, o sentimento presente é de insegurança quanto à sua vida.

Lancman et al (2009) citam o medo, a angústia e a impotência frente a situações de violência urbana às quais não tem o poder de solucionar ou auxiliar. Como é o caso do trabalho na Estratégia Saúde da Família, que proporciona aos profissionais um convívio cotidiano com os usuários do sistema de saúde e seu contexto de vida. Trazendo para a realidade do serviço em emergência, o convívio cotidiano com situações de violência também é observado, podendo igualmente gerar os sentimentos supracitados.

A demanda de situações de violência urbana e social inseridas no contexto de vida desses usuários reflete na qualidade de vida no trabalho dos profissionais que os assistem, pois, diante da impotência em resolver esse tipo de problema, sobrevém, nesses profissionais, a frustração.

No entanto, para os profissionais de enfermagem que sofrem diretamente a violência ocupacional os autores enumeram problemas de saúde que podem acometer esses trabalhadores. Eriksen, Tambs e Knardahl (2006) mostraram em seu estudo que a exposição à violência pode causar estresse psicológico. Apesar de não gerar danos

físicos severos na maioria dos casos, a exposição à violência ocupacional pode provocar, em longo prazo, danos à saúde mental do trabalhador.

Sentimentos de raiva, medo, frustração, estresse, irritabilidade e ansiedade também foram os principais citados por profissionais quando questionados acerca das consequências da violência na saúde do profissional (GERBERICH et al, 2004). E ainda fadiga, tristeza, dificuldade de concentração, depressão, pesadelos e alucinações também foram relatados em menores proporções. Embora pouco considerados, os sinais de adoecimento mental refletem o sofrimento psíquico proveniente do trabalho.

Quanto a este aspecto, Dejours (1980 apud DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET, 1994) explica que o sofrimento psíquico proveniente do trabalho está relacionado diretamente à forma como o profissional percebe o trabalho. Deste modo, para a mesma atividade laboral, pode haver diferentes estímulos e diferentes sentimentos envolvidos, de acordo com a forma como o profissional encara a atividade.

Se o indivíduo possui na sua atividade laborativa vias de descarga para as tensões criadas, o trabalho passa a ser fonte de relaxamento, onde os sentimentos gerados ao final da tarefa executada são positivos. Nestes casos, Dejours (1980 apud DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET, 1994) classifica o trabalho como equilibrante, pois possui uma carga psíquica negativa ou uma descarga psíquica.

Porém, se a atividade não permite que ocorra essa descarga de tensões ou se o indivíduo não consegue descarregar as energias tensionais por meio de outras vias, o trabalho então é sentido como fatigante. Neste caso, Dejours (1980 apud DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET, 1994) aponta para o aparecimento da patologia a partir da energia psíquica acumulada. Os sentimentos experimentados por esses profissionais são de desprazer e tensão. Quando não há mais possibilidade de conter as energias pulsionais, elas transbordam para o corpo e o indivíduo somatiza o sofrimento psíquico.

No entanto, por ser silenciosa e gradativa, a doença mental é negligenciada por empregadores e empregados, mesmo quando surgem os primeiros sinais de adoecimento mental. Deste modo, algumas alterações de comportamento tendem a ser associadas a situações pessoais e a falta de predisposição física momentâneas, sem levar em consideração a carga psíquica do trabalho.

Porém, a persistência do profissional doente no ambiente de trabalho pode ser fonte de prejuízos para o serviço e para a instituição. De acordo com Gerberich et al (2004) o profissional doente mental ou fisicamente está mais suscetível a cometer erros podendo até gerar acidentes fatais. Ainda cabem ser citados o aumento do número de licenças médicas por doença, a diminuição da qualidade da assistência prestada e a diminuição da produtividade. No caso do trabalho de enfermagem, Costa e Marziale (2006) citam também a negligência da assistência e fragmentação de orientações e informações aos pacientes.

Levando em consideração as consequências da violência tanto para a saúde do trabalhador quanto para a saúde da população assistida pelos serviços de saúde, medidas para a diminuição da violência no ambiente de trabalho são sentidas de maneira positiva pela população. Desta forma, o combate à violência ocupacional deve ser prioritário nos serviços de saúde, em especial no trabalho de enfermagem, através de medidas públicas governamentais e da atuação constante do seu órgão de classe quanto à detecção de situações de violência no ambiente de trabalho.

2.3 MEDIDAS DE COMBATE À VIOLÊNCIA NO TRABALHO DA ENFERMAGEM

A questão da violência ocupacional permeia o âmbito da saúde do trabalhador e o âmbito do trabalho, além de atingir a sociedade em geral, trazendo consequências negativas para todos. Devido à sua magnitude, a Organização Internacional do Trabalho em conjunto com a Organização Mundial da Saúde, o Conselho Internacional de Enfermeiras e Internacional de Serviços Públicos (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2002) traçaram diretrizes para enfrentar a violência no ambiente de trabalho. Este documento (op. cit.) estabelece direitos e responsabilidades de empregadores e de empregados, de administradores, de órgãos de classe e da sociedade em geral para conseguir prevenir e minimizar eventos violentos nas instituições de saúde e tratar as suas vítimas.

O problema da violência ocupacional, segundo o referido documento (2002), é estrutural e estratégico e possui raízes na organização, na sociedade, na cultura e em

fatores econômicos. Por isso, as ações de combate à violência devem envolver todas as instâncias, através do comprometimento mútuo, cuja abordagem deve ser “integrada, participativa, sensível ao gênero e à cultura, não discriminatória e sistemática” (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2002, p.9, tradução nossa).

No entanto, um dos problemas encontrados no combate da violência no trabalho de enfermagem é a subnotificação dos eventos violentos, o que dificulta a detecção dos locais e da situação de violência e, conseqüentemente, dificulta a tomada de medidas de proteção à saúde do trabalhador. Autores que discutem a questão da violência ocupacional nos serviços de saúde encontraram em seus estudos índices elevados de subnotificação, como relata Oliveira e D’Oliveira (2008), em cujo estudo mostrou que apenas 29,3% das profissionais de enfermagem que sofreram algum tipo de violência no ambiente de trabalho, procuraram algum serviço ou suporte.

Neste estudo (op. cit), os locais onde as vítimas buscaram ajuda foram a própria instituição de trabalho (45,8%), o serviço policial (20,8%), o suporte psicológico (12,5%), o órgão regional de classe (8,3%) e o suporte religioso (4,2%). Das 58 profissionais de enfermagem que não buscaram auxílio, do total de 82 entrevistadas que referiram ter sofrido violência ocupacional, nove referiram que gostariam de ter procurado ajuda. Cezar e Marziale (2006) também observaram a subnotificação dos casos de violência, apesar da maioria dos entrevistados (91,4%) julgarem o registro da violência ocupacional importante.

Gerberich et al (2004) encontraram como causas da não notificação dos casos de violência física e não física, respectivamente, a violência vista como parte do trabalho (45% e 44%), a violência vista como um incidente isolado (32% e 8%), a notificação vista como desnecessária para o caso (14% e 17%), falta de suporte no ambiente de trabalho (5% e 30%) e falta de tempo relacionado ao trabalho (3% e 2%). Cabe ressaltar que a violência enquanto incidente isolado foi mais relatado no caso da violência física do que na violência não física.

O estudo de Oliveira e D’Oliveira (2008) mostrou que os pacientes e acompanhantes foram relatados enquanto principais agentes da violência física no ambiente de trabalho, sendo reportados por 47,7% das profissionais de enfermagem

entrevistadas. Enquanto que os colegas de trabalho e chefias não foram relacionados pelas entrevistadas à violência física nas instituições de saúde.

Avaliando os achados dos dois estudos pode-se pensar que, apesar de terem sofrido a violência por parte dos pacientes ou acompanhantes, os profissionais não se apropriam do ato violento, pois não se colocam enquanto alvo da violência (CEZAR, MARZIALE, 2006, DESLANDES, 2006).

A despeito disso, o estudo de Oliveira e D'Oliveira (2008) acerca da violência de gênero em profissionais de enfermagem do sexo feminino, mostrou que, apesar de não existir correlação entre a violência de gênero e a violência no trabalho, o contato com algum tipo de violência extralaboral influencia a forma como a mulher irá perceber a violência no seu ambiente de trabalho.

Assim, de acordo com Oliveira e D'Oliveira (2008), entre as mulheres vítimas de violência de gênero por ocorrer uma certa banalização da violência, esta não é vista ou sentida como evento violento, contribuindo também para aumentar os casos de subnotificação.

Os achados das autoras (2008) mostram que 89,4% das entrevistadas referiram ter experienciado alguma forma de violência e que, dessas, 63,7% referiram violência por parceiros íntimos e 41,3% já sofreram violência por parte de familiares. Ressaltamos que os sujeitos do estudo de Oliveira e D'Oliveira (op. cit.) podem ter sofrido violência por mais de um agente agressor ao longo da vida.

Corroborando com os achados de Oliveira e D'Oliveira (2008), Guzmán e Tyrrell (2008) acredita que as mulheres que são violentadas no seu ambiente familiar não buscam auxílio porque percebe a violência como algo que faz parte de sua vida e que ela aceita desde sempre. As autoras (op. cit., p.683) citam que a violência intrafamiliar contribui para que a mulher aceite a violência no matrimônio, pois esta violência é "semelhante a imagens baseadas nos modelos parentais".

Guzmán e Tyrrell (2008) também acreditam que a banalização da violência se torna obstáculo para que a vítima reconheça o ato como violento. No entanto, esta banalização é fruto de uma infância marcada pela violência intra-familiar, o que diminui o senso crítico acerca da violência e dificulta o estabelecimento de relações positivas.

Apesar da violência de gênero não ser foco do presente estudo, podemos inferir que, pelo expressivo número de mulheres vítimas de violência apontado pela literatura, é possível que em algum momento da vida de uma parcela das mulheres entrevistadas no presente estudo possa ter sido vítima de violência extralaboral, o que, segundo Oliveira e D'Oliveira (2008), pode contribuir para aumentar a sua predisposição ao adoecimento.

Além disso, Rodrigues (2001) cita a influência que a história da enfermagem exerce sobre aqueles que a pratica até mesmo nos dias atuais. Segundo a autora (op. cit.), nos seus primórdios a enfermagem era exercida por escravos como característica de trabalho doméstico para aqueles que possuíam posses, até o advento do modelo religioso. Este imprime a doença como uma forma de castigo divino e tendo Deus como misericordioso, cuja prática de cuidar está diretamente ligada à caridade.

No entanto, o modelo capitalista transforma o hospital de local de espera pela morte em local de cura, transformando o modelo religioso da enfermagem em modelo vocacional, pois a enfermagem passou a ser exercida não mais por religiosos, mas por pessoas leigas. Apesar desta transformação, muitos preceitos religiosos perduram na enfermagem moderna (RODRIGUES, 2001).

Neste momento, surge a figura de Florence Nightingale “materializando as relações de dominação-subordinação, reproduzindo na enfermagem as relações de classe social” (RODRIGUES, 2001, p.78). Do mesmo modo, a ideologia da enfermagem de Ana Neri significa “abnegação, obediência, dedicação” sendo o enfermeiro um ser disciplina e obediente, livre de crítica social, que console e socorra (RODRIGUES, 2001, p.78). Para Rodrigues esta é a gênese dos problemas enfrentados até os dias atuais por esta classe profissional, desde os problemas com o processo e a organização do trabalho até a visão da sociedade acerca do profissional de enfermagem.

Schmoeller et al (2011), corroborando com Rodrigues (2001), apontam como consequências a remuneração inadequada, a acumulação de escala de serviço, o aumento da jornada de trabalho, as relações hierárquicas e o desperstígio social como problemas que afetam o trabalho do profissional de enfermagem e que refletem diretamente na qualidade da assistência prestada à população.

Para o profissional de enfermagem isto caracteriza um conflito, pois nos espaços de trabalho, a enfermagem não deve ser entendida como vocação pelo profissional, pela sociedade e pelos empregadores, mas enquanto trabalho. E o profissional de enfermagem não pode ser visto como ser que está além do mundo do trabalho, com “qualidades de verdade, de ciência, dedicação, de bem, sacerdócio e de autonomia”, mas como um trabalhador que precisa de subsídios para desenvolver suas atividades laborativas com qualidade (RODRIGUES, 2001, p.79).

A visão errônea do enfermeiro enquanto ser caridoso e abnegado também contribui para a banalização da violência nos espaços de trabalho da enfermagem, pois o enfermeiro é o ser que tudo suporta em prol do bem estar do paciente. Associado a isto, a aceitação da violência laboral como natural por profissionais que experimentam a violência intrafamiliar ou em suas relações conjugais dificultam a detecção de situações de violência no ambiente de trabalho e a tomada de medidas de prevenção e controle contra a violência laboral contra o profissional de enfermagem.

Quanto à falta de tempo para realizar a notificação do caso de violência, Costa e Marziale (2006) relata que o serviço de emergência, o qual exige atuação imediata, faz com que o profissional trabalhe com pressa. Com isso, ocorrem omissões de casos de violência por falta de tempo para denunciá-los. As autoras (op. cit) ainda citam que há falta de tempo para diálogo, para denúncias e para comunicação interna. A falta de tempo também foi reportada por Oliveira e D'Oliveira (2008), que citam ainda o medo de retaliação por parte do agressor.

Kaiser e Bianchi (2008) ressaltam o papel da instituição em dar apoio ao profissional vítima de violência, bem como reforçam a importância da notificação e do boletim de ocorrência policial, uma vez que o profissional no exercício de suas funções laborativas está protegido, por lei, da violência. De acordo com as autoras (op. cit.) as ameaças verbais ou escritas, os gestos ou qualquer outro meio contra o profissional no seu ambiente de trabalho são passíveis de penalidade através de multa ou detenção do agressor de um a seis meses.

Para Costernaro, Lacerda e Ferreira (2008), é preciso que os valores humanos sejam retomados e incentivados nos espaços laborais. Deste modo, devem ser encorajados “a ética, o respeito, a dignidade, a solidariedade, o amor ao próximo, a

valorização do eu e do outro, a cidadania e o respeito supremo à vida” (COSTERNARO, LACERDA, FERREIRA, 2008, p.484).

Cezar e Marziale (2006) relatam que os gestores dos serviços de enfermagem entrevistados referem à falta de treinamento dos profissionais em reconhecer e lidar com a violência no ambiente de trabalho. Por isso, as autoras (2006) ressaltam a capacitação dos profissionais para prevenir e para enfrentar situações de violência dos pacientes, familiares e até mesmo dos próprios colegas de trabalho.

A Organização Internacional do Trabalho (2002) traça estratégias para os empregadores no intuito de prevenir e desencorajar a violência ocupacional. Primeiro é preciso reconhecer as responsabilidades que cabem às instituições e respeitar as legislações pertinentes ao tema vigentes no país. Também é preciso que sejam traçados planos, metas e normas locais para combater a violência ocupacional e estabelecer vigilância através de avaliação habitual acerca dos tipos de violência e dos fatores que favorecem seu aparecimento.

No entanto, Kaiser e Bianchi (2008) ressaltam que, uma vez que a maior parte dos incidentes violentos ocorre através do paciente ou de seu acompanhante, as mudanças devem acontecer também na infra-estrutura e na organização do trabalho. Sendo assim, deve-se atentar para os fatores que propiciam o comportamento violento dos usuários do sistema de saúde. Para as autoras (op. cit), melhorias na organização dos serviços visando à diminuição do tempo de espera para atendimento, melhorar a oferta de informações e facilitar o acesso e o atendimento ao usuário, bem como investir em espaços seguros e estruturados, são alguns pontos que merecem atenção.

Quanto à questão da informação concedida ao paciente e aos seus acompanhantes, o documento da Organização Internacional do Trabalho (2002) resalta a importância desse ato no momento de angústia e nos momentos de longa espera pelo atendimento, que geralmente acontecem nos espaços de atendimento de urgência e emergência. Segundo o documento (op. cit), é preciso também sejam disponibilizadas informações acerca dos direitos e deveres dos usuários do sistema de saúde, bem como fazê-los conhecer as sanções aplicadas para os agentes da violência.

Também deve ser levada em consideração a questão ambiental nas instituições de saúde. Conforme dito anteriormente, a estimulação excessiva no ambiente estimula comportamentos violentos. Quanto às modificações no ambiente, o documento (2002) cita as adequações quanto ao nível de ruído, de temperatura e de iluminação, a eliminação de maus odores e a utilização de cores agradáveis. E ainda refere adequação dos ambientes de espera, que devem conter assentos cômodos e devem proporcionar entretenimento.

O documento da Organização Internacional do Trabalho (2002) estabelece também procedimentos nos casos em que a violência já ocorreu. Para esses casos o intuito é de minimizar os danos que a violência pode causar no profissional. Deste modo, a instituição deve criar sistema de informação e registro de eventos violentos, com formulário próprio que deve ser preenchido pelo profissional, e deve ser possibilitado o tratamento médico para as vítimas, com disponibilização também de representação e de ajuda jurídica. Assim, entidades públicas e a comunidade científica apontam os caminhos a serem seguidos para o enfrentamento da violência no ambiente de trabalho. Mas é fundamental que essas ações sejam colocadas em prática.

3 METODOLOGIA

Para atender aos objetivos propostos, o presente estudo teve abordagem qualitativa e descritiva. Cabe ressaltar que o estudo foi pautado na perspectiva do profissional de enfermagem acerca do fenômeno estudado, tomando a dimensão particular da violência em seus diversos âmbitos.

Polit e Beck (2011) explicam que a pesquisa qualitativa, diferente da pesquisa quantitativa, tem como características flexibilidade, elasticidade, podendo se ajustar de acordo com os achados que emergem da coleta de dados, pode envolver várias estratégias de coleta de dados, tende a um caráter holístico, exige análise contínua e envolvimento dos pesquisadores.

Minayo (2010, p.57) caracteriza o método qualitativo como método de escolha para o “estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”.

Considerando como são estabelecidas as relações sociais no ambiente de trabalho e entendendo o ser humano nas suas dimensões subjetivas e singulares, cabe reputar a complexidade deste ser, suas interações com o meio externo, as suas acepções e o modo como reage a certos estímulos. Nesse aspecto, a pesquisa qualitativa contribui para o entendimento desses fenômenos, buscando relação com o tipo de violência estudado que ocorre no ambiente laboral e que pode afetar a saúde e o trabalho do profissional de enfermagem.

Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo descrita por Bardin (2010), através da categorização dos dados obtidos por meio de entrevista semi-estruturada. Minayo (2010, p.304) cita que a análise de conteúdo “possui a mesma lógica das metodologias quantitativas, uma vez que busca a interpretação cifrada do material de caráter qualitativo”, pois a representatividade dos dados será dada a partir da sua codificação.

Segundo Bardin (2010, p.129), “a codificação é o processo pelo qual os dados em bruto são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo”. E possui

como etapas, o recorte – escolha das unidades; a enumeração – escolha das regras de contagem; a classificação e a agregação – escolha das categorias (BARDIN, 2010).

De acordo com Polit e Beck (2011, p.392), a categorização é o tipo de abordagem mais comum na pesquisa qualitativa e representa “um método de registrar, de modo sistemático, comportamentos e eventos de interesse, ocorridos em um determinado ambiente”.

Para Minayo (2010, p.178), as categorias são conceitos classificatórios e “constituem-se como termos carregados de significação, por meio dos quais a realidade é pensada de forma hierarquizada”. Bardin (2010, p.145) cita que as categorias são classes “que reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão de características comuns destes elementos”. Bardin (2010) ressalta que as categorias devem possuir as seguintes qualidades:

- Exclusão mútua – um elemento não pode existir em mais de uma divisão;
- Homogeneidade – as categorias devem ser formadas a partir de um único princípio de classificação;
- Pertinência – deve estar em conformidade com as intenções da investigação;
- Objetividade e fidelidade – a codificação do material deve ser feita da mesma maneira;
- Produtividade – deve ser capaz de fornecer resultados férteis.

Para se obter as categorias é preciso que sejam obedecidas as etapas de organização da análise dos dados, igualmente descritas por Bardin (2010). A descrição da coleta do material e da análise dos dados por meio da análise de conteúdo temático – categorial serão pormenorizadas posteriormente, nos respectivos itens 3.3 e 3.4.

3.1 O CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário selecionado é um hospital federal localizado no município do Rio de Janeiro, cuja emergência é aberta e funciona 24 horas por dia, os 07 dias da semana. Este hospital está localizado próximo a confluência de três grandes vias de tráfego no Rio de Janeiro, sendo, portanto, de fácil acesso, para a população e para o serviço de atendimento móvel de urgência e bombeiros. Por isso, a emergência constitui a principal porta de entrada desta unidade hospitalar.

Ele ainda é caracterizado como hospital de grande porte, sendo classificado pelo Ministério da Saúde como Centro Regional Terciário, por abrigar serviços de alta complexidade, como Unidade de Transplante Hepático, Unidade de Transplante Renal e Transplante de Córneas, e por ser referência em serviços como Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Oftalmologia e Atendimento à Gestante de Alto Risco.

A sua área física corresponde a 42.242m² de área construída, distribuídas em seis prédios que possuem entre quatro e sete pavimentos destinados ao atendimento aos usuários do serviço de saúde e à administração hospitalar. Possui também garagem, uma igreja, uma agência bancária, um prédio destinado a depósito e outro destinado ao Projeto Acolhida. A emergência possui 30 leitos de observação e repouso (alas masculina e feminina), três consultórios médicos, três consultórios de odontologia, uma sala de pequenas cirurgias e uma sala de gesso.

Cabe ressaltar que no momento em que foram feitas as entrevistas os atendimentos da emergência estavam sendo realizadas em uma unidade montada no estacionamento do hospital, denominada U.S.E. – Unidade de Suporte de Emergência, devido às obras de reforma e revitalização do hospital. No entanto, foram mantidas, na U.S.E., as divisões existentes no espaço físico anterior às obras. Para fins deste estudo, os cenários descritos referem-se aos existentes na U.S.E., espaço físico que foi visitado por mais tempo durante a coleta de dados.

Deste modo, a emergência desta unidade hospitalar possui subdivisões, a saber: o salão, que engloba o repouso feminino e o repouso masculino, a emergência pediátrica, a sala de trauma, a unidade de pacientes graves, a sala de gesso, a hipodermia, a sala de pronto atendimento. Cabe ressaltar que o serviço de diagnóstico

por imagem não se localiza dentro da emergência, mas atende aos pacientes do referido setor de acordo com a prioridade do atendimento.

Dentro do serviço de emergência desta instituição foram selecionados como cenário do estudo o salão composto pelas alas masculina e feminina, a emergência pediátrica, a sala de trauma e o serviço de hipodermia. Justifica-se a escolha destes por serem setores onde a atuação da equipe de enfermagem é predominante sobre os demais profissionais de saúde e por serem, segundo Costa (2005), locais de vivência e de experimentação de sentimentos e de tensões diversos relacionados ao processo de dor, de perda e de adoecer, tanto para a equipe de enfermagem quanto para o usuário do sistema de saúde e seu acompanhante / visita devido à situação de urgência e emergência.

Com relação à disposição dos espaços físicos, a U.S.E. possui três entradas, a saber: a entrada da sala de pronto atendimento para os usuários que buscam atendimento de emergência por meios próprios, por onde entram também os familiares dos usuários internados na unidade no horário da visita. Esta entrada é composta por cadeiras para espera dispostas de frente para a entrada dos consultórios médicos e para a cabine de atendimento ao público. Nesta cabine, ficam dois atendentes que recepcionam o público e direcionam o atendimento. Nesta entrada também ficam localizados dois seguranças, do lado de fora e dois seguranças localizados no interior da sala.

A segunda entrada fica localizada ao lado da sala de trauma para os usuários que chegam à unidade de emergência através das unidades móveis do corpo de bombeiros e S.A.M.U., e fica permanentemente trancada com cadeado, pois liga o U.S.E. a uma via expressa. A terceira entrada fica localizada no corredor entre a sala de pronto atendimento e as demais alas e liga a U.S.E. aos fundos do prédio 02 do hospital, servindo de passagem para os profissionais. Nas duas entradas também ficam localizados seguranças controlando a passagem e a entrada do serviço de emergência.

A sala de hipodermia é destinada aos pacientes que, a princípio, não apresentam risco iminente de morte, mas que apresentam alguma afecção aguda ou crônica agudizada e que necessitam de medicalização para diminuição ou eliminação imediata da sintomatologia e posterior controle ou eliminação do problema de saúde. O interior e

o corredor da sala possuem cadeiras para que os pacientes sejam medicalizados e monitorados pela equipe de enfermagem e reavaliados pela equipe médica, caso seja necessário. É localizada depois da sala de espera da entrada principal da U.S.E. ao lado dos consultórios médicos.

De frente para a sala de hipodermia podemos observar escadas que dão acesso ao andar superior destinado às salas de repouso e espaços de higienização das equipes de saúde e chefias de enfermagem e médica, além de sala de reuniões. Tais espaços são destinados à circulação apenas da equipe de trabalho e de pessoas autorizadas.

Seguindo o corredor, depois da sala de hipodermia estão localizados os consultórios de odontologia, o almoxarifado e a sala de gesso. Depois da entrada para a sala de gesso, o corredor possui uma porta que divide os setores que atendem o pronto atendimento e os setores que possuem pacientes internados. São eles, em ordem de aparecimento: a entrada de funcionários e a sala do laboratório, localizados à direita a emergência pediátrica, a sala de trauma, a entrada da sala de trauma localizada à esquerda e a unidade de pacientes graves, ao fundo, e as alas feminina e masculina, à direita da unidade de pacientes graves.

A emergência pediátrica fica localizada entre a entrada da sala de trauma e a entrada dos funcionários localizada no prédio 02 e possui, além dos leitos regulares, um quarto de isolamento ao fundo e um posto de enfermagem centralizado. O quarto de isolamento também possui um banheiro para uso exclusivo do quarto de isolamento. Também possui cadeiras para acomodar as mães das crianças internadas.

A sala de trauma constitui-se uma das portas de entrada do serviço de emergência. Destina-se ao atendimento de pacientes que chegam ao hospital por meios próprios ou através do serviço de atendimento móvel de urgência e que necessitam de assistência de imediata, para estabilização do quadro de saúde. Tem como característica a curta permanência dos pacientes nesta sala, tendo em vista que após a estabilização do paciente, este é encaminhado para outros setores de acordo com a especificidade do seu problema de saúde. Seu espaço físico comporta duas macas e um posto de enfermagem ao fundo.

Caso seja necessária a permanência do paciente na unidade de saúde apenas para observação, este paciente é encaminhado à ala feminina ou à ala masculina, denominadas nesta unidade de “salão” e em outras unidades de “repouso” ou “sala verde”. Caso contrário, a alta hospitalar pode ser assinada pelo médico, na sala de trauma.

A ala masculina e a ala feminina funcionam como uma unidade de internação, onde os pacientes são distribuídos em leitos identificados pelo número do leito, nome do paciente, data de internação e a clínica responsável. Possui um posto de enfermagem centralizado na ala masculina e um na ala feminina, que são separadas por uma pequena sala de registros.

Não tivemos acesso a documentos que pudessem nos orientar acerca do quantitativo exato de profissionais de enfermagem que trabalham neste cenário, nem da capacidade de atendimento dos serviços de emergência do hospital. No entanto, em conversa informal, a equipe de enfermagem nos informou que, quando o hospital foi construído, o setor de emergência havia sido estruturado para atender, em sua capacidade máxima, 30 pacientes em situação de hospitalização. Mas, atualmente, são contabilizados entre 80 e 100 pacientes internados.

Esta informação pode ser comprovada ao adentrar o serviço, tanto no espaço físico anterior como na Unidade de Suporte de Emergência. No primeiro, o corredor da entrada da emergência, localizado no hall dos elevadores do prédio 01, possui duas portas que não podem ser abertas para dentro do corredor da emergência, pois as macas localizadas em ambas as paredes bloqueiam quase que completamente, tanto a abertura das portas como a entrada para o interior da emergência nas alas masculina e feminina.

Já na U.S.E., após a sala de espera, o cenário se repete com pacientes deitados nas cadeiras que deveriam servir de espera para atendimento dos consultórios médicos, na sala de pronto atendimento. Em ambos os cenários, além dos leitos existentes, há macas que foram posteriormente alocadas nos corredores das dependências da emergência, por vezes, dificultando a passagem dos transeuntes.

As macas “improvisadas” também são encontradas no interior das alas masculina e feminina e são separadas umas das outras por uma cômoda pequena

onde ficam as bombas infusoras e os pertences dos usuários. Cabe ressaltar que as macas localizadas nos corredores da emergência e algumas macas das alas masculina e feminina ficam encostadas na parede. Alguns profissionais relataram que na emergência “antiga” os médicos ortopedistas, por vezes, se recusavam a atender, pois, por falta de espaço físico e por não poder negar atendimento, alguns usuários eram alocados dentro da sala de gesso.

3.2 OS SUJEITOS DO ESTUDO

Os 24 sujeitos do estudo, selecionados para participar do estudo são profissionais de enfermagem que trabalham no setor de emergência de um hospital federal localizado no município do Rio de Janeiro. Cabe ressaltar que esta classe profissional possui estratificações, a saber: enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem.

Estes profissionais trabalham em regime de plantão, com escala de 12h x 60h, ou seja, 12 horas de trabalho por 60 horas de descanso, sendo, portanto, totalizadas seis equipes de enfermagem, distribuídas nas subdivisões do setor emergência da referida instituição de saúde. Tais equipes são sinalizadas de acordo com o turno de trabalho e de acordo com a ordem do plantão, a saber: Serviço Diurno A - SDA, Serviço Diurno B - SDB, Serviço Diurno C - SDC, Serviço Noturno A - SNA, Serviço Noturno B - SNB, Serviço Noturno C - SNC.

O estudo teve como critérios de inclusão profissionais que compõem as equipes de enfermagem que trabalham na sala de trauma, denominada neste serviço hospitalar como “shock room”; no salão, que engloba as alas feminina e masculina; na emergência pediátrica e na hipodermia, que estivessem lotadas nos turnos matutinos, vespertinos ou noturnos, e que estivessem presentes no cenário de estudo no momento da coleta de dados e que aceitassem participar do estudo, mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Como critérios de exclusão foram consideradas os profissionais que compõem as equipes de enfermagem que trabalham ou eventualmente prestam serviços aos demais setores da emergência, como os consultórios médicos, a sala de gesso e os

setores de diagnóstico por imagem e de exames laboratoriais. Justificam-se tais exclusões por serem locais diferenciados, com características distintas dos locais selecionados para o estudo, dada a pouca ou nenhuma atuação da equipe de enfermagem, bem como a sua interação com o usuário do sistema de saúde nestes setores.

E ainda foram excluídos os profissionais que, embora trabalhassem no cenário selecionado, não compõem a equipe de enfermagem ou os profissionais de enfermagem que, no momento da coleta de dados, estivessem afastados do serviço por férias ou licença, tenham faltado ao serviço ou trocado de plantão com outro colega de trabalho, tenham se aposentado ou tenham sido remanejados para outro setor do hospital.

Após aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa, como forma de apresentação e de respeito à hierarquia e ao processo de trabalho do hospital, foi feita visitação a este para apreciação do estudo à chefia de enfermagem da emergência e solicitação de liberação dos sujeitos para a realização da entrevista, caso desejassem participar desta durante a jornada de trabalho. A chefia de enfermagem gentilmente acolheu e encorajou o estudo, disponibilizando o espaço para a realização da coleta de dados àqueles que concordassem em participar do estudo.

3.3 A COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foi utilizada a técnica de entrevista, cujo instrumento utilizado foi um roteiro de entrevista (Apêndice A) elaborado pelas autoras, composto por 13 itens e dividido em duas etapas. A primeira foi composta por sete perguntas, abertas e fechadas, com o objetivo de caracterizar os sujeitos da pesquisa. A segunda foi composta por seis perguntas abertas, semi-estruturadas que, após gravação da entrevista, foram transcritas de maneira literal. Tais perguntas serviram de base para a entrevista, mas outras perguntas surgiram a partir da necessidade de se aprofundar determinados pontos dos depoimentos. Posteriormente, esses dados foram analisados através da técnica de análise de dados proposta por Bardin (2010).

Cabe citar que a técnica de entrevista foi escolhida por oportunizar ao pesquisador emergir na singularidade do indivíduo, naquilo que ele deseja dar a conhecer e naquilo que ele procura esconder, e ao mesmo tempo, produzir dados homogêneos que refletem as características do universo estudado. A escolha também pareceu-nos pertinente por nos permitir atender aos objetivos que desejávamos alcançar ao término do estudo.

O roteiro de entrevista, por ser semi-estruturado, permitiu que as questões abordadas fossem aprofundadas através de questionamentos que surgiram a partir da fala dos participantes. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo entrevistado (apêndice B), sucedeu-se a entrevista que foi gravada na íntegra através de gravador de voz digital, transformada em arquivo MP3 identificado de acordo com o codinome dado para o sujeito entrevistado, para posterior compilação em CD.

Ressaltamos que consta no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a autorização para arquivamento dos dados para posterior utilização em desdobramentos após término deste estudo. E que, antes de concordarem com a participação, procederam-se as orientações acerca dos aspectos éticos e legais que permeiam o estudo, descritos no referido Termo, onde foi destacado o caráter sigiloso e voluntário da participação dos entrevistados, bem como a garantia de retirada de seu consentimento em qualquer fase do estudo, caso o entrevistado decida não mais participar.

Àqueles que concordaram em participar, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, as quais uma permaneceu com as autoras e uma foi cedida ao depoente. Os aspectos éticos e legais encontram-se descritos, posteriormente, no item 3.5.

As entrevistas foram agendadas com aqueles que aceitaram participar do estudo. O local e a data para a entrevista foram indicados pelo próprio entrevistado, a fim de não prejudicar seu desempenho profissional ou atrapalhar o andamento do serviço. Todos os profissionais que aceitaram participar do estudo ofereceram disponibilidade imediata para a realização da entrevista, e, por isso, todas as entrevistas foram realizadas no momento da abordagem inicial.

Foi dada a oportunidade aos sujeitos de decidirem sobre o local onde foi feita a entrevista, tendo sido solicitado previamente que fosse escolhido local agradável, ventilado e livre de ruídos e de interrupções. Foram escolhidos como local para realização da entrevista salas ou enfermarias vazias, sala de estar da enfermagem e os jardins do hospital onde foi realizado o estudo. No entanto, alguns profissionais solicitaram a realização da entrevista no próprio ambiente de trabalho por não se sentirem à vontade em ausentar-se do local. As entrevistas foram realizadas individualmente.

Como algumas entrevistas foram feitas no próprio ambiente laboral, foi respeitada a dinâmica de trabalho dos depoentes, o que, de certa forma, constituiu-se obstáculo para a coleta de dados em sua plenitude, bem como para o aprofundamento de questões surgidas durante a entrevista. No entanto, foi possível observar o esgotamento do tema abordado na entrevista através da convergência dos achados, o que nos permitiu concluir a coleta de dados a partir do total de 24 entrevistas, realizadas no período entre fevereiro e março de 2011.

As entrevistas foram transcritas literalmente, utilizando o software Microsoft Office Word 2007 e foram salvas no modo *.doc* para que pudessem ser visualizadas também utilizando as versões anteriores deste software. Como forma de identificação da entrevista e como título das gravações de arquivo “MP3” e de texto *.doc*, foi estabelecido o seguinte critério: A primeira letra do codinome refere-se à palavra “Entrevista”. A segunda letra refere-se ao sexo do entrevistado. O número refere-se à ordem a qual se sucederam as entrevistas. Por exemplo: EM1 – Primeira Entrevista cedida por uma Mulher, EH1 – Primeira Entrevista cedida por um Homem.

3.4 A ANÁLISE DOS DADOS

Utilizamos a análise de conteúdo para o tratamento dos dados provenientes das entrevistas. Para Bardin (2010, p.33, grifo do autor), a análise de conteúdo “é um conjunto de técnicas de análise das comunicações”, que permite evidenciar a presença ou a ausência de determinado fenômeno a partir da mensagem comunicada pelos sujeitos.

Recorremos à organização dos elementos das entrevistas em categorias, com base nos objetivos propostos pelo estudo. A análise categorial é descrita por Bardin (2010, 199p) como “operações de desmembramento do texto em unidades categoriais segundo reagrupamentos analógicos”, sendo a técnica cronologicamente mais antiga e a mais utilizada na prática. Para isso, Bardin (2010) explica que a análise de conteúdo deve ser organizada através de pólos cronológicos, a saber: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A **pré-análise** é a fase de organização a qual se constitui por leitura flutuante que, segundo Bardin (2010, p.122), “consiste em estabelecer contato com os documentos a analisar e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações”. Primeiramente, após leitura flutuante e sucessivas leituras, foi feita a decifração estrutural, onde as entrevistas foram trabalhadas separadamente. Cabe ressaltar que o conjunto de 24 entrevistas constituiu o *corpus* da análise.

Como toda entrevista possui um encadeamento, novamente através de releituras, procuramos visualizar a dinâmica que cada entrevista possui, através do mapeamento das entrevistas. Como escolhemos a análise de conteúdo temático-categorial, identificamos as unidades de registro através de marcações coloridas, o que nos permitiu definir as unidades de significação, que, neste caso, são os temas, que emergiram das unidades de registro.

Assim, utilizamos como recorte o tema, que, para Bardin (2010, p.131), “é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”. E ainda “consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN, 2010, p.131, grifo do autor).

Segundo Bardin (2010), a análise temática é uma possibilidade analítica que consiste em dividir o texto em temas principais. Para a autora (op. cit., p.130) a unidade de registro “é a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial”.

Quanto à **exploração do material**, Bardin (2010, p.127) cita que é a fase em que serão feitas as “operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas”. As unidades de registro foram agrupadas de acordo com sua similaridade semântica, que, posteriormente revelaram os temas citados pelos entrevistados. Os temas, então, foram agrupados em um quadro.

Para cada tema foram contabilizadas as respectivas unidades de registro presentes no *corpus*. As unidades de registro foram freqüenciadas. Os temas foram quantificados de acordo com a quantidade de unidades de registro que possui. Os temas mais evocados serviram de base para criação das categorias de análise, conforme observamos no quadro 01. Posteriormente, serão apresentados os quadros referentes às unidades de registro que originaram os temas que compõem o estudo (quadro 02).

O **tratamento dos resultados**, segundo Bardin (2010), consiste em tornar os dados significativos e válidos através da criação de quadros de resultados para propor inferências e interpretações de acordo com os objetivos propostos. Neste momento podem surgir achados que evidenciam descobertas que poderão desdobrar-se em novas oportunidades de análise.

CÓDIGO DO TEMA	TEMAS / UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	TOTAL DE UR	% UR / TEMA	CATEGORIAS	TOTAL DE UR / CATEGORIA	% UR / CATEGORIA
I	Problemas organizacionais	143	18,08	Delineamento da violência sofrida pelo profissional de enfermagem em emergência hospitalar	527	66,62
II	Fatores que influenciam a violência	143	18,08			
III	Formas de violência	119	15,04			
IV	Enfermeiro enquanto referência para o usuário	67	8,47			
V	Perfil do usuário	55	6,95			
VI	Sentimentos / atitudes do trabalhador que sofreu a violência	129	16,31	Consequências da violência para a saúde e para o trabalho do profissional de enfermagem	264	33,38
VII	Influência da violência para a saúde do trabalhador	84	10,62			
VIII	Influência da violência para o trabalho	51	6,45			
TOTAL DE UR		791	100,00	TOTAL DE UR	791	100,00

Quadro 01 – Síntese da análise dos dados emergidos das 24 entrevistas realizadas com profissionais de enfermagem.

Conforme dito anteriormente, através das unidades de registro foi possível identificar os temas que emergiram das falas dos entrevistados. No quadro 02 estão descritas as unidades de registro, e seus respectivos temas.

CLASSIFICAÇÃO	UNIDADES DE REGISTRO
Problemas organizacionais	<p>"[...]porque não se tem lugar pra sentar, não se tem um lugar pra internar essa pessoa direito, nem pro acompanhante, familiar que vai ficar sentado na cadeira há dias, isso gera a violência". (EM2)</p> <p>"Essa questão de você ficar com o paciente três, quatro, cinco, sete dias internado sentado é ruim porque eles ficam extremamente agitados". (EM18)</p> <p>"Aqui na nossa emergência a gente não faz um atendimento adequado pelo espaço e a correria e o número insuficiente de profissionais perto do número excessivo de pacientes, entendeu?" (EM6)</p> <p>"Porque a demanda é muito grande, o atendimento é difícil, o local é pequeno, pelo menos aqui, eu digo pela minha realidade aqui no hospital na emergência". (EM12)</p> <p>"O paciente chega aqui, né, às vezes ele demora seis horas pra ser atendido" (EM2)</p> <p>"A reclamação é sempre essa: ausência de médico e a demora de atendimento". (EH5)</p> <p>"Ah, eu acho que a nossa chefia devia olhar mais pela gente aqui embaixo, pelo menos esse setor horrível aqui". (EM4)</p>
Fatores que influenciam a violência	<p>Geralmente eu ignoro ou debocho, eu rio ou às vezes mostro o poder também 'olha, você não pode falar isso comigo. (EM13)</p> <p>"Tem uma vez ou outra que você acaba se excedendo porque tem aquele dia que você respira pra estar bem, mas você não está bem, né?". (EM6)</p> <p>"Quando me irrita ou me ofende aí eu peço pra retirar se tiver um menino, se tiver alguma coisa, algum rapaz com a gente, né, eu peço pra ficar perto ou eu peço pro policial pra retirar". (EM2)</p> <p>"Não saí da minha casa pra ser ofendida, mas eu também não vou responder com outra ofensa, né? [...] pelo menos é dessa forma que eu procedo nunca fui de bater boca, ou responder, não vou". (EM2)</p> <p>"A fulana foi parar na delegacia e não deu em nada. Nem como desacato ao funcionário [pausa curta] caiu em pizza mesmo [...] Em nada. Nunca dá em nada". (EM6)</p>

<p>Formas de violência</p>	<p>"O acompanhante falou que estava me marcando e que ia me matar se o paciente morresse ele ia me matar". (EM1)</p> <p>"A questão da intimidação com o dedo de longe, no tom alto, tom alto com dedo [pausa curta] sempre tem". (EM3)</p> <p>"Ah, eles falam de tudo, xinga, diz que vai pegar lá fora, né, ameaça". (EH4)</p> <p>"Como uma colega que apanhou na subida da passarela, juntaram ela na subida da passarela, por causa de uma bobagem". (EM4)</p> <p>"Ameaça, agressão física mesmo.. é... xingamento, né.. ofensa, assim... é violência também [...]". (EH3)</p> <p>"Porque eles ali, qualquer coisinha eles querem cair na porrada, o paciente mesmo, ele não perturba, mas o acompanhante perturba muito. Ele é que cria o caso". (EM4)</p>
<p>Enfermeiro enquanto referência para o usuário</p>	<p>"Aí até esse médico aparecer a enfermagem já foi xingada várias vezes ..." (EM5)</p> <p>"A única pessoa que tem ali como referência ao hospital sou eu, então a única pessoa com quem ela vai falar 'Pô, eu quero que meu pai seja atendido, você não faz nada' sou eu." (EM16)</p> <p>"Você tá em contato, você tá de repente tentando pegar um acesso aí não consegue e acha que a culpa é sua. O paciente que é difícil, mas acha que a culpa é da enfermagem". (EM15)</p> <p>"Olha só, chega a ser mais pra enfermagem porque a gente está mais exposto a gente está ali a todo momento". (EM7)</p>
<p>Perfil do usuário</p>	<p>"É da educação, não vou nem dizer pra você que é assim da condição social, porque educação indifere". (EH2)</p> <p>"Cada um tem uma forma de botar pra fora o que sente e às vezes é de forma agressiva. Não tem jeito". (EM18)</p> <p>"É porque aqui sendo hospital público interna muita gente de comunidade, muita gente de nível cultural baixo ... e elas já chegam aqui com uma carga emocional muito pesada" (EM19)</p>

Sentimentos / atitudes do trabalhador que sofreu a violência	<p>"Então você fica com medo sim, as pessoas já te encaram, já tem aquele jeito grosseiro, aí você fica com medo. Dá muito medo sim". (EM19)</p> <p>"Então alguém tem que ser tolerante, infelizmente temos que ser nós". (EH2)</p> <p>"Porque eu acho que se eu estivesse lá eu faria a mesma coisa, entendeu?" (EM11)</p> <p>"Naquele momento eu sinto que eu não consegui passar a grande informação no qual eu estudei tanto tempo pra passar, que foi o ato do cuidar". (EH2)</p>
Influência da violência para a saúde do trabalhador	<p>"E [pausa curta] a minha pressão subia [pausa curta] fazia pico hipertensivo, pico glicêmico, entendeu? porque eu ficava naquela acuada, né? Aí o meu organismo reagia, já que eu não reagia..." (EM8)</p> <p>"Porque a pressão [arterial] sobe, dá dor de cabeça [...] Acontece também fisicamente algumas coisas, de tremor, porque quando você fica nervosa depois acaba acontecendo... esses quadros de tremor, tudo pelo estresse que deu, né?" (EM1)</p> <p>"Isso influi na tua saúde, isso influi em tudo seu". (EM5)</p> <p>"A gente tem companheiros de vinte e tantos anos de trinta anos com hipertensão, sabe? Com diabetes, com hipertensão, com tudo e não era pra estar". (EM18)</p> <p>"O corpo depende do espírito, uma vez que você está triste, seu corpo está triste". (EH2)</p> <p>"Se ela é submetida a essa situação rotineiramente e não tem preparo pra lidar com isso, às vezes, pode levar sim". (EH1)</p> <p>"Tem gente que sim, cada um tem o seu estado o seu emocional e de uma certa maneira em algumas pessoas influencia, tem gente que não". (EM15)</p>

<p>Influência da violência para o trabalho</p>	<p>"É uma válvula de escape, né? Assim, o meu cigarro é meio que minha muleta, né? A gente tem uma demanda psicológica e a gente usa o cigarro pra que ela passe, entendeu?" (EH3)</p> <p>"Às vezes eu chego em casa e falo com meu marido, porque fulano de tal tava errada, porque fulano de tal tava certa, e assim desabafei acabou, acabou o assunto". (EM11)</p> <p>"Ah fiquei mexido, me ofendeu, me fez mal, mas o plantão em si, o trabalho correu de forma tranqüila. Minha equipe é muito legal". (EH3)</p> <p>"Eu tava de dia eu peguei o plantão de alguém pra fazer a noite pra não sair, com medo, óbvio, né? Aí eu dobrei". (EH3)</p> <p>"Se você tem alguma coisa que te atrapalha no cuidado, você não cuida". (EH3)</p> <p>"Aí acaba que a gente não consegue ter uma [pausa curta] dar uma assistência boa [pausa curta] entendeu?" (EM19)</p> <p>"Me chamou agora vou tentar resolver, mas eu não estava muito ligada no plantão não, sabe?" (EM1)</p> <p>"Depois que o paciente faz isso comigo eu não consigo atender outro com um sorriso. [...] Não tem mais a mesma qualidade que o atendimento anterior ao estresse". (EH3)</p>
--	--

Quadro 02 – Unidades de registro que compuseram a análise dos dados emergidos das 24 entrevistas realizadas com profissionais de enfermagem.

Salientamos que os dados que compõem a caracterização dos sujeitos foram tabulados quantitativamente a partir de análises frequenciais simples, o que, não descaracteriza o perfil qualitativo do estudo. No entanto, as tabulações auxiliam na visualização das características dos entrevistados e na aproximação com os sujeitos do estudo.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

Por envolver pesquisa com seres humanos, o presente estudo foi submetido à apreciação e autorização (Apêndice C), no cenário, pela Direção de Enfermagem, pela chefia de enfermagem da emergência e pela chefia médica da emergência da instituição de saúde. E submetido, posteriormente, à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da própria instituição, conforme o proposto pela Resolução nº 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde. Tal Resolução (BRASIL, 1996) estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Foi feita a submissão do estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa do hospital em estudo no dia 29 de novembro de 2010, que, após reunir-se no dia 03 de dezembro de 2010, aprovou o estudo sob o registro CEP 49/10.

Cabe enfatizar que estudo não oferece auxílio financeiro, nem algum tipo de ônus para os participantes, dado que sua participação é de livre arbítrio. A identidade dos profissionais será resguardada através de identificadores, de modo a mantê-los em anonimato. É assegurada a liberdade do participante de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo para o participante e para a pesquisa. Cabe ainda ressaltar que a pesquisa não teve financiamento institucional, além de não ter utilizado material biológico dos participantes. Os encargos financeiros ficaram por parte do pesquisador.

Os aspectos pertinentes à pesquisa e à participação dos sujeitos foram descritos no termo de consentimento livre e esclarecido, que foi assinado pelos profissionais de enfermagem que concordaram em participar do estudo, antes do início da entrevista. Neste termo são assegurados: o sigilo, através da codificação dos nomes dos entrevistados e da supressão de expressões, termos e nomes que pudessem identificar o depoente; a liberdade do participante de se recusar a participar em qualquer fase do estudo, sem prejuízo ou penalização para ambos; o respeito aos valores éticos, morais, religiosos, culturais, hábitos e costumes; a ausência de custos para o participante.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Foram entrevistados 24 profissionais de enfermagem entre os meses de fevereiro e março de 2011. Ao serem questionados quanto ao sexo, 19 (79,17%) entrevistados referiram ser do sexo feminino, enquanto que cinco (20,83%) referiram ser do sexo masculino. Quanto à categoria profissional, podemos observar que dez (41,67%) entrevistados relataram ser técnicos de enfermagem, oito (33,33%) são auxiliares de enfermagem e seis (25%) são enfermeiros, conforme observamos no gráfico 01, que correlaciona sexo e categoria profissional.

Com relação ao sexo, podemos considerar os primórdios da enfermagem que foi marcada por figuras femininas como Florence Nightingale e Ana Neri que contribuíram para aprimorar ações em saúde visando ao restabelecimento da saúde física ou mental da população (RODRIGUES, 2001).

Atualmente, apesar de estudos como o de Prata (2010) apontarem uma maior inserção do homem na enfermagem, ainda podemos observar o predomínio das mulheres em alguns locais de trabalho. Isso nos remete a questões relativas ao sexo feminino que podem ter relevância por influenciar direta ou indiretamente a saúde e o trabalho da profissional.

Magnago et al (2010) associam o nível socioeconômico à situação de saúde física e mental dos trabalhadores. As autoras (op. cit.) citam, dentre as características abordadas, ser mulher, ter filhos pequenos e a baixa renda como determinantes, pois podem relacionar-se às atribuições que a mulher possui dentro da família. Assim, as tarefas domésticas, que até hoje são desenvolvidas quase que exclusivamente pela mulher, principalmente dentre as famílias que possuem baixa renda, contribuem para elevar a jornada de trabalho e, conseqüentemente, aumentar a tensão mental e física dessa trabalhadora.

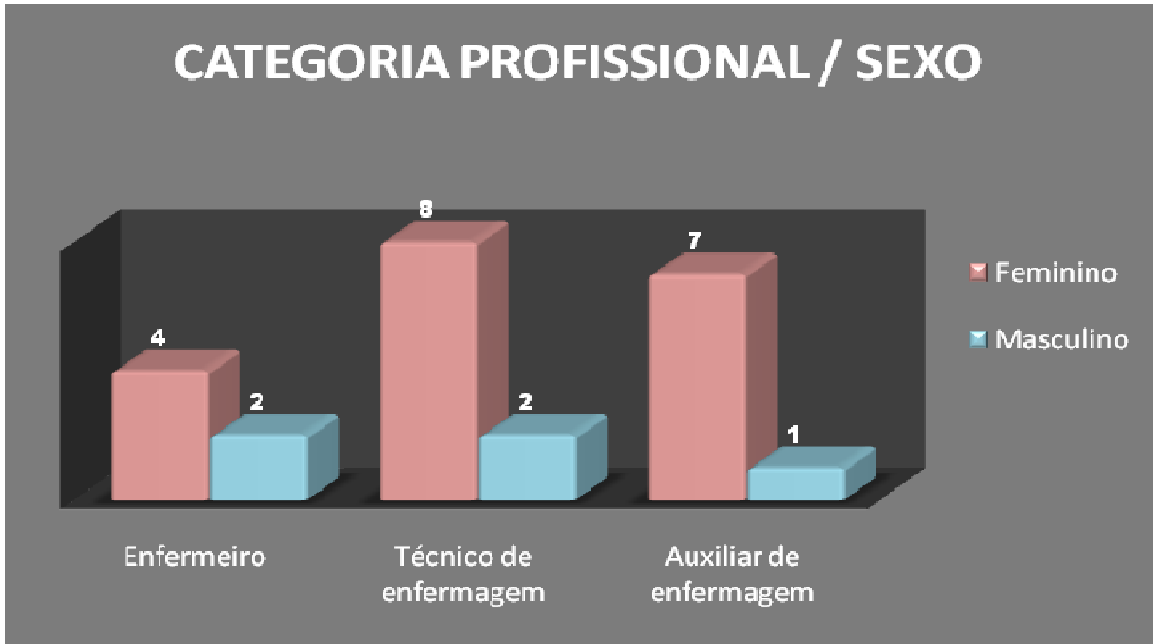


Gráfico 01 – Distribuição dos 24 profissionais entrevistados por sexo e categoria profissional.

Retomando a discussão acerca da categoria profissional, podemos inferir que os achados refletem a realidade da profissão, que possui níveis hierárquicos e que é constituída por equipe, cujo contingente maior é o de técnicos e auxiliares de enfermagem em comparação com o número de enfermeiros. Apesar de não termos tido acesso ao quantitativo de usuários do SUS que são atendidos diariamente, a observação do cenário de pesquisa nos revelou a superlotação do serviço de emergência em questão.

Quanto ao dimensionamento de pessoal e a organização do trabalho, estudos como o de Calderero, Miasso e Corradi-Webster (2008) apontam fontes de estresse do profissional de enfermagem o funcionamento organizacional deficitário, os relacionamentos interpessoais e a sobrecarga de trabalho. Corroborando com nossos achados, a sobrecarga de trabalho, para os autores (op. cit.), particularmente, é apontada como consequência do déficit de recursos humanos.

Quanto à predominância de técnicos de enfermagem no espaço de trabalho estudado, os achados de Sancinetti et al (2009), relacionados à taxa de absenteísmo – doença, mostram que a categoria de técnicos / auxiliares de enfermagem configura,

quantitativamente, a maior força de trabalho da enfermagem, mas também é, estatisticamente, a que mais se ausenta do trabalho por motivo de doença.

Dos motivos do absenteísmo, foram encontrados, principalmente, doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo e transtornos mentais e comportamentais. Estes problemas de saúde estão relacionados às cargas fisiológicas e psíquicas geradas pelo trabalho (SANCINETTI et al, 2009). Corroborando com tais achados, o estudo de Silva e Marziale (2006) também apontou o auxiliar de enfermagem como responsável pelos maiores índices de frequência de absenteísmo na pediatria, central de material e esterilização, clínica médica, UTI e pronto atendimento.

O estudo de Campos, Juliani e Palhares (2009) também evidenciou a predominância de técnicos e auxiliares de enfermagem dentre os profissionais de enfermagem que mais contribuem para manutenção de elevados índices de absenteísmo no ambiente hospitalar, sendo a licença médica a forma mais encontrada como justificativa de ausência. As autoras citam como possível motivo para tais ausências a sobrecarga de trabalho, que, por sua vez, é causada pela dificuldade de dimensionamento de pessoal, frente aos altos índices de absenteísmo encontrados nos hospitais.

Na realidade do presente estudo, onde se observa a superlotação do setor, também podemos inferir que o absenteísmo – doença agrava a sobrecarga de trabalho já existente, aumentando a chance de adoecimento do profissional de enfermagem e contribuindo para a manutenção das elevadas taxas de absenteísmo - doença. Corroborando com esta afirmativa, Sancinetti et al (2009) relacionam também a sobrecarga de trabalho gerada pela superlotação dos serviços hospitalares com o adoecimento do profissional.

A partir dos achados do presente estudo, podemos inferir que, os técnicos de enfermagem, por serem a categoria predominante e por estarem ligados às atividades de cuidado que exigem o contato direto com o usuário, está mais exposto às cargas psíquicas e fisiológicas geradas pela violência e, portanto, possui maior probabilidade de adoecimento. A sobrecarga de trabalho e o adoecimento do profissional de enfermagem contribuem para agravar conflitos existentes, podendo gerar ou estimular situações de violência por parte do usuário.

Também foi verificada que 10 (41,67%) dos 24 profissionais entrevistados encontram-se na faixa etária entre 20 e 30 anos, oito (33,33%) apresentavam idades entre 30 e 40 anos, três (12,5%) possuem entre 40 e 50 anos e três (12,5%) estão na faixa etária entre 50 e 60 anos.

Correlacionando esses dados com a categoria profissional observamos que, dos dez profissionais que estão na faixa etária entre 20 e 30 anos, encontramos cinco (50%) auxiliares de enfermagem, três (30%) técnicos de enfermagem e dois (20%) enfermeiros. Na faixa etária entre 30 e 40 anos, dos oito profissionais, encontramos cinco (62,5%) técnicos de enfermagem, dois (25%) enfermeiros e um (12,5%) auxiliar de enfermagem. Dos três profissionais que se encontram na faixa etária entre 40 e 50 anos temos dois (66,67%) enfermeiros e um (33,33%) técnico de enfermagem e, dos três que se encontram na faixa etária entre 50 e 60 anos, temos dois (66,67%) auxiliares de enfermagem e um (33,33%) técnico de enfermagem, conforme observado no gráfico 02.

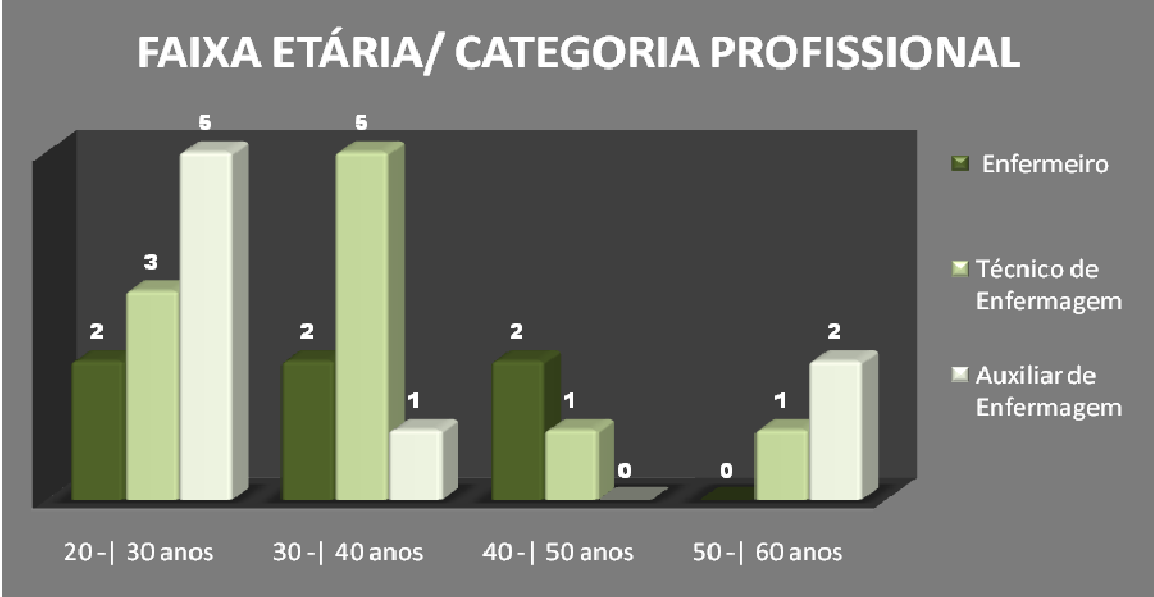


Gráfico 02 – Distribuição dos 24 profissionais entrevistados por faixa etária e categoria profissional.

Com relação à faixa etária e ao índice de absenteísmo – doença, apesar de Sancinetti et al (2009) verificarem a média de 40,2 anos nos profissionais que apresentaram pelo menos um afastamento por doença no período estudado, o estudo

não encontrou, estatisticamente, correlação entre o absenteísmo – doença e a faixa etária.

Silva e Marziale (2006) apontam a força de trabalho da enfermagem predominantemente jovem e feminina, características consideradas pelas autoras (op. cit.) como contribuintes para o aumento do absenteísmo relacionado às duplas e triplas jornadas de trabalho e considerando as atividades domésticas. No entanto, o estudo de Silva e Marziale (2006) e o estudo de Kirchhof et al (2009) não encontraram evidência estatística de associação entre problemas de saúde e sexo.

Se correlacionarmos a faixa etária com o tempo de serviço no hospital podemos observar que os 10 (100%) profissionais que se encontram na faixa etária entre 20 e 30 anos estão trabalhando na emergência desde a data da admissão no hospital, seis (75%) profissionais que se encontram na faixa etária entre 30 e 40 anos também trabalham na emergência desde a data de admissão e o mesmo equivale para os três (100%) profissionais que possuem idade entre 40 e 50 anos e dois (66,67%) dos profissionais que se encontram entre 50 e 60 anos, conforme podemos observar no gráfico 03.

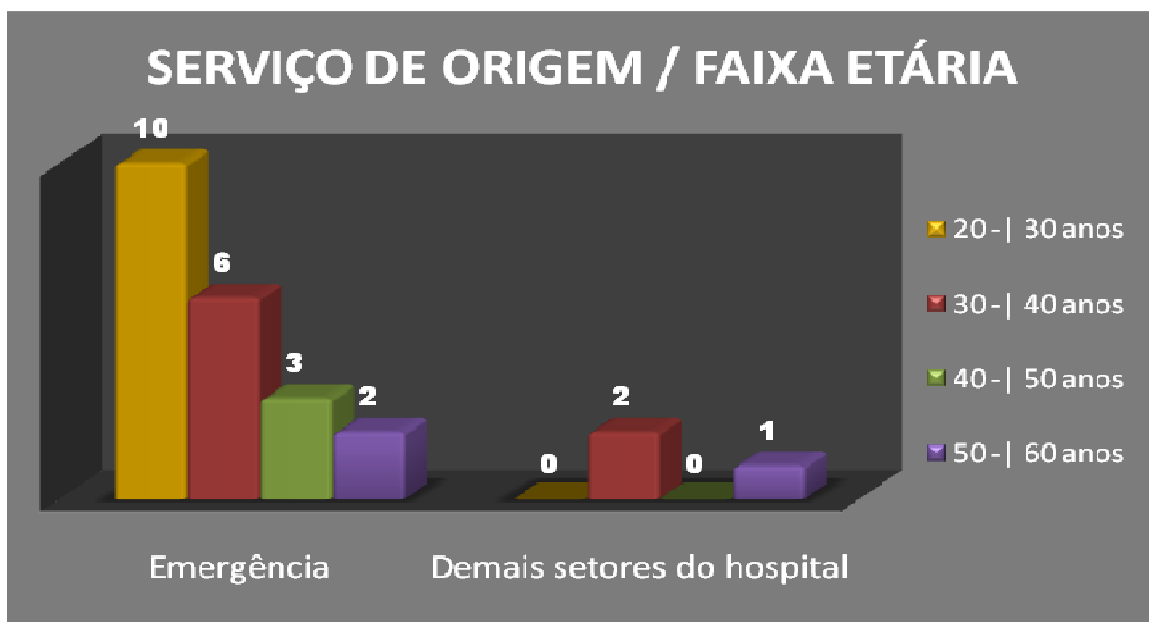


Gráfico 03 – Distribuição dos 24 entrevistados por serviço de origem e faixa etária.

A partir da correlação feita entre a faixa etária e o tempo de serviço no setor da emergência, podemos inferir que nos hospitais que possuem serviço de emergência o profissional recém formado ou com pouca experiência profissional inicia suas atividades laborativas no serviço hospitalar lotado no setor de emergência.

Costa e Marziale (2006, p.339) citam que a emergência possui a particularidade de ser um setor da unidade hospitalar que exige do profissional pontualidade e regularidade, pois “há também uma pressão para rapidez na realização das atividades, não só pela alta demanda, mas também pela necessidade de vencer a corrida em benefício da vida”.

As autoras (2006) afirmam que, devido às suas particularidades, a emergência hospitalar exige do profissional uma adequação do corpo à rapidez tanto pelas necessidades em saúde do paciente quanto pelas exigências da instituição.

Desta forma, podemos inferir que, ao se inserir no mercado de trabalho, a falta de experiência direciona o profissional de enfermagem a iniciar sua carreira na emergência, uma vez que as particularidades deste setor, salientadas pelas referidas autoras (2006), proporcionam maior destreza e técnica ao profissional recém-formado.

No entanto, Costa (2005) ressalta que as exigências institucionais fazem com que a emergência seja um setor voltado para a produtividade, diminuindo o foco nas necessidades menos urgentes do paciente, pela sua natureza medicalocêntrica. Não pela desvalorização dessas necessidades, mas pela urgência de ações que as situações requerem.

Isso pode ter um lado negativo para o profissional de enfermagem, pois, de acordo com Costa (2005), devido às características deste setor, as dimensões de cuidado prestadas pela equipe de enfermagem, voltadas ao conforto, às orientações, bem como o apoio psicológico, humano, social e espiritual, ficam em segundo plano, dificultando a construção de vínculos entre o profissional e o usuário do sistema de saúde, podendo também levar o profissional recém-formado à frustração.

Sob esse enfoque, podemos inferir que a dificuldade na construção de vínculos entre o profissional de enfermagem e o usuário, no fornecimento de informações relacionadas a saúde e no apoio psicológico ao usuário podem fazer agravar nesse

usuário tensões relacionadas ao processo de adoecimento levando a situações de violência contra o profissional de enfermagem.

Além disso, Kirchof et al (2009) indicam a prevalência de distúrbios psíquicos menores em profissionais de enfermagem jovens e relacionam este achado com a falta de experiência para lidar com certas situações que podem surgir no cotidiano do trabalho.

Assim, o pouco conhecimento do contexto dificulta o enfrentamento das dificuldades encontradas, aumentando o estresse e a carga psíquica do trabalho. Estes, além de propiciarem o adoecimento do profissional, contribuem para diminuir a disposição para o trabalho e, conseqüentemente, a qualidade da assistência prestada à população, gerando insatisfação e agravando situações de violência.

Ao perguntarmos acerca dos locais da emergência onde os profissionais entrevistados desenvolvem suas atividades laborais, percebemos que houve 15 citações para todos os setores, três para hipodermia, e para pediatria, dois para medicação, para UPG e para a sala de trauma e um para o fluxo, para enfermarias e para supervisão de enfermagem, conforme o gráfico 04.

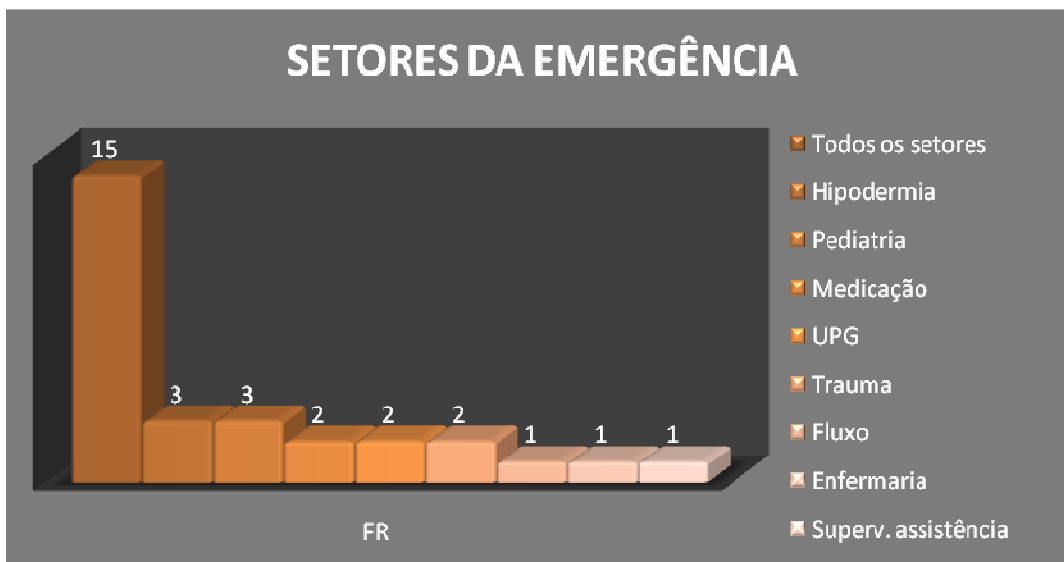


Gráfico 04 – Setores da emergência onde os 24 profissionais entrevistados trabalham.

Esses dados indicam um certo revezamento dos locais de trabalho, uma vez que a maioria (15) das citações aponta para o desenvolvimento das atividades práticas na

emergência em locais diferentes do local de origem. Esse fato pode ser explicado através das trocas de plantão feitas entre profissionais de mesmo nível hierárquico, dos remanejamentos feitos pela chefia de enfermagem devido a ausências no plantão e dos plantões extras. É sabido que as práticas de troca e “pagamento” de plantão e remanejamento de funcionário são exercidas na enfermagem. Para alguns, tais práticas servem como alívio da sobrecarga física e emocional que a emergência confere aos profissionais.

Com relação a esse alívio, Dejours (1980 apud DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET, 1994, p.25) explica que o homem necessita descarregar as energias psíquicas produzidas a partir do trabalho, do contrário elas se tornarão “fonte de tensão e desprazer” até advir “a fadiga, a astenia, e a partir daí a patologia”. Isso ocorre porque, segundo o autor (op. cit., p.24):

- “O organismo do trabalhador não é um motor humano, na medida em que é permanentemente objeto de excitações, não somente exógenas, mas também endógenas.
- O trabalhador não chega ao seu local de trabalho como uma máquina nova. Ele possui uma história pessoal que se concretiza por uma certa qualidade de suas aspirações, de seus desejos, de suas motivações, de suas necessidades psicológicas, que integram sua história passada. Isso confere a cada indivíduo características únicas e pessoais.
- O trabalhador, enfim, em razão de sua história, dispõe de vias de descarga preferenciais que não são as mesmas para todos e que participam na formação daquilo que denominamos estrutura da personalidade.” (DEJOURS apud DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET, 1994, p.24)

Deste modo, podemos analisar as práticas de troca de plantão, rodízio entre os setores da emergência, espaçamentos de plantão sob a ótica da descarga psíquica apresentada por Dejours (1984 apud, DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET, 1994), levando em consideração também que cada profissional irá se comportar de maneira particular na produção dessas descargas. Por isso, para os profissionais, cujo trabalho consegue dar conta da descarga psíquica, o próprio trabalho será a fonte de equilíbrio.

4.2 CATEGORIAS DE ANÁLISE DOS DADOS

Considerando os dados emergidos das entrevistas, foram criadas duas categorias, a saber: Delineamento da violência sofrida pelo profissional de enfermagem em emergência hospitalar; e Consequências da violência na saúde do profissional de enfermagem e no exercício de suas atividades laborativas.

4.2.1 Categoria I – Delineamento da violência sofrida pelo profissional de enfermagem na emergência hospitalar

Os profissionais de enfermagem entrevistados identificaram a existência de problemas na instituição de saúde que contribuem para o surgimento de situações de violência no usuário do sistema de saúde. Cabe ressaltar, que estamos considerando o termo “usuário do sistema de saúde” enquanto termo comum para o cliente e para o acompanhante/ visita do paciente, pois entendemos que quando acolhemos e ouvimos o acompanhante/ visita estamos estendendo o cuidado do cliente para a sua família e, conseqüentemente, estamos contribuindo também para a recuperação desse cliente.

De um modo geral, os problemas apontados estão relacionados à gestão do serviço de emergência, aliados a um processo de trabalho deficiente e à alta demanda de população que busca os serviços de saúde. Esses problemas geram demora no atendimento, diminuição da qualidade da assistência prestada ao usuário do sistema de saúde e conseqüente insatisfação do usuário do sistema de saúde.

Um exemplo dos problemas relacionados ao processo de trabalho no serviço de emergência é a superlotação desse setor, que obriga a alocação dos usuários em espaços não calculados previamente para disposição de leitos extras. Aliado a isso, temos o sofrimento e o medo que envolve o processo de adoecimento e hospitalização tanto para o usuário quanto para seu acompanhante, além das características do usuário, relacionadas pelos entrevistados aos modelos de violência aprendidos no ambiente social e ao seu perfil sócio-econômico e cultural.

Silva e Marziale (2006, p.170) explicam que as inadequadas condições de trabalho são “provenientes do ambiente de trabalho, da forma de organização e das

atividades insalubres executadas, caracterizadas pela exposição dos trabalhadores de enfermagem, aos fatores de risco aos agentes biológicos, químicos, físicos” que contribuem para o adoecimento do profissional.

Calderero, Miasso e Corradi-Webster (2008) também citam a falta de recursos humanos e de recursos materiais, aliada a falta de organização do trabalho, como fonte de desgaste físico e mental dos profissionais de enfermagem. As autoras (op. cit.) apontam que a sobrecarga de trabalho se deve, principalmente, ao déficit de recursos humanos.

Esses fatores citados são fontes geradoras de insatisfação do usuário em relação ao atendimento recebido na unidade de saúde, que, diante das tensões que envolvem a situação de doença, irá se expressar de maneira violenta. No entanto, o extravasamento dessas tensões será dirigido ao profissional que estiver presente no momento. Para os entrevistados, como o profissional de enfermagem possui maior parte do tempo em contato com o usuário, ele será o profissional mais atingido pela violência que parte do usuário ou de seu acompanhante.

No entanto, existem fatores que atenuam ou inibem situações violentas, como a presença do segurança no local, a postura do profissional em não estimular a violência e procurar explicar a situação ao paciente buscando tranquilizá-lo. Assim como existem fatores agravam as situações de violência como revidar e responder de maneira irônica e debochada a uma violência praticada pelo usuário.

Conforme anteriormente citado, os motivos que levam o usuário do sistema de saúde ou seu acompanhante/ visita a se expressarem de maneira violenta são variados e estão relacionados a diversos fatores. Deste modo, concordando com a Organização Mundial da Saúde (2003), nenhum fator separadamente explica as situações de violência. No entanto, iremos, primeiramente, expor os fatores citados pelos depoentes, separadamente, para, então, analisá-los em conjunto.

Dentre as fontes geradoras de atitudes violentas pelo usuário ou seu acompanhante, os problemas mais citados pelos depoentes são relacionados ao serviço de emergência. Os depoentes levam em consideração a demanda de atendimento elevada na unidade de saúde, em relação aos recursos existentes na instituição, como podemos observar a seguir:

"Aqui na nossa emergência a gente não faz um atendimento adequado pelo espaço e a correria e o número insuficiente de profissionais perto do número excessivo de pacientes, entendeu?" (EM6)

"Eu acho que faz parte, não porque deve, mas porque ela aparece devido à situação principalmente no serviço de emergência. Não sei na parte clínica assim se é normal. Porque a demanda é muito grande, o atendimento é difícil, o local é pequeno, pelo menos aqui, eu digo pela minha realidade aqui no hospital na emergência". (EM12)

Nessas falas, podemos perceber que os depoentes se referem à falta de infraestrutura para alocarem os usuários que buscam o atendimento devido à superlotação da unidade de saúde. A depoente EM6 cita ainda que a superlotação da unidade de emergência aumenta a demanda de serviços para profissionais de saúde que trabalham nesse setor, que somada à deficiência de recursos humanos, gera sobrecarga de trabalho.

Para Schmoeller et al (2011) as condições de trabalho às quais o profissional de enfermagem estão submetidos nos ambientes hospitalares refletem-se na qualidade da assistência prestada ao usuário e no sofrimento psíquico dos profissionais. Rodrigues (2001) afirma que a enfermagem precisa ser vista como um trabalho para que possa enfim conseguir transformar a realidade a qual está inserida.

Por não haver leito suficiente para alocar a demanda de usuários que necessitam de internação hospitalar para tratamento de saúde, as cadeiras existentes na unidade se tornam leitos hospitalares e os pacientes permanecem durante dias sentados aguardando leito hospitalar, como percebemos nas falas de EM2 e EM18, a seguir:

"Mas às vezes não, às vezes está muito cheio, está muito irritado e a população é de morro, então ela já entra aqui, né, já no limite, no limite do corpo, no limite da cabeça e aí o que se faz com essa pessoa? Nada, porque não se tem lugar pra sentar, não se tem um lugar pra internar essa pessoa direito, nem pro acompanhante, familiar que vai ficar sentado na cadeira há dias, isso gera a violência e a gente que tá ali na frente, né, a enfermagem ela tá na frente e a gente não tem o que fazer". (EM2)

"O pior realmente pra se trabalhar aqui é a hipodermia. Essa questão de você ficar com o paciente três, quatro, cinco, sete dias internado sentado é ruim porque eles ficam extremamente agitados e aí eles já se sentem meio que dono do setor porque eles já conhecem a rotina, já sabem o seu nome, já sabem tudo". (EM18)

Esta situação gera indignação tanto pelo acompanhante ou visita, que espera que o seu familiar receba atendimento adequado, quanto para o profissional que precisa adaptar suas ações às condições de trabalho que o ambiente oferece. Além disso, foram citados também problemas relacionados à organização do trabalho no serviço de emergência. Até mesmo a classificação de risco, implantada através da Política Nacional de Humanização (2004), é alvo da insatisfação da população:

"Então, assim, tem muita coisa que podia ser absorvida, que podia ser resolvida e que não adianta a enfermagem nesse momento atuar porque depende de outros profissionais. [...] Por conta de terceiros, né, e de outros profissionais ou de uma chefia mesmo que não atua como deveria atuar". (EM1)

"Sempre na porta também na portaria, é... gritam porque está entrando muita gente e a pessoa que eles estão acompanhando não está entrando. Eles não entendem que os casos graves passam a frente e aí começam a reclamar e levantam o tom". (EM3)

"[...] porque já ouvi médico chegar e falar quem superlota o hospital é a enfermagem, porque ela sempre dá um jeitinho de enfiar uma maca e fazer isso e fazer aquilo [...]" (EM5)".

"Já começa desde a recepção, onde ele não tem uma triagem adequada e a gente ali também que faz medicação e está ali ouvindo o paciente, muitas vezes o médico fala que vai tomar remédio, mas não explica o porquê, não fala pra que serve o remédio, e o paciente vem perguntar pra gente e a gente tem que responder, além de preparar, tem sempre que tá usando todas as coordenadas ali, explicar pra onde que vai fazer o exame, onde é que vira, qual é o caminho que tem que seguir". (EM12)

Além da sobrecarga de trabalho a qual o profissional de enfermagem se submete devido à superlotação do serviço de emergência, os depoentes também citaram a ausência de médicos, a demora no atendimento e a insatisfação relacionada ao cuidado prestado como fator gerador de violência. A ausência do médico agrava a demora do atendimento, provocando insatisfação do usuário. Esses fatores são expostos pelos depoimentos que se seguem:

"Eu acho assim, a maioria dos acompanhantes não estão 24 horas por dia, geralmente assim 90% não estão 24 horas por dia, então eles chegam lá, vão lá e levam o paciente e vão embora. No dia seguinte eles vêem o paciente no mesmo lugar, acha que não foi feito nada, acha que ninguém está olhando, acha que nada foi feito, pelo fato de não estar ali no dia-a-dia, não tá no contato 24 horas por dia". (EM3)

"Ela disse que eu não tinha competência porque eu não tava de branco eu tava com um pijaminha de emergência, então ela disse que eu era incompetente e que eu não podia fazer o que eu tava fazendo". (EM8)

"Ah, a gente escuta muito reclamação, né, de demora de atendimento. Então a maioria da violência que a gente escuta é porque está demorando muito, fala palavrões e a ausência de médico. A reclamação é sempre essa: ausência de médico e a demora de atendimento". (EH5)

"Hipodermia é frente de batalha. Eles chegam, olham pra você e falam assim: 'Cadê o médico?' Pô, eu tô no meu setor, eu não sei cadê o médico. Se responder isso, pode preparar o seu escudo. 'Eu não sei cadê o médico'. 'Como você não sabe?' 'Não sabendo. Eu to no meu setor, agora onde o médico tá...'. Pronto, aí já é o começo do samba-enredo. Isso dá enredo". (EM17)

"Acho que, isso também já é... essa impaciência é falta de paciência no geral. O paciente chega aqui, né, às vezes ele demora seis horas pra ser atendido, se você vem ao hospital naturalmente você está passando mal, né, e você ser atendido seis horas depois por "n" motivos, acontece do médico estar dormindo, acontece muito de noite, né, e ele demorar a ser atendido, revisão, por exemplo, e o médico tá dormindo, né?" (EM2)

Corroborando com estes achados, Kaiser e Bianchi (2008), Cezar e Marziale (2006) e Costa (2005) também identificaram problemas relacionados à infra-estrutura nos ambientes de saúde que geram insatisfação do usuário.

De acordo com o HumanizaSUS (2004), é necessária a adequação dos espaços físicos, proporcionando ambiente de cuidado tanto para o usuário do SUS quanto para o profissional no exercício de suas atividades laborativas, criando, assim, um ambiente humanizado.

Para Troncoso e Suazo (2007), o ato de cuidar nas instituições hospitalares está centrado no modelo biomédico, que valoriza os procedimentos, a técnica em detrimento das ações de cuidado das demais ações cuidadoras, diminuindo, assim, o aspecto humano e reduzindo-o a uma patologia ou a um objeto de estudo. Se o ato de cuidar não está centrado no ser humano e o cliente não é visto enquanto ser humano, não é possível realizar um cuidado humanizado nem promover um ambiente terapêutico, humanizado.

No entanto, essa humanização dos espaços de trabalho em saúde de que se trata o HumanizaSUS (2004) também se refere à humanização voltada para o profissional de saúde, incluindo o profissional de enfermagem. Os ambientes laborais

oferecem inúmeros perigos para a saúde do trabalho, conforme cita Costernaro, Lacerda e Ferreira (2008). Para as autoras (op. cit.), a falta de humanização nos espaços de trabalho da enfermagem configura-se como desconforto no ambiente de trabalho, caracterizado por ruídos exacerbados, carência de recursos materiais ou seu uso em condições obsoletas, alta luminosidade e carência de ambientes de descanso.

De acordo com Costernaro, Lacerda e Ferreira (2008), um ambiente de trabalho não humanizado propicia situações de violência, como consequência da falta de amor próprio e para com os demais, sejam eles colegas de trabalho ou os usuários do sistema de saúde, insatisfação profissional, mal-estar, desgaste do profissional e estresse. Corroborando com Troncoso e Suazo (2007), as autoras (2008) acreditam que a falta de humanização nos serviços hospitalares são perpetuadas pelo atual sistema organizacional em saúde, que privilegia o procedimento em detrimento do humano.

Deste modo, inferimos que os problemas organizacionais encontrados nos serviços hospitalares possuam sua gênese na falta de preocupação com os aspectos humanos do cuidado, afetando diretamente a qualidade de vida no trabalho e a qualidade do atendimento prestado à população. Para que ocorra a humanização dos serviços de saúde é preciso que o trabalho do profissional de saúde seja reconhecido e valorizado.

Costernaro, Lacerda e Ferreira (2008) acreditam que, para isso, princípios como respeito, solidariedade, ética e reconhecimento humano devem ser valorizados pelo profissional e pela instituição empregadora. Para as autoras (op. cit.), desta forma será possível a diminuição das situações de violência nos espaços de trabalho da enfermagem.

As falas previamente citadas evidenciam a falta de comprometimento existente por parte dos gestores em fazer cumprir as políticas públicas em saúde existentes. Para o HumanizaSUS (2004) seria necessário o redirecionamento da demanda de atendimento da população, de acordo com seus níveis de complexidade, para evitar a sobrecarga de atendimento nos serviços de emergência e, conseqüentemente, a sobrecarga de trabalho do profissional de enfermagem.

A primeira fala citada de EM2 com relação à infra-estrutura do serviço de emergência evidencia a impotência da enfermagem frente aos problemas de relacionamento interpessoal que afetam o atendimento em saúde. Já a primeira fala de EM3 traz para a discussão a questão da classificação de risco. Esta, de acordo com o HumanizaSUS (2004), estabelece que os casos existentes em serviços de urgência e emergência sejam atendidos de acordo com a sua gravidade.

Deste modo, é feita uma espécie de triagem dos casos pela enfermeira que irá identificar a gravidade do caso. Este usuário, então, será atendido pelo médico, posteriormente a esta triagem, de acordo com a classificação que recebeu. No entanto, é mais provável que essa priorização do atendimento seja alvo de insatisfação, no caso da população não ser amparada com informações sobre o funcionamento da classificação de risco, como observam Costa e Marziale (2006), que relacionam a violência às características do atendimento nos serviços de emergência.

A classificação de risco, portanto, pode ser vista também sobre outro aspecto: o da falta de informação da população acerca da organização dos serviços de saúde. A partir da fala anterior de EM3, percebemos que a priorização do atendimento, gerada pela classificação de risco, é mal entendida pela população, que acredita que esteja sendo de alguma forma prejudicada.

A falta de informação faz com que o usuário do sistema de saúde tenha uma visão distorcida acerca do atendimento. Aliado a isso, os demais fatores anteriormente citados que contribuem para a demora no atendimento no serviço de emergência, configuram a principal fonte de insatisfação do usuário. Os depoentes EH5 e EM2 se referem à violência como uma forma de extravasamento da insatisfação pela demora no atendimento e a ausência de médico.

A correlação feita entre o cuidado prestado pela equipe de enfermagem e a sensação de descuido sentida pelo usuário do sistema de saúde traz à discussão a questão da personificação da culpa. Ou seja, neste caso, os usuários do sistema de saúde interpretam de maneira distorcida o cuidado prestado, responsabilizando a enfermagem pelas dificuldades encontradas durante o processo de adoecimento/hospitalização.

"No segundo momento, ele generaliza a situação pra você. Então, assim, ele chega, ele demora a ser atendido, ele fica numa fila, né, ele

tem o médico, às vezes, não trata ele muito bem, e aí ele passa essa revolta pra você, né?" (EM2)

"[...] e assim a gente sofre muito, todos, a parte de frente quem está de frente sofre com a ausência do médico, com a demora na hora quem vai sofrer é a enfermagem, [...] Aí até esse médico aparecer a enfermagem já foi xingada várias vezes ..." (EM5)

"Por mais que você fale que você vai fazer alguma coisa, que não, que você vai dar um banho, que você é [pausa curta] o que você for fazer ele fala sempre [pausa curta] a liberdade de ser áspero com você". (EM5)

Isso causa no profissional de enfermagem certa frustração, pois os cuidados de enfermagem estão sendo realizados, apesar das dificuldades.

"Poxa, eu tô trabalhando tanto, to batalhando tanto por este paciente e estão me tratando assim'. Entendeu?" (EH2)

Podemos perceber também o dualismo entre o cuidado prestado pelo profissional de enfermagem e a sensação de descuido sentida pelo usuário a partir das seguintes falas:

"Você tá em contato, você tá de repente tentando pegar um acesso aí não consegue e acha que a culpa é sua. O paciente que é difícil, mas acha que a culpa é da enfermagem". (EM15)

"E o profissional que está trabalhando saber lidar com essa pressão toda, porque você tem a pressão do paciente, você tem a pressão do médico que não quer saber ele só chega, passa a visita e quer que você dê conta e tem a pressão do paciente, quando você tenta intermediar alguma coisa e você não consegue pra eles é como se você não tivesse feito nada". (EM18)

A responsabilização do profissional de enfermagem está intimamente relacionada ao fato da população assistida perceber este profissional como personificação do sistema de saúde. Assim, a insatisfação sentida pelo usuário, com relação às dificuldades encontradas durante seu atendimento no serviço de emergência é extravasada através da violência contra o profissional.

De acordo com Michaud (1989), existem diversas correntes que explicam os comportamentos violentos. Dentre elas, a perspectiva da psicologia dinâmica estudada pela escola de J. Dollard. Esta escola considera a violência como a primeira resposta a uma frustração sentida. Esta frustração é definida como "o estado de um sujeito para quem estão proibidas as respostas adequadas aos estímulos que ele recebe"

(MICHAUD, 1989, p.79). O autor (op. cit.) acrescenta que a manifestação da violência é maior à medida que se eleva o grau de frustração do indivíduo.

No entanto, Flores (2002) cita três variáveis cuja presença aumenta a probabilidade do indivíduo se comportar de maneira violenta: problemas obstétricos, maus-tratos na infância e história familiar positiva de criminalidade. E acrescenta que alguns indivíduos possuem maior fragilidade para lidar com as pressões estressantes do ambiente do que outras, o que explica o fato de algumas pessoas se tornarem violentas e outras não, apesar de terem sido submetidas a ambientes culturais e familiares semelhantes.

Os depoentes anteriormente citados trazem à discussão a questão das dificuldades encontradas pela população que busca resolutividade do seu problema de saúde na unidade de emergência. Essas dificuldades postergam o atendimento e, conseqüentemente a identificação e a resolutividade do problema de saúde do indivíduo. Isso gera frustração por parte da população, que irá expressar-se de maneira violenta.

Inferimos que o grau de frustração nesse caso, pode estar relacionado à ideia de gravidade do caso feita pelo indivíduo ou ainda pelo medo relacionado ao desconhecimento acerca de sua patologia. Quanto maior o medo ou a ideia de gravidade, mais importante será a manifestação da violência.

Para Flores (2002), deve-se considerar também os casos em que há, fisiologicamente, anomalias no processamento das informações relacionadas a problemas na amígdala, mediador das características positivas da agressividade defensiva, e no hipotálamo, mediador das características negativas, onde se observa como resultado a percepção exagerada de uma agressão sofrida. No entanto, o autor (2002) reconhece que a causalidade da violência é multifatorial e deve ser analisada de maneira singular, já que o ser humano não processa igualmente toda a informação recebida.

Corroborando com esta afirmativa, González e Llanes (2000) reforçam que o modo de vida do ser humano possui manifestações no nível social que possuem características e peculiaridades próprias em cada caso. Nas questões que envolvem eventos violentos, para os autores (op. cit.), devem ser levados em consideração

processo biológicos, psicológicos e sociais que participam da produção da resposta violenta a um estímulo.

Flores (2002, p.201) acrescenta que “a raiva, o medo e os demais recursos do processamento que o cérebro dispõe determinarão as respostas dos indivíduos neste ambiente”, mas que a análise do desenrolar do conflito deve levar em consideração o funcionamento e os processos evolutivos da mente humana.

Assim, a necessidade urgente de atendimento é sentida em demasia pelos familiares do paciente, o que os fazem procurar a unidade de saúde em busca do atendimento médico. Ao se depararem com a ausência do médico, suas expectativas com relação ao atendimento são frustradas. Isso faz com que os familiares se utilizem de atitudes violentas como forma de extravasamento da frustração. Concordando com os estudos de Dollard citados por Michaud (1989) e com Flores (2002), a próxima fala de EM1 evidencia a relação entre gravidade da violência e a intensidade da frustração:

“...eu já estava disposta a fazer isso, mas o paciente pediu muito e o filho dele entrou num outro momento e pediu, assim, desculpas, disse que a pessoa não era tão agressiva assim, que a irmã dele, né, a moça estava grávida e tinha passado mal no dia anterior e por isso, talvez por proteção o cunhado tivesse ameaçado, inclusive esse outro que tava comigo e falou que nem por isso era legal ameaçar a vida dos outros e que isso não cabia...” (EM1)

Michaud (1989) acrescenta que as manifestações de violência são voltadas diretamente contra a fonte de frustração, que, neste caso foi a profissional de enfermagem que estava prestando o atendimento. Ela sofre a violência por estar, naquele momento, representando o serviço de saúde, conforme exposto pela depoente EM16:

“Com quem que ela vai gritar? A única pessoa que tem ali como referência ao hospital sou eu, então a única pessoa com quem ela vai falar ‘Pô, eu quero que meu pai seja atendido, você não faz nada’ sou eu.” (EM16)

Assim, retomando a questão da responsabilização, os profissionais de enfermagem, por serem a personificação do sistema de saúde naquela instituição, são responsabilizados pelos problemas enfrentados no processo de adoecimento/hospitalização.

Além das dificuldades encontradas no sistema de saúde, os entrevistados também citaram como fontes geradoras de violência, as características da população que busca atendimento naquela unidade, como também observamos nos estudos de Klijn, Suazo e Moreno (2004) que citam o tipo de personalidade da clientela como fontes geradoras de violência. Assim, para os entrevistados, as dificuldades sociais enfrentadas pela população moradora de comunidades carentes contribuem para que ela expresse sua insatisfação com o atendimento recebido na unidade de saúde de maneira violenta, como observamos, a seguir:

"É porque aqui sendo hospital público interna muita gente de comunidade, muita gente de nível cultural baixo e as pessoas, elas às vezes, são muito agressivas, né? elas são sofridas por muitas coisas e elas já chegam aqui com uma carga emocional muito pesada, então, às vezes a gente não tem nada a ver com isso 'Porque essa merda não presta porque são uns tapados, vocês não querem atender'" (EM19)

Para os depoentes EH2 e EM17, a falta de educação da população também são fatores geradores de violência na emergência hospitalar. E ainda, consideram a subjetividade da violência no que tange as particularidades do indivíduo, nas falas de EM15, EM18 e EM19:

"É da educação, não vou nem dizer pra você que é assim da condição social, porque educação indifere. Educação vem da sua casa, você não foi pra faculdade pra aprender educação. A educação já está com você. E assim, educação é entrada e saída, é referência de porta, se você souber entrar com educação você sabe sair com educação, agora quando você não tem, não tem, não é verdade?" (EH2)

"Então assim, isso tudo a gente convive, porque eles vão perdendo a paciência e começam a coisa e vai pra cima, não tem jeito. Cada um tem uma forma de botar pra fora o que sente e às vezes é de forma agressiva. Não tem jeito". (EM18)

"A gente que trabalha com população, com público, ainda mais em situações delicada, né? fragilizados, emocionalmente desequilibrados, você não está bem e você está com aquela carga emocional muito forte, qualquer coisa, 'puff' é só acender o pavio que você explode. Então, assim, às vezes no momento você dizer um 'não' e você precisava ouvir um 'sim' é muito ruim". (EM19)

Assim, o depoimento de EM19, que agrega as demais falas, nos mostra a relação do estado emocional do usuário, os fatores socioculturais e a violência. Quanto a este aspecto, Michaud (1989) explica que a questão da violência pode ser também

entendida a partir de diversas correntes da psicologia. De acordo com as teorias behavioristas e neobehavioristas os comportamentos agressivos são resultantes de privações ou hiperestimulações:

A privação de movimento, de alimento ou de bebida, as proibições em geral, desencadeia a raiva da criança. Do mesmo modo, a hiperestimulação ou excitações muito fortes são fonte de irritabilidade e de agressividade: os efeitos do calor, do barulho, da umidade excessivos sobre a agressividade foram estabelecidos pelos estudos experimentais (MICHAUD, 1989).

Outras teorias, segundo Michaud (1989) explicam os comportamentos violentos a partir dos exemplos de aprendizagem da agressão. Assim, adultos violentos são consequência de maus tratos sofridos na infância. Esses comportamentos também podem ser aprendidos através do contato indireto com a violência, ou seja, através da mídia e de exemplos próximos à realidade do indivíduo. Nestes casos, “a agressão é facilitada pela imitação, pela desinibição dos instintos agressivos, pelo acionamento de ações agressivas já estruturadas no passado, ou ainda pelo aumento geral da excitação” (MICHAUD, 1989, p.78).

Para Dollard e seus colaboradores, fatores traumáticos contribuem para a formação das personalidades agressivas, dentre eles “o papel das frustrações, a importância das separações e das crises do meio familiar” (MICHAUD, 1989, p.79). Deste modo, também é possível apontar como fator gerador de violência as características do usuário, se considerarmos a incorporação de modelos agressivos à sua personalidade. Ao se confrontarem com dificuldades que impedem a resolutividade do seu problema, esse indivíduo age de acordo com esses modelos.

Andrade e Bezerra Jr (2009), concordando com Michaud (1989), referem-se aos comportamentos transgressores como expressões da violência estrutural ou doméstica às quais os transgressores estavam submetidos. E também, como Michaud (1989), citam a violência como resposta a uma frustração.

Esta resposta à frustração diz respeito à perda, à privação, de algo que é essencial para o indivíduo, que havia sido positivo na experiência da criança e “a ausência deste marco confiável estendeu-se por um período maior do que o que ela foi capaz de mantê-lo vivo em sua lembrança” (ANDRADE, BEZERRA JR, 2009, p.449). Gates (2004) concorda com os autores citando como possíveis causas da violência a

ansiedade e a frustração sentidas pelos usuários dos serviços de saúde, aliados ao longo tempo de espera para atendimento.

Além disso, devemos considerar a carga emocional também apontada pela depoente EM19, também entendida como tensões que envolvem o processo de adoecimento/ hospitalização. Outras falas corroboram com este aspecto, conforme podemos observar, a seguir:

"[...] quando estressa o paciente ele fica nervoso, ansioso, ele começa a te agredir verbalmente, "ô enfermeira, ô enfermeira, tira isso daqui" aí ou ele vê um óbito do lado dele... ou então aquele paciente fica estressado, imagina, você nunca tirou sua roupa na frente de ninguém aí você é obrigado a ficar nu pra tomar um banho um cara do teu lado que você nunca viu, aí do outro lado é uma senhora de idade, isso não vai estressar alguém? isso me estressa enquanto profissional, eu não sei trabalhar assim". (EM6)

"Ao despreparo deles. Dos familiares e do próprio paciente. Você se coloca no lugar dele. Ele está mal, está querendo uma atenção mais direcionada e não tem. Aí ele inventa várias coisas pra ter alguém ali do lado pra que você dê mais atenção ainda. Acredito que seja isso". (EM10)

Além disso, existem fatores ligados ao profissional de enfermagem que agravam as manifestações de violência por parte dos usuários dos serviços de saúde. Foram identificadas atitudes como revidar uma violência recebida, responder a uma violência de maneira inadequada ou reagir de maneira inesperada, através de reflexo a uma violência também não esperada. Estas atitudes são evidenciadas nas falas a seguir:

"Geralmente eu ignoro ou debocho, eu rio ou às vezes mostro o poder também 'olha, você não pode falar isso comigo. Eu sou funcionária pública e se você continuar vou ter que chamar o policial'. Geralmente isso é o bastante". (EM13)

"Eu falei pra ela eu... debati com ela porque a gente fica... a gente sabe que não deve, que é "sim, senhora", mas isso na teoria, na prática não é bem assim, não. Debatí com ela falei pra ela que nem que ela estivesse numa clínica D'Or ela não teria prioridade a menos que ela tivesse enfermagem particular na residência. Aí sim ela poderia exigir que fosse feito 22h, 2h e 6h. Tirando disso era a hora que desse". (EM8)

"[...] porque assim é muito complicado porque você tem reflexo e numa dessas que você não espera você pode responder na hora de imediato. E aí a gente fica 'até onde a gente é respaldado nesse sentido?'" (EM18)

"Tem uma vez ou outra que você acaba se excedendo porque tem aquele dia que você respira pra estar bem, mas você não está bem, né? Então, não é todo mundo que vai estar bem todos os dias". (EM6)

E ainda foram identificadas situações que atenuam ou inibem as manifestações de violência. Para uns, figura do colega de trabalho ou do guarda presente na emergência é suficiente para inibir situações mais graves, como a violência física. Para outros, é fundamental deixar o usuário extravasar seus sentimentos ou tentar acalmá-lo através do diálogo. No entanto, quando essas alternativas falham, os depoentes utilizam de outras estratégias para amenizar as situações de violência, como comunicar a chefia. Os atenuantes estão representados nos seguintes depoimentos:

"Não eu chamo o segurança, aqui tem um segurança, aí a gente chama eles e a figura deles dão um suporte sim, a presença deles ali mais perto [pausa curta] ou quando eles vêem alterações eles até dão uma olhadinha a pessoa fica até um pouco mais [pausa curta] mas continua gritando aí a gente vai pra um lado eles ficam gritando em outro. Mas eu chamo o policial só pra [pausa curta] Não, esse senhor que ameaçou, a gente pediu pra se retirar, o policial só levou ele pra fora." (EM3)

"Quando me irrita ou me ofende aí eu peço pra retirar se tiver um menino, se tiver alguma coisa, algum rapaz com a gente, né, eu peço pra ficar perto ou eu peço pro policial pra retirar". (EM2)

"Eu geralmente não respondo [...] porque pra mim, assim, eu não estou aqui pra ser ofendida, né? Não saí da minha casa pra ser ofendida, mas eu também não vou responder com outra ofensa, né? [...] pelo menos é dessa forma que eu procedo nunca fui de bater boca, ou responder, não vou". (EM2)

"[...] ela que ficou falando, né, porque a gente não dá muita confiança [pausa curta] se ela está com fogo e a gente jogar um pouco de gasolina [pausa curta] Acabou". (EM3)

"Às vezes a gente já não leva mais em conta porque a gente procura entender o quadro, né? Se tá com uma, algum problema neurológico ou se está desorientado a gente geralmente leva isso em conta. Quando passa do limite a gente toma as medidas, comunica a chefia, comunica policial, comunica, como no caso dessa ameaça de morte, a gente chamou o policial". (EM13)

"Eu sou uma pessoa tranqüila, consigo [pausa curta] eu sou mais de apaziguar de chegar, conversar, se eu ver algum problema, se o problema for diretamente comigo "não, mãezinha, não foi isso que eu quis dizer, desculpa", entendeu? eu sou mais desse lado de pedir desculpa mesmo. Comigo não tem desse problema, entendeu? ela já tá nervosa eu chego, converso, sento com calma, ou conversar com a mãe

com o pai seja com quem for e levo o plantão numa boa, o resto do plantão. Não sou de ficar assim batendo, ficar nervosa, não, eu sou mesmo de acalmar e deixar a pessoa calma, mesmo". (EM15)

Conforme já citado anteriormente, Calderero, Miasso e Corradi-Webster (2008) apontam em seu estudo que uma das estratégias utilizadas pelos profissionais de enfermagem no enfrentamento das situações estressantes no ambiente de trabalho, é o evitamento, através da fuga dos conflitos, do afastamento físico do local de trabalho e o não envolvimento. Para as autoras (op. cit.), o evitamento é utilizado para aliviar o estresse causado pelo conflito. Para isso, a pessoa tenta esquecer os estressores, adiar os confrontos e bloquear emoções.

A partir das elucidações anteriores, retomamos o conceito multifatorial da violência. Podemos perceber que a violência sofrida pelo profissional de enfermagem a partir do contato com o usuário do sistema de saúde possui diversas fontes geradoras e podem ser estimuladas ou atenuadas por determinadas atitudes desses profissionais.

Estes achados corroboram com o chamado modelo ecológico criado para compreensão da violência e adotado pela Organização Mundial da Saúde (2003). Segundo este modelo, a violência não pode ser explicada a partir de um único fator, pois ela é resultante de condições sociais, individuais, relacionais, ambientais e culturais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). O modelo ecológico é representado pela figura 01.

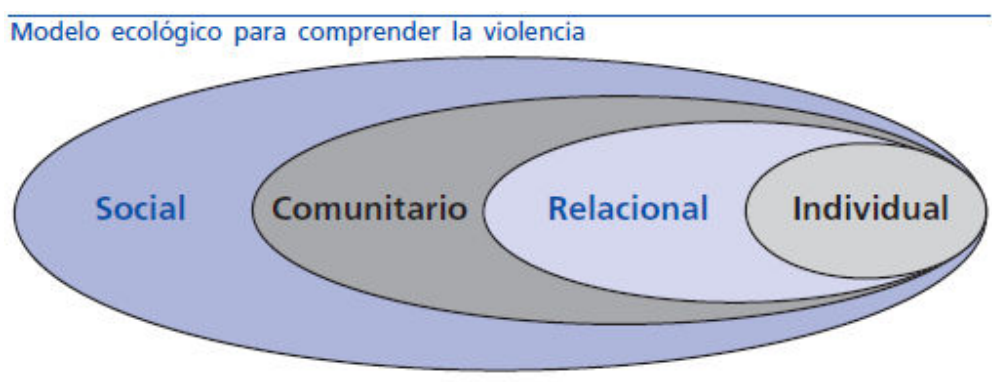


Figura 01 – Modelo ecológico para compreender a violência, extraído de ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003.

Para a Organização Mundial de Saúde (2003, p.13, tradução nossa) este modelo ajuda a compreender a característica multifacetada da violência, pois “explora a relação entre os fatores individuais e contextuais e considera a violência como o produto de muitos níveis de influência sobre o comportamento”.

No nível individual são identificados os fatores biológicos e pessoais que influenciam no comportamento violento. São consideradas, nesse nível, as características do indivíduo, como “impulsividade, baixo nível de escolaridade, abuso de substâncias psicoativas, antecedentes de comportamentos agressivos ou de haver sofrido maus tratos” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003, p.14, tradução nossa).

González e Llanes (2000) acreditam também que até mesmo a alimentação inadequada acelera o processo de destruição neuronal e pode conduzir a determinadas manifestações de violência. Pihl (1995) cita também a diminuição dos níveis cerebrospinal do ácido 5-hidroxiindoacético, um metabólito da serotonina em indivíduos com histórico de violência. González e Llanes (2000) também citam que o nível individual é conhecido como estilo de vida individual que são as características específicas do indivíduo.

Flores (2002) cita problemas neurológicos, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e complicações no parto como componentes biológicos que influenciam no comportamento violento e também anomalias no processamento de informações mediadas pela amígdala e pelo hipotálamo, responsáveis pela modulação das respostas agressivas defensivas.

No nível relacional são tratados os comportamentos relativos às pessoas que cercam o indivíduo, como parentes, amigos e cônjuges. Estas relações são consideradas no que tange o risco de produzir vítimas de violência ou perpetradores da mesma. Assim, o modelo ecológico, concordando com Michaud (1989), cita que as interações com comportamentos violentos podem estimular a violência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). Também concordando com Michaud (1989), para González e Llanes (2000) a família caracteriza-se como espaço de convivência reprodutora de cultura ou de violência como forma mais eficaz de solucionar conflitos.

O nível da comunidade relaciona a violência aos espaços de relações sociais como, por exemplo, a escola e o ambiente de trabalho. E ainda consideram alta densidade populacional, bem como comunidades carentes acometidas pelo tráfico de drogas, alta taxa de desemprego e constantes mudanças de local de residência como mais prováveis a criar vítimas ou perpetuadores da violência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). A escola, segundo os autores (op. cit.), se transforma em um espaço onde se exibem continuamente condutas violentas, continuando, assim, a aprendizagem da violência iniciada no seio familiar.

Por fim, temos o nível social, que “se incluem aqui os fatores que criam um clima de aceitação da violência, os que reduzem as inibições contra esta e os que criam e mantêm as brechas entre os distintos segmentos da sociedade e geram tensões entre diferentes grupos ou países” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003, p.14, tradução nossa). E ainda são consideradas nesse nível as políticas econômicas, de educação, sanitárias, entre outras, que contribuem para o agravamento das desigualdades sociais ou econômicas.

González e Llanes (2000, p.86, tradução nossa) afirmam que a atividade humana surge sobre uma base relacional, cuja atividade psicológica e sociocultural formam parte integrante do processo geral da atividade humana. Deste modo, os comportamentos violentos devem ser avaliados sob a ótica multifatorial, levando em consideração interações sistêmicas de caráter biológico, psicológico e social, como uma rede de interações que formam a atividade humana.

Podemos perceber nesse modelo ecológico uma semelhança com as teorias expostas por Michaud (1989), uma vez que o contato com modelos de violência presentes nos níveis citados pelo modelo ecológico estimula sua imitação e a desinibição de instintos agressivos no indivíduo.

Com relação à presença de subnotificação da violência no serviço de emergência, embora os profissionais entrevistados tenham identificado formas de violência sofrida no seu ambiente de trabalho, alguns depoentes afirmam não ter notificado a ocorrência. Os motivos estão relacionados à melhora da situação, ao arrependimento por parte do usuário, por não julgar necessária a notificação pela certeza de impunidade:

"[...] eu já estava disposta a fazer isso [notificar], mas o paciente pediu muito e o filho dele entrou num outro momento e pediu, assim, desculpas [...]" (EM1)

"A fulana foi parar na delegacia e não deu em nada. Nem como desacato ao funcionário [pausa curta] caiu em pizza mesmo [...] Em nada. Nunca dá em nada". (EM6)

"Aí eu fui até o posto policial e reclamei com o policial, no posto policial do hospital. Aí o policial veio, o policial conhecia ele (risos) e ele falou: 'Coé, não sei o que', batendo o maior papo [pausa curta] juro pra você [pausa curta] e o bandido me chamando de otário depois [risos seguidos de pausa curta] 'vai, otário, chama o policial de novo' [...] A gente fica meio desestimulado de notificar de novo. [...] A enfermeira escreveu e só". (EH3)

Quanto à questão da notificação os depoentes ainda citaram anotações nos registros de enfermagem e comunicações à chefia direta de enfermagem, mas explicaram que para fazer o boletim de ocorrência é preciso que o profissional vá até a delegacia para registrar o ocorrido. Isto implica em deixar a unidade durante o plantão ou ir à delegacia após o término do plantão. Como os depoentes possuem exemplos de profissionais que já notificaram a violência e não obtiveram a resposta desejada, eles acreditam que obterão o mesmo resultado.

A notificação dos casos de violência é fundamental para avaliar os riscos que os profissionais de enfermagem estão expostos no ambiente de trabalho. É possível avaliar também os setores mais acometidos e o tipo de violência prevalente. Fundamentado nesses dados é possível planejar ações de combate à violência laboral (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2002). Retomaremos a discussão acerca das medidas de prevenção, posteriormente.

Uma vez delineadas das manifestações de violência na emergência hospitalar, precisamos tecer considerações quanto ao caráter universal que a violência está tomando. A Organização Internacional do Trabalho (2002) cita que estudos demonstram esse caráter universal da violência no setor saúde e considera as consequências desastrosas da violência tanto para o atendimento do usuário, quanto para a saúde do profissional. Por isso merecem atenção quanto à prevenção de eventos violentos.

Ao analisarmos as situações que geram ou que agravam atitudes violentas percebemos que a maior parte dos eventos podem ser prevenidos. Para isso, após detectar as fontes geradoras de violência, através de mapeamento dos setores da emergência, segue-se a readequação dos espaços de cuidado e a reorganização do trabalho multiprofissional, através da responsabilização mútua dos profissionais que compõem a equipe de saúde para o cuidado e a recuperação do paciente.

A Organização Mundial da Saúde (2003) cita que a violência é um evento passível de ser prevenido e de diminuir seus efeitos. A Organização Internacional do Trabalho (2002) cita que a mudança e melhoria nas práticas de trabalho é um modo eficiente e barato de diminuir a violência. E ainda, que se deve investir também em capacitação dos profissionais para prevenir as situações de violência. Assim, a instituição estará melhorando a assistência em saúde à população e diminuindo os riscos de adoecimento do profissional por fatores relacionados à violência.

Acerca da importância da informação para a efetivação do cuidado ao usuário, identificamos, dentre os depoimentos que citam propostas de ações para diminuição da ocorrência de eventos violentos na emergência hospitalar, a disponibilização de informações para o paciente acerca do processo de cuidado:

"O familiar ou paciente quando ele te agride você se estivesse no lugar dele, você não faria isso? Faria. Você vai notificar que ele te agrediu? Às custas de que? A não ser que ele lá no início já tivesse é... sido amparado com informações para ele não chegar a você e te agredir, mas não é feito assim. É feito assim? Não é". (EM11)

Além disso, os entrevistados abordam a falta de informação também sob o aspecto profissional. Nos depoimentos percebemos a desinformação dos profissionais acerca dos serviços de proteção do trabalhador em relação à violência no ambiente de trabalho e ainda proposta de monitoramento dos locais quanto a sua segurança. Identificamos também a necessidade sentida pelos depoentes de resguardo do profissional que sofreu a violência e a valorização desse profissional para minimizar situações de violência. Nesses depoimentos percebemos a necessidade de apoio social e institucional sentida pelos entrevistados:

"Eu acho assim, eu acho que muito do que acontece também, eu acho que é pelo abandono que o profissional tem, o profissional ele é abandonado, né? São poucas as capacitações, são poucas as vezes que o profissional pode falar, né, de repente se tivesse um trabalho de...

da psicologia, receber, né, o profissional pra ele, né, liberar as angústias que tem, as queixas que tem do serviço, né, 'poxa eu não concordo com setor trabalhando desta forma' 'Por que você não concorda?'" (EM2)

"[...] quer dizer, não tem, a gente não tem segurança, não tem ninguém que visualize aquilo, que observe, que ouça, né, 'olha tá pegando pra cima do pessoal da enfermagem, vamos lá, vamos tirar, vamos perguntar o que que está acontecendo'. Não". (EM2)

"Porque se você foi ameaçado aqui o natural é que você não retorne pra cá pelo menos por algum tempo, né, e não é isso que eu vejo, é ameaçado hoje tá de plantão amanhã, volta pra cá amanhã daqui a dois dias porque o nosso é doze por sessenta, volta pra cá pro mesmo setor às vezes pro mesmo lugar que o paciente que ameaçou onde o paciente tá e volta pro mesmo lugar [...]" (EM2)

Temos também a responsabilização das demais instâncias com relação às situações de violência que ocorrem na emergência hospitalar. Os entrevistados entendem que este trabalho deve ser realizado entre todos os integrantes da equipe de saúde que estruturam o serviço de emergência, desde os recepcionistas até os gestores em saúde.

"A gente queria esperar isso de um, ver que nós temos um corpo de enfermagem que luta pela gente, que vem um COREN entra e fala: "não, vamos esvaziar, aqui é uma hipodermia, ela pode aplicar uma injeção errada, ela pode fazer errado", porque não pode você atender dentro de um lugar nessas condições ela não pode fazer uma classificação de risco sozinha, um profissional, um técnico, enquanto o médico está lá dentro assistindo a uma televisão [...]" (EM5)

Acerca dessas propostas de ação para minimizar a ocorrência de situações de violência na emergência hospitalar, as falas dos depoentes se confundem com as diretrizes feitas pela Organização Internacional do Trabalho (2002) para o enfrentamento da violência no ambiente laboral.

Segundo o documento redigido pela Organização Internacional do Trabalho (2002), que traça essas diretrizes, administradores, empregadores, empregados, órgãos profissionais e a comunidade em geral são cobrados a participar do enfrentamento de situações de violência nas unidades de saúde, através de direitos e responsabilidades descritos no referido documento.

Primeiramente, deve ser feito o reconhecimento de ambientes propensos ao aparecimento da violência. Alguns pontos devem ser identificados, pois configuram risco maior para ocorrência de violência. Instituições situadas na zona urbana, muito

populosa e de grande criminalidade, ou isoladas, com recursos humanos escassos, recursos materiais insuficientes, com cultura de tolerância à violência, com estilo de direção baseado na intimidação, com deficiências na comunicação e nas relações pessoais (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 1992).

Observamos alguns desses pontos a partir das entrevistas citadas anteriormente com relação ao perfil da população assistida, aos recursos humanos insuficientes para a demanda do atendimento, deficiências nas relações interpessoais entre os profissionais da equipe de saúde e entre os profissionais de enfermagem e os seus superiores. Além disso, deve ser feita a identificação dos personagens envolvidos nas situações de violência.

A partir da identificação desses pontos o próximo passo é avaliar os riscos laborais. Isso é possível pela análise das informações disponíveis através da verificação de documentos relacionados, interação com a equipe de saúde, através de debates, e inspeções no ambiente de trabalho, avaliação da rotação de profissional e absenteísmos, relação constante entre os profissionais e a equipe de saúde (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2002).

Além disso, deve-se identificar as situações de risco especiais, como profissionais que trabalham sozinhos, com o público, com objetos de valor, com pessoas necessitadas, próximo a localidades ditas como violentas ou com condições especiais de vulnerabilidade (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2002).

Também conseguimos pontuar estas situações a partir dos depoimentos dos entrevistados, quando relatam trabalhar sozinhos na classificação de risco, a qual é identificada como fonte geradora de insatisfação dos usuários. E ainda quando relatam estar trabalhando próximo a comunidades carentes.

O próximo passo são as intervenções no lugar de trabalho. A Organização Internacional do Trabalho (2002) estabelece que seja desenvolvida uma cultura de trabalho, elaboração de declaração pela Direção Hospitalar em conjunto com os profissionais envolvidos que reconheça a importância da luta contra a violência, aumentar a consciência de todos sobre os efeitos deletérios da violência e as vantagens de sua prevenção para a saúde e para o trabalho.

Além disso, podem ser feitas reuniões com gestores, direção, chefias, trabalhadores, estimular o trabalho em equipe e os debates. E ainda, modificar e melhorar as práticas de trabalho, promover mudanças no posto de trabalho e no entorno, implementar sistema de notificação dos casos de violência na unidade, estabelecer tratamento médico para os profissionais que necessitarem, bem como trabalhar em conjunto com entidades de classe e outros órgãos para promover apoio jurídico e ajuda representativa – por meio de sindicatos e órgãos regulamentadores da profissão (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 1992).

Com relação a mudanças no posto de trabalho e entorno, os depoentes relataram enquanto propostas de medidas para minimizar a violência a adequação dos ambientes em que trabalham, conforme podemos observar, a seguir:

"[...] se tivesse um ambiente assim em todos os sentidos, que te proporcione um bem estar assim, não só pro paciente pro profissional também, você trabalha com mais disposição, com mais alegria, com mais vontade de trabalhar e não assim, tipo [pausa curta] obrigação [pausa curta] 'ah eu tenho que ir pro meu trabalho, tenho que estar lá', entendeu?" (EM9)

Corroborando com as diretrizes supracitadas e com as falas dos depoentes, citamos o HUMANIZASUS (2004), que ao defender a humanização do atendimento à população, ressalta a importância da humanização dos espaços de trabalho em saúde. E ainda considera que, para que o atendimento à população seja humanizado é preciso que as relações e os ambientes de trabalho também sejam humanizados.

Por fim, promover a avaliação da eficácia dos planos e medidas contra a violência. A partir da avaliação será possível identificar aqueles que estão sendo efetivos no combate à violência e aqueles que precisam ser aprimorados ou substituídos. Esta avaliação, para ser eficaz, precisa ser contínua e deve ser realizada através de reuniões com gestores e trabalhadores para avaliação da eficácia dos planos e medidas adotados (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 1992).

Através da prevenção espera-se também minimizar as conseqüências para a saúde do profissional de enfermagem e para o desenvolvimento de suas atividades laborativas.

Conforme citado na Introdução (no item 1.1), a Organização Mundial da Saúde (2003, p.5, tradução nossa) define a violência como “uso intencional da força ou poder físico, de ação ou como ameaça, contra si ou contra outra pessoa, ou um grupo ou comunidade, que cause ou tenha muitas probabilidades de causar lesões, morte, danos psicológicos, de desenvolvimento ou privações”.

A partir dessa definição a violência é classificada, segundo a Organização Mundial de Saúde (2003) quanto ao tipo – autoinfligida, interpessoal e coletiva – e quanto à natureza dos atos violentos, que é o foco do nosso estudo. Nesta, a violência é classificada como física, verbal, psíquica e que inclui privações ou descuido.

A violência física é entendida pela Organização Internacional do Trabalho (2002, p.4, tradução nossa) como “o emprego da força física contra outra pessoa ou grupo, que produza danos físicos, sexuais ou psicológicos”. São citados, ainda, como exemplos empurrões, bofetadas e as mordeduras. Podemos afirmar, a partir dos depoentes, a seguir, que os profissionais de enfermagem que trabalham na emergência hospitalar podem estar expostos à violência física ou à iminência de violência física:

"Já me chamaram de incompetente, já quase me bateram, assim, a minha amiga que chegou por trás de mim quando eu vi ela fazendo assim, crescendo pra poder eu sair de perto aí eu entendi logo a mensagem e saí correndo do choque, a menina que estava perto, que estava sendo atendida e não gostou de alguma coisa que eu fiz que eu falei e aí ela veio pra cima de mim". (EM12)

"Então se você não deixa é porque você está de marcação, está de palhaçada, vai pegar a gente lá fora, como uma colega que apanhou na subida da passarela, juntaram ela na subida da passarela, por causa de uma bobagem [...] Quando ela estava saindo do serviço, subindo a passarela, estavam lá na passarela aguardando por ela, porque diz que 100 metros depois do hospital não dava em nada. E ela apanhou na subida da passarela". (EM4)

"Ameaça, agressão física mesmo.. é... xingamento, né.. ofensa, assim... é violência também [...] um paciente que ele era [pausa curta] pode usar qualquer tipo de termo? era bandido, né? ele tava preso aqui, tava algemado na cama e eu não lembro do que ele tava se queixando faz mais de dois anos isso, e eu passei e ele me chamou de filho de puta e me deu um bico, me deu um chute". (EH3)

O depoimento de EM4 suscita a discussão acerca do acidente de trajeto. Neste aspecto também podemos considerar como violência relacionada ao trabalho, a

violência sofrida pelo profissional no trajeto de ida e vinda para o trabalho, embasados pela definição de violência adotada pela Organização Internacional do Trabalho (2002):

La violencia laboral está constituida por incidentes en los que el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo - incluidos los viajes de ida y vuelta a él – que pongan en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud. (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2002, p.3)

A violência psicológica é definida como “uso deliberado de poder, ou ameaça de recurso a força física, contra outra pessoa ou grupo, que podem danificar o desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral ou social” (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2002, p. 4, tradução nossa).

A violência psicológica foi identificada nas falas dos depoentes através da iminência de violência física, e também da ameaça de morte dirigida ao profissional, pois, a violência verbal também é considerada pela Organização Internacional do trabalho (2002) como uma forma de violência psicológica. Isso porque se trata de ameaças verbais, discriminação racial, assédio, abuso, intimidações, que podem provocar trazer prejuízos para o desenvolvimento do indivíduo. Podemos perceber a violência verbal através das seguintes falas:

"O acompanhante falou que estava me marcando e que ia me matar se o paciente morresse ele ia me matar, que eu ia ver só, que ia é [pausa, pensando] que eu não sei com quem eu estou me metendo, que ele conhece um monte de gente, se eu sáisse ele ia acabar é... me pegando. Coisas assim". (EM1)

"Ah, eles falam de tudo, xinga, diz que vai pegar lá fora, né, ameaça, é [pausa curta] que vai esperar lá fora. Nunca ninguém me esperou não, mas é ameaça desse tipo". (EH4)

"Verbal, só verbal [...] Já, já me ameaçaram, disseram 'eu vou te matar', 'eu sei a hora que você sai', 'você não sabe com quem você está falando'. Isso aqui é comum, é comum esse tipo de ameaça, assim. E a violência verbal também no sentido de desvalorizar o seu trabalho, né, 'você não sabe fazer nada certo', 'você são umas porcarias', 'enfermeiro é tudo igual' isso é uma violência também, desvalorizando". (EM13)

Os depoentes ainda citaram a frequência da ocorrência de eventos violentos na unidade de emergência. Para eles, a violência tornou-se cotidiana. Concordando com este fato, a Organização Internacional do Trabalho (2002) acrescenta que a violência laboral no setor da saúde configura quase um quarto de todas as formas de violência

no ambiente de trabalho em geral. Podemos evidenciar essa questão através dos depoimentos de EH3 e EM7:

"Agressão não, mas, assim, naquela coisa da intimidação [pausa curta] a [pausa curta] questão da intimidação com o dedo de longe, no tom alto, tom alto com dedo [pausa curta] sempre tem. Geralmente é isso, mas é mais a intimidação". (EM3)

"Não sei pelos outros setores, mas aqui na emergência todo dia tem. E não é só uma vez por dia, não. São cinco, dez e por aí vai". (EM7)

Os entrevistados apontam como principais agentes da violência o acompanhante ou o familiar do paciente. E ainda citam o próprio profissional ou colega de trabalho como agentes da violência, neste caso a violência é dirigida tanto para o profissional de enfermagem como para o usuário:

"Normalmente a violência aqui, eu noto assim muito claro, quando tem violência com a gente com os outros profissionais é por parte do acompanhante, geralmente é o acompanhante que é agressivo e violento, o paciente em si, eu vou botar 70% tem consciência que está precisando, tá precisando de você naquele momento, o acompanhante não, ele é mais agressivo, né?" (EM2)

"Porque eles ali, qualquer coisinha eles querem cair na porrada, o paciente mesmo, ele não perturba, mas o acompanhante perturba muito. Ele é que cria o caso". (EM4)

"Porque na verdade o paciente não causa tanto problema. Quem causa é o familiar, é a chegada do familiar, entendeu? [...] Não pelo paciente e sim pelo familiar, porque assim 80% do estresse causado na emergência é pelos familiares. O paciente em si... tranquilo. O grande problema da emergência são os familiares." (EH2)

"Ah e também eu estou lembrando de outro caso de um bombeiro, um bombeiro também que também ameaçou, mas tem bastante tempo, deve ter aí uns 2 anos [...] e ainda falou que ia me prender usando de poder, né, e eu falei que 'tudo bem, então me leva presa', mas nisso eu chorei e foi também uma coisa muito complicada porque o maqueiro também estava junto com ele, então também achou de ameaçar" (EM1)

"Mas eu já presenciei segurança tentando impedir o paciente de entrar e usando da força física, por exemplo, segurava a pessoa que tava falando palavrões querendo ser atendido e inclusive com a presença da PM (Polícia Militar) tentando impedir o paciente de entrar aqui na emergência que já é superlotada. Então eu já presenciei esse fato e é bem assustador". (EH5)

"Acaba não sendo... eu acho que nós somos mais violentos com eles do que eles com a gente. A violência parte da instituição, parte do

profissional, não parte deles. Acho que eles ainda são pacientes porque nesse sentido os pacientes não são clientes, eles não são usuários, porque eles vem aqui e eles se submetem a tudo que a gente quer". (EM16)

Os profissionais entrevistados também relataram que o profissional que mais sofre a violência é aquele que está prestando os cuidados na porta de entrada da emergência e aquele que está em maior contato com os usuários. Este segundo justifica a indicação do profissional de enfermagem feita pelos entrevistados como sujeito mais afetado pela violência sofrida a partir do contato com o usuário:

" Quem sofre é o profissional que está ali na frente. Se for a recepcionista que estiver ali na frente, por exemplo, nos lugares que não tem classificação é a recepcionista que vai sofrer a agressão. O profissional que está na frente, na porta de entrada". (EH1)

"Olha só, chega a ser mais pra enfermagem porque a gente está mais exposto a gente está ali a todo momento, mas já aconteceu caso aqui de médico apanhar a li fora. De meter a porrada no médico mesmo [risos] e baterem nele, mas assim, não acontece com muita frequência porque os médicos não ficam atendendo o tempo todo". (EM7)

Corroborando com estes achados, Cezar e Marziale (2006), Jackson e Ashley (2005), Kaiser e Bianchi (2008), Klijn, Suazo e Moreno (2004) e Martinez – Jarreta, Gascón, Santed e Goicoechea (2007) identificaram o paciente e/ ou o familiar como principais agentes da violência no ambiente de trabalho de enfermagem.

Além disso, os depoentes ainda citam que os usuários distorcem a relação estabelecida com a equipe de enfermagem, acreditando ter liberdade de agir de maneira violenta com este profissional, o que não é observado nas demais profissões que compõem a equipe de saúde:

"Tenho certeza, porque ela é a linha de frente ela está sempre na frente. Pra chegar no médico tem que passar pela enfermagem, entendeu? Seja na triagem, seja na medicação, seja na aferição de sinais vitais, seja no curativo. Quando o médico chega já está tudo pronto pra ele atuar, então, quem é a linha de frente? é a enfermagem, sempre vai ser a enfermagem, entendeu?" (EH2)

"Olha, a meu ver é a enfermagem e o pessoal da recepção. O pessoal da recepção ouve horrores, como se eles fossem os donos do hospital. Como se eles fossem dar solução pra tudo. Então, passou por eles, chegou até a gente, então o que não descarregaram lá descarregam em cima da gente. Ai depois que chega quem resolve, aí não tem mais nada pra descarregar, aí ele é bonzinho 'Muito obrigada, o senhor é um amor'. Tá, mas a descarga é nossa". (EM8)

Para que essas inadequações sejam minimizadas é preciso que o profissional de enfermagem realize um trabalho de informação e sensibilização frente a este paciente de modo que ele seja co-responsabilizado pela segurança do ambiente, uma vez que havendo quebra na segurança, haverá prejuízos para o cuidado e, conseqüentemente, para satisfação de suas necessidades afetadas. Neste ponto, reforçamos a importância de manter o usuário do sistema de saúde informado acerca dos procedimentos que envolvem o seu processo de cuidado para a efetivação do cuidado. Além de contribuir para minimizar o medo e a ansiedade desse usuário, também diminuirá a ocorrência de eventos violentos (TRAVELBEE, 1979).

4.2.2 Categoria II – Conseqüências da violência para a saúde do profissional de enfermagem e para o exercício de suas atividades laborativas

Os profissionais entrevistados apontaram conseqüências da violência para a saúde do profissional, que foram agrupadas enquanto problemas, físicos, problemas emocionais e problemas psicológicos. Entendendo que estes problemas se correlacionam e podem se manifestar juntos ou separadamente, tanto no momento em que ocorre a violência como ao longo do tempo, devido à exposição repetitiva à violência.

Ainda foram apontadas conseqüências para o trabalho, como falta de disposição para o trabalho, distanciamento físico e mental do cuidado do agente da violência e dos demais usuários, humor diferenciado após sofrer ou ao longo dos anos devido à exposição repetitiva à violência e a mudança na rotina por medo da concretização das ameaças sofridas.

Os profissionais de enfermagem apontaram ainda situações e pessoas das quais obteve ou não apoio no momento ou após terem sofrido violência. O apoio social e institucional, os sentimentos e atitudes gerados a partir de uma violência sofrida influenciam nas conseqüências dessa violência sofrida para a saúde e para o trabalho do profissional de enfermagem.

No entanto, é fundamental que se considere que as vivências experimentadas pelos profissionais são subjetivas e, por isso, são particulares, apesar de observarmos

certa homogeneidade nas falas. Por isso, iniciaremos a discussão desta categoria abordando os sentimentos e atitudes relatados pelos entrevistados.

Os sentimentos e atitudes presentes no profissional de enfermagem emergem da relação que este estabelece com o usuário do sistema de saúde. Isto é possibilitado pelo processo de trabalho em enfermagem que permite o maior contato deste profissional com o usuário, alvo do seu cuidado. Travelbee (1979), que descreveu a Teoria da Relação Interpessoal, ressalta que o marco conceitual da relação profissional de enfermagem – paciente é o envolvimento emocional.

Através desse envolvimento, o relacionamento terapêutico se concretiza, considerando que para que o indivíduo estabeleça uma relação com outro é preciso que ele se envolva emocionalmente, em busca de um objetivo comum. Para Travelbee (1979) a partir do relacionamento terapêutico o enfermeiro se torna responsável por ajudar o paciente a encontrar a cura.

A Teoria da Relação Interpessoal estabelece quatro fases para o relacionamento terapêutico: na primeira fase inicia-se a vinculação através de observação participativa e não participativa; na segunda fase ocorre o encontro propriamente dito, onde o enfermeiro e o paciente irão se conhecer e ambos irão esclarecer e definir o problema existente; na terceira fase inicia-se a fase de interação, a qual já existe uma relação de confiança e segurança entre ambos; na quarta fase o paciente já está totalmente integrado ao ambiente de cuidado e é a fase de solução do problema através do relacionamento interpessoal estabelecido entre paciente e enfermeiro para satisfação das necessidades afetadas (TRAVELBEE, 1979).

É na terceira fase que podemos observar as reações do paciente às pessoas envolvidas no cuidado e é a partir daí que o enfermeiro deve estabelecer uma forte relação com o paciente. Uma vez adquirida a confiança e a segurança na relação estabelecida na terceira fase, enfermeira e paciente podem então decidir juntos acerca das metas de cuidado. Neste momento diminuem o medo e a ansiedade devido à relação de confiança estabelecida entre ambos (TRAVELBEE, 1979).

Na quarta fase após a integração do paciente ao ambiente de cuidado, é necessário que a enfermeira, através de estratégias de comunicação, promova apoio emocional e encoraje o paciente a buscar a satisfação das necessidades afetadas

(TRAVELBEE, 1979). Para isso, a enfermeira deve estar emocionalmente envolvida com o paciente, o que, segundo Travelbee (op. cit.), ainda possui limitações impostas pela enfermagem.

Para Travelbee (1979) a enfermagem estabeleceu uma política de não envolvimento pautando-se na justificativa de que o envolvimento é inversamente proporcional à relação, o envolvimento emocional leva a uma identificação excessiva com o paciente, a pessoa que se envolve é considerada inapta e incapaz por ser excessivamente sensível e o envolvimento é destrutivo para o crescimento da enfermeira.

Deste modo, temos o medo e a ansiedade precedendo a fase de identificação e estabelecimento de relação entre ambos. A relação de confiança e segurança, constituintes do relacionamento terapêutico, é fundamental para o cuidado prestado pela equipe de enfermagem na busca pela satisfação das necessidades afetadas do usuário do sistema de saúde. Assim, os sentimentos envolvidos a partir da relação interpessoal profissional de enfermagem – usuário são decisivos para o estabelecimento do relacionamento terapêutico.

Através dos relatos dos depoentes identificamos sentimentos relacionados à violência sofrida através do contato com o usuário. Entendemos que a violência pode ocorrer em qualquer fase da relação interpessoal. No entanto, quando ela acontece na primeira ou na segunda fase observamos o predomínio das falas relacionadas ao medo, como os depoimentos que se seguem:

"[...] e aí você já começa o seu plantão já receoso, né? meio que andando em ovos, né, com aquela pessoa, com aquele paciente, isso não é, não é positivo, né, você tem que tomar cuidado com tudo que fala porque você não sabe quem é aquela pessoa, né? às vezes tem um 'você não sabe com quem você está falando' eu realmente não sei com quem eu estou falando, não tenho nem idéia de com quem eu to falando". (EM2)

"Acompanhante que é pior, porque tem muita gente aqui que é de movimento do tráfico, mulher de bandido, pessoas de comunidade, que são pessoas que você vê que não é do seu meio, do seu convívio. Então você fica com medo sim, as pessoas já te encaram, já tem aquele jeito grosseiro, aí você fica com medo. Dá muito medo sim". (EM19)

O depoimento de EM2 mostra como o medo pode prejudicar a interação entre o profissional de enfermagem e o usuário e trazendo, conseqüentemente, problemas para a satisfação das necessidades afetadas daquele usuário. No entanto, também conseguimos observar através das falas a reação do usuário às pessoas envolvidas no seu processo de cuidado.

Com isso, podemos perceber que a relação de confiança está conflitante, tanto para o usuário, que devido à falta de segurança e confiança naqueles que estão tentando promover o cuidado quanto para o profissional que se sente ansioso e com medo por desconhecer do que aquele indivíduo é capaz.

Assim conseguimos identificar uma deficiência da assistência prestada, caracterizada pela sensação de limitação do cuidado, uma vez que o profissional não conseguirá estabelecer um cuidado efetivo pautado a busca mútua e conjunta por um objetivo comum, o da satisfação das necessidades afetadas daquele usuário. Essa deficiência também é sentida pelos profissionais de enfermagem, conforme identificamos, a seguir:

"Constrangimento acontece sempre, né? Porque, assim, parece que eu é que estou errada na situação. Eu não vou dizer pra você que eu sou a mais correta do mundo, entendeu? Mas se eu estou trabalhando e tentando fazer o meu serviço com uma condição dessas é complicado, porque o sentimento é de muitas vezes pensar "poxa, vou trabalhar", mas, né, desânimo, de saber que vai dar de cara com aquela pessoa". (EM1)

"Naquele momento eu sinto que eu não consegui passar a grande informação no qual eu estudei tanto tempo pra passar, que foi o ato do cuidar. Eu não soube me expressar, eu não soube contornar, eu não soube intervir, porque o que difere a equipe de enfermagem, de outras equipes é saber lidar com a família do paciente, entendeu? (EH2)

Essa limitação do cuidado também pode ser traduzida através da limitação da liberdade na organização do trabalho, exposta nas falas que seguem que mostram os profissionais enquanto refém da violência, pois esses profissionais se submetem a uma situação imposta por suas instâncias superiores:

"Porque na verdade a gente tem a classificação de risco. O profissional que fica ali ele fica a mercê, né, dos pacientes". (EH1)

"A gente fica refém, né, só quando a gente vai lá e solicita que vem alguém, quando vem fazer alguma coisa". (EM2)

"Pelos condições mesmo assim, é que o sistema impõe à gente pra estar trabalhando, expõe muito o profissional por isso. A gente tá na ponta e eles não querem saber, eles não vão estar lá mesmo, né? eu digo assim de diretor, os coordenadores, eles vão estar na casa dele dormindo, não vão estar lá". (EM19)

Com relação à limitação da liberdade na organização do trabalho, Dejours (apud DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET, 1994) explica que para o trabalho ser equilibrante ele precisa ser livremente escolhido ou livremente organizado. Assim, ele passa a ser um meio de relaxamento para o trabalhador, pois permitirá que este alcance satisfação após a realização da tarefa. No entanto, se o trabalho oferece limitações quanto ao desenvolvimento dos projetos e da organização do trabalho do indivíduo e o impõe a agir conforme a vontade de outro, a energia psíquica é acumulada e o trabalho passa a ser fatigante.

Deste modo, quando não há mais possibilidades de descargas psíquicas através do trabalho, essa energia se acumula se tornando fonte de sofrimento, levando a sentimentos de tensão e desprazer relacionados ao trabalho. Além disso, na impossibilidade de contê-las essas energias são transbordadas ao corpo, desencadeando perturbações no indivíduo. "Se nenhuma modificação da organização do trabalho intervém, então a fadiga desencadeia a patologia" (DEJOURS APUD DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET, 1994, p.30).

Em contrapartida, a maior parte dos depoentes mostrou-se tolerante e empático ao compreender que o usuário está passando por uma situação de tensão relacionada ao processo adoecimento/ hospitalização.

"Sempre pondo a paciência acima de tudo porque assim, não adianta você querer levar a emergência no peito. Se ele chegar estressado e você estiver estressado ninguém chega a lugar nenhum, não é verdade? então alguém tem que ser tolerante, infelizmente temos que ser nós". (EH2)

"Porque eu acho que se eu estivesse lá eu faria a mesma coisa, entendeu? Então a gente antes de dizer que você é culpado que você não deve fazer isso, se bota no lugar daquela pessoa, totalmente desorientada e leiga. Você quer saber. É assim mesmo, sabia? É assim mesmo. Se você parar um pouquinho pra pensar você vai ver que é assim mesmo, todo ser humano age da mesma forma. Quando você está doente, quando você está internado quando você vai visitar alguém doente é assim. Ninguém é diferente não". (EM11)

"Eu tento até entender que, que a pessoa não [pausa curta] ela faz isso porque também está sob pressão, está com o ente querido adoentado, às vezes, com risco de morte. Eu tento entender por esse lado também. Lógico que tem gente que é arrogante, que bota o dedo na cara, mas eu tento entender que essas pessoas também estão passando por um drama". (EM3)

No depoimento de EM11, assim como nos outros, percebemos que os entrevistados entendem a violência enquanto resposta natural do indivíduo, inerente do ser humano. Com relação a este aspecto, Michaud (1989) salienta que a violência deriva do instinto de agressividade presente no homem primitivo, assim como nos animais. Este instinto foi fundamental para que o ser humano sobrevivesse, pois o permitia ter domínio do território e proteger o bando.

No entanto, este instinto foi corrompido pelo homem através da consciência e da inteligência, que o permitiram utilizar o instinto da agressividade para a conquista, a exploração e a destruição. Devido a este caráter destrutivo, a violência foi reprimida pela sociedade, mas não foi totalmente excluída do funcionamento social. Nela, a violência é enquadrada, ajeitada, banalizada e até admitida (MICHAUD, 1989).

Michaud (1989) define essa exceção que a sociedade faz de racionalização da violência e cita como exemplo o retorno da tortura ao primeiro plano dos instrumentos governamentais, que a princípio scandalizou a sociedade e agora já não é alvo de indignação.

Retomando os depoimentos percebemos que para alguns entrevistados a violência é considerada como maneira errada de se expressar. Por compreendê-la enquanto inerente do ser humano, este tipo de violência é tolerado pelos profissionais de enfermagem.

Reforçando as falas de EM3 e EM1 identificamos ainda que o entrevistado EH1 relata estar acostumado com a situação de violência que sofre a partir do contato com o usuário do sistema de saúde. E ainda que esse costume é proporcional ao tempo de experiência no setor emergência, reforçando a idéia de banalização e tolerância da violência de Michaud (1989):

"Eu faço a minha parte, eu particularmente, não me sinto assim frustrado, já estou acostumado". (EH1)

Apesar de se mostrarem acostumados com a situação de violência e empáticos em relação ao usuário, alguns depoentes citam estratégias de defesa por eles desenvolvidas para driblar os sentimentos gerados a partir da situação de violência. Identificamos em EM13 que ela relaciona os comportamentos dos profissionais de enfermagem como o deboche, a ironia, a uma estratégia de defesa do profissional contra a violência:

"É uma válvula de escape, né? Assim, o meu cigarro é meio que minha muleta, né? A gente tem uma demanda psicológica e a gente usa o cigarro pra que ela passe, entendeu? Eu vou fumar eu fico tremendo de verdade". (EH3)

"Porque eu sei, eu sempre brinco com os meninos aqui assim que 'dias piores virão'. Então nunca espere que vai melhorar, porque não vai melhorar, só vai piorar, entendeu? E no pior quando ele vim, você já 'ah, ta'. Eu sempre... já observei isso há um tempo, né? Aí depois eu vim observar isso com mais frequência e é verdade. Então lida com aquilo que quando chegar até você já não é grande novidade 'oh'. Pra mim já não faz muita diferença, não". (EM11)

"Eu procuro compreender isso, embora você deboche, embora você não leve em consideração porque é uma defesa, embora você não chore, meu pai fala que eu sou fria. Se eu for chorar por cada coisa triste aqui no hospital eu vou viver chorando então é uma defesa nossa não se envolver, mas eu compreendo, a maioria que reclama, reclama com toda razão". (EM13)

Para Dejours (1992), a ideologia defensiva funcional é uma estratégia coletiva utilizada para mascarar uma ansiedade, possui caráter social, é dirigida a um risco ou um perigo real, deve ser dotada de certa coerência, tem caráter vital, fundamental e, portanto, é obrigatória. Diferente do que observamos nessas falas, que nos parece serem defesas individuais contra o sofrimento causado pela violência cotidiana.

Dejours (1992, p.41) ressalta que "é preciso admitir que é sobretudo individualmente que cada operário deve se defender dos efeitos penosos da organização do trabalho". Porém, extraímos dos depoimentos estratégias defensivas funcionais desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem, que serão analisadas posteriormente quando abordarmos as conseqüências da violência para o trabalho.

Com relação ao sofrimento, percebemos em determinadas falas características de sofrimento relacionado ao trabalho, como é o caso de EM5, que durante todo o seu

depoimento utiliza-se de sentimentos negativos como decepção, descrença, desgosto para se referir ao trabalho desenvolvido.

Quanto a este aspecto, Dejours e Jayet (apud DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET, 1994, p.89, grifo do autor) citam a existência de expressões diretas do sofrimento ressaltando o que podemos relacionar a estes sentimentos descritos por EM5 como "morosidade, desânimo, desencorajamento e até mesmo resignação, que foram frequentemente evocados ao longo das sessões de trabalho...".

E ainda podemos perceber, retomando a discussão das situações que agravam ou estimulam a situação de violência no que tange o comportamento agressivo e debochado dos profissionais, que rompantes de violência dos profissionais de enfermagem a partir de uma violência por ele sofrida também podem denunciar a existência de sofrimento. Dejours e Jayet (apud DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET, 1994) também consideram atitudes agressivas como forma de expressão direta do sofrimento.

Para compreender a questão do sofrimento no trabalho, Dejours (1992) cita que o trabalho deve permitir a satisfação de aspirações pessoais do trabalhador em relação a si, conteúdo narcísico da tarefa, e em relação ao objeto, investimentos simbólicos e materiais destinados a um outro. Para Dejours (1992), o sofrimento começa quando a evolução destas aspirações é bloqueada.

Dejours e Abdoucheli (apud DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET, 1994) consideram a existência de dois tipos de sofrimento: O criativo, quando este é transformado em criatividade, aumentando a resistência do indivíduo ao adoecimento; e o sofrimento patogênico, quando todos os meios de defesa são esgotados e o sofrimento residual gerado não consegue ser canalizado de outro modo a não ser sendo somatizado através da descompensação e da doença.

Podemos perceber traços de que a organização do trabalho não está satisfazendo o trabalhador, a partir dos depoimentos quês e referem ao descrédito dado ao trabalho desenvolvido pela unidade de saúde, conforme se segue:

"Eu tenho medo de um parente meu cair numa unidade que eu trabalho, eu tenho medo de ser atendida pelo que eu estou vendo hoje sobre atendimento de salvar vida, de buscar alguma coisa. Eu tenho medo. Há uns anos atrás eu tinha confiança numa equipe médica, numa equipe

até mesmo de colega, de tudo, hoje eu já não tenho mais eu tenho medo, eu tenho medo porque está um descaso". (EM5)

"A minha desproteção é eu administrar uma medicação e aquela medicação não servir pro paciente e aquele paciente ir a óbito porque eu segui uma ordem médica. Será que esse médico estava certo? não sei qual foi o médico que viu aquele paciente direito [pausa curta] essa é a minha desproteção". (EM6)

A partir das falas de EM5 e EM6 retomamos a discussão acerca do medo e podemos inferir que as relações interpessoais estabelecidas a partir do contato com os demais profissionais não são suficientemente fortes a ponto de haver confiança e segurança no trabalho do outro.

Analisando a partir da organização do trabalho podemos inferir que este não se possibilita a plena realização das aspirações do trabalhador, de modo a provocar nele medo e sensação de desproteção. Isto pode ser indicativo do início do sofrimento para estes profissionais. Este medo e esta sensação de desproteção também podem estar relacionados à falta de apoio social e institucional.

Com relação ao apoio social Pedro, Rocha e Nascimento (2008) o definem como auxílio material ou falado recebido pelo indivíduo a partir de pessoas que mantenham com ele um contato sistemático gerando emoções ou comportamentos positivos:

Qualquer informação, falada, ou não, ou auxílio material oferecidos por grupos ou pessoas, com as quais teríamos contatos sistemáticos, que resultam em efeitos emocionais ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, que gera efeitos positivos para o sujeito que o recebe, como também para quem oferece o apoio, permitindo que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas (PEDRO, ROCHA, NASCIMENTO, 2008)

As autoras (2008) ainda citam a rede social, que se diferencia de apoio social, pois "se refere à dimensão estrutural ou institucional ligada a um indivíduo" (PEDRO, ROCHA, NASCIMENTO, 2008). Temos como exemplo instituições religiosas, sistema escolar, sistema de saúde e vizinhos. As autoras (op. cit.) ressaltam que apoio social e rede social são conceitos interligados.

Assim, observamos nas falas, como a de EH3 a importância da atuação da rede social nas situações de violência de modo que sua ausência é sentida ainda mais que a violência propriamente dita. Fazendo um comparativo, percebemos a eficácia da atuação do apoio social, tanto dos colegas de trabalho e familiares quanto dos policiais

de plantão, na situação de violência, contribuindo para que o trabalho do profissional de enfermagem transcorra de maneira tranquila:

"A gente fica muito marcada na hora, no momento, a gente estava quase acabando o plantão também, era por volta de umas três, quatro horas da tarde, a gente sai às sete, então, mas aí depois, a gente chega em casa, nos outros dois dias a gente tava em casa, tanto eu como ela e a gente ficou mais tranquila". (EM3)

"Ah fiquei mexido, me ofendeu, me fez mal, mas o plantão em si, o trabalho correu de forma tranquila. Minha equipe é muito legal". (EH3)

"Aí, às vezes eu começo a falar, falar, falar, falar, às vezes eu chego em casa e falo com meu marido, porque fulano de tal tava errada, porque fulano de tal tava certa, e assim desabafei acabou, acabou o assunto". (EM11)

No depoimento de EM11 reforçamos a importância do apoio social no enfrentamento e na superação das situações negativas relacionadas ao trabalho. Corroborando com estes achados, o estudo de Eriksen, Tambs e Knardahl (2006) ressalta a importância da situação social no enfrentamento de determinadas situações no ambiente de trabalho. Para os autores (op. cit), estudos com indivíduos solteiros, mais solitários ou com menos suporte revelam associação entre estar solteiro e o estresse psicológico.

Nas falas, a seguir, também identificamos relatos de falta de apoio social e institucional, o que pode indicar a necessidade de atenção para estes profissionais, pois podem estar mais suscetíveis ao adoecimento psicológico:

"Da porta pra fora quem garante a nossa segurança, né? Eu sou a mesma pessoa que to aqui dois noturnos e dois diurnos, que eu to na rua. Eu saio daqui pra ir pra minha casa, né, que eu vou para o ponto de ônibus na Avenida Brasil, quer dizer... eu não sabia nem com quem eu tava falando aqui dentro, muito menos com a pessoa que pode estar me esperando ali fora. Realmente não tem. Não tem nem como recorrer, né? [...] recorre a quem? Quem vai fazer minha segurança? Acabou o plantão tenho que ir embora pra casa, né?" (EM2)

"Ah, eu acho que a nossa chefia devia olhar mais pela gente aqui embaixo, pelo menos esse setor horroroso aqui, porque tem coisas que a gente resolve que eu acho que não era nem pra gente resolver, sabe?" (EM4)

"No final das contas o paciente mesmo foi embora e, assim, ficou por isso mesmo porque ele não relatou nada, eu relatei no nosso livro, mas assim ele [o policial] como autoridade local não fez nada". (EM14)

"[...] e quando te explora por conveniência sem você ter respaldo de quem possa fazer alguma coisa pra que isso mude, porque você pensa assim: 'Se eu, se tem a CREMERJ, nós temos o COREN...'" (EM5)

Essa falta de apoio institucional gera no profissional, além da sensação de desproteção, previamente citada, a sensação de não resolutividade do problema da violência, devido à subestimação dos órgãos gestores em relação a esta questão. Os sentimentos e as atitudes do profissional de enfermagem frente a uma situação de violência sofrida através do relacionamento com o usuário do sistema de saúde, que é o alvo de seu cuidado, pode repercutir na saúde e no trabalho desse profissional. Essas repercussões serão abordadas a partir de agora.

Discutimos anteriormente as elucidações de Dejours (apud DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET, 1994) acerca da carga psíquica do trabalho, que pode gerar um trabalho fatigante ou um trabalho equilibrante, e acerca do sofrimento que também traz consequências para a saúde e para o trabalho do profissional por ele acometido. Iremos, portanto, neste momento, analisar essas consequências a partir dos dados extraídos das entrevistas.

Para Dejours (apud DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET, 1994), o corpo humano é objeto de excitações exógenas e endógenas e carregam com ele uma história, com desejos, aspirações, motivações que participam da escolha de suas ações, inclusive a respeito do trabalho. E ainda possui vias de descarga pessoais que participam da estrutura da personalidade.

Esses pontos citados são satisfeitos à medida que o trabalho permite suficientes atividades psíquicas e não se opõe à livre atividade, permitindo que suas aspirações sejam alcançadas. Se o trabalho não permite descargas da energia psíquica, essa energia se acumula e o trabalho passa a ser fatigante. Se o trabalho é escolhido e se organiza livremente, ele permite ao trabalhador a descarga dessa energia e o trabalho passa a ser um meio de relaxamento para o trabalhador, sendo considerado, portanto, trabalho equilibrante (DEJOURS apud DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET, 1994), como podemos observar nas seguintes falas:

"Então, assim, hoje eu trabalho muito mais prático, eu consigo lidar melhor com isso, né? [...] e passar pro paciente até onde você pode

resolver porque a gente é auxiliar, a gente não tem como resolver muita coisa". (EM18)

"Você está preparada pra receber o bêbado, o viciado, o baleado, o marginal, parece que manifesta na enfermagem o olhar de tratar, né? A enfermagem só sente alguma coisa ao contrário quando ela é desrespeitada, desrespeitada. Isso independente do que quer que seja. Que seja esse cliente chegando pra gente, a gente trata... o que mais maltrata a enfermagem em si é o que parte da própria entidade [...]" (EM5)

"Eu já não levo assim, talvez devesse levar, né? Porque uma hora um pode realmente fazer alguma coisa contra a gente, mas eu não levo. Quando eu saio ali já até esqueci. Se me pegar vai pegar mesmo porque eu já até esqueci [risos]. Ainda vou falar assim 'eu não lembro, o senhor está me confundindo, não era eu não' [risos]". (EM13).

No relato de EM18 e de EM5 percebemos a experiência como fator que influencia as percepções envolvidas na situação de violência, como também demonstra o estudo de Kirchhof et al (2009) que constata maior prevalência de distúrbios psíquicos menores entre os profissionais mais jovens e com menos experiência. No presente estudo, observamos que 75% dos entrevistados encontram-se na faixa etária entre 20 e 40 anos e que a maioria destes profissionais trabalham na emergência desde a data de admissão e, por isso, podemos inferir que possuem uma certa experiência de trabalho e o melhor conhecimento do contexto de trabalho. Por isso, sentem-se mais preparados para lidar com certas situações, dentre elas, a situação de violência, auxiliando o enfrentamento das dificuldades encontradas no ambiente de trabalho.

Em contrapartida, esta "sensação" de estar preparado também pode acarretar banalização da violência, por ser um evento violento, o que prejudica a notificação e o controle dos espaços laborais no que tange a prevenção da violência. Gerberich et al (2004) apresenta em seu estudo que apenas 27% dos enfermeiros percebem a violência como problema ocupacional. Além disso, segundo os autores (op. cit), a violência é vista pela maioria dos profissionais como parte do trabalho.

No entanto, os profissionais admitem que, para alguns, a situação de violência afetará a saúde e o trabalho. Deste modo, acreditam que as consequências vão depender do indivíduo que está sofrendo a violência, caso o profissional não seja preparado para o enfrentamento desse tipo de situação:

"[...] psicologicamente pode prejudicar a pessoa, ela fica muito tempo em uma situação de ameaça ela vai desenvolver algum tipo, né, pode desenvolver algum, dependendo do tipo da pessoa, se ela não é preparada pra lidar com aquilo, algum problema psíquico, alguma frustração muito grande no serviço, se ela é submetida a essa situação rotineiramente e não tem preparo pra lidar com isso, às vezes, pode levar sim". (EH1)

"O momento em que, você como enfermeira, você está sendo agredida, a sua equipe toda vai ao teu socorro, e ali começa os grandes sentimentos, né? Começa a raiva, começa o rancor, começa a tristeza, começa o desespero, cada um mostra um sintoma. Eu acho que influencia muito sim". (EH2)

"Ah influencia, sim. Tem gente que sim, cada um tem o seu estado o seu emocional e de uma certa maneira em algumas pessoas influencia, tem gente que não. Conheço colega que não esquentava. Aqui é o trabalho, sabe separar mesmo, não leva nada pra casa, acabou, ficou. Eu, por exemplo, não sou assim. Eu sou de levar, entendeu? Eu levo se aconteceu alguma coisa eu fico chateada, eu levo pra casa, eu costume levar." (EM15)

No trabalho fatigante, quando todas as possibilidades de descarga da energia pulsional e de criação de estratégias de defesa já se esgotaram no indivíduo, sobrevém a fadiga e o sofrimento. Para isso, a energia pulsional, impossibilitada de ser descarregada através do trabalho, se acumula, inicialmente, no aparelho psíquico e depois transborda para o corpo, produzindo sintomas viscerais e musculares (DEJOURS apud DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET, 1994).

Deste modo, se o trabalho não permite a interrupção desse processo e não se modifica a organização do trabalho de forma a permitir as descargas da energia pulsional, a fadiga desencadeará a patologia. Além disso, os afetos psíquicos, como angústia e emoção, produzem traduções somáticas. "As palpitações, a hipertensão arterial, os tremores, os suores, as parestesias, as câimbras, a desidratação das mucosas, a hiperglicemia, o aumento do cortisol sanguíneo, a poliúria são as manifestações mais freqüentes" (DEJOURS apud DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET, 1994, p.29).

Considerando a violência sofrida cotidianamente pelos profissionais de enfermagem, enquanto fenômeno que produz afetos psíquicos, a inexistência de medidas de controle e prevenção da violência na unidade e a sensação de falta de apoio institucional relatada pelos entrevistados, inferimos que a violência irá se traduzir

em sintomas somáticos e psíquicos. Podemos perceber isso através dos depoimentos que se seguem:

"Porque a pressão [arterial] sobe, dá dor de cabeça [...] Acontece também fisicamente algumas coisas, de tremor, porque quando você fica nervosa depois acaba acontecendo... esses quadros de tremor, tudo pelo estresse que deu, né?" (EM1)

"Você adocece [...] eu nunca tive problema de pressão e estou tendo, pressão alta, é... o resto é da idade mesmo, mas afeta o emocional da gente, afeta. Você trabalhar chateada, entende, saber que você sofreu uma ingratidão, é muito ruim, cara, é muito ruim. Você tem até febre, tem gente que tem até febre, né? Fica chateada, que isso! Com certeza, com certeza". (EM4)

"E [pausa curta] a minha pressão subia [pausa curta] fazia pico hipertensivo, pico glicêmico, entendeu? porque eu ficava naquela acuada, né? Aí o meu organismo reagia, já que eu não reagia, ficava acuada aí o meu organismo reagia com pico hipertensivo, pico glicêmico, então". (EM8)

"Isso influi na tua saúde, isso influi em tudo seu, porque sai de um plantão desse, você tem que dar outra hoje e fazer 24 (horas) ali, isso é estressante, isso é muito estressante. Eu acho que se você fosse hoje ver um perfil de um profissional de emergência é completamente diferente de qualquer outro profissional dentro de hospital. Ele tem alguma coisa diferente, porque ou de estresse ou modo de andar, de falar, de agir, de [quebra de pensamento]" (EM5)

"No momento que você começa a ficar triste, desmotivado o seu lado psicológico começa a ficar abalado e sempre assim, sempre ouvi sempre li algo que o seu psicológico, o seu bem estar físico depende do seu bem estar espiritual, entendeu? O corpo depende do espírito, uma vez que você está triste, seu corpo está triste". (EH2)

"Já teve uma vez de acontecer isso, né, esse fato e eu ficar pensando assim 'ai meu Deus eu vou trabalhar hoje e isso vai acontecer de novo', entendeu? E a pressão subir, ter dor de cabeça e não querer ir trabalhar. Já aconteceu isso de eu, às vezes, não querer ir trabalhar e acordar e falar 'ai meu Deus, me ajuda hoje, que o dia seja tranquilo'". (EM7)

"A gente tem companheiros de vinte e tantos anos de trinta anos com hipertensão, sabe? Com diabetes, com hipertensão, com tudo e não era pra estar, mas principalmente pelo trabalho pela carga horária por tudo acaba influenciando sim. Não é só hereditariedade, o meio que você convive influencia muito na sua saúde e pra gente não é diferente, nunca vai ser diferente". (EM18)

Assim como diversos autores, dentre eles, Ohara, Melo e Laus (2010), Kirchhf et al (2009), Calderero, Miasso e Corradi-Webster (2008), Eriksen, Tambs e Knardahl

(2006), identificamos, a partir das falas dos entrevistados, consequências físicas, como tremores, palpitações, hipertensão arterial, hiperglicemia, dor de cabeça, sensação de fechamento da garganta e sintomas psíquicos e emocionais como estresse, falta de vontade de ir ao trabalho, ansiedade, tristeza e desmotivação para o trabalho.

O estudo de Eriksen, Tambs e Knardahl (2006) mostrou associação entre o nível de exposição à violência e o nível de estresse psicológico. Para Wright, Dixon e Tompkins (2003) os efeitos da violência incluem a desmotivação e pode também gerar resignação nos profissionais que sofrem violência severa e constante. Staines (2009) ressalta que as vítimas da violência podem sofrer sofrimento psíquico e físico.

Além disso, considerando que, no presente estudo, a maioria dos profissionais entrevistados pertence ao sexo feminino, devemos ainda considerar as questões relacionadas ao gênero. Magnago et al (2010) também ressalta a importância do nível socioeconômico como fator contribuinte da situação mental e física do profissional. Assim, para os autores (op. cit), características como ser mulher, ter filhos, possuir baixa escolaridade e baixa renda podem estar relacionadas com as atribuições destes profissionais nas tarefas domésticas elevando a jornada de trabalho e, conseqüentemente, a tensão mental e física dos trabalhadores.

No entanto, Lancman, Ghirardi, Castro e Tuacek (2009) afirmam que o que mais se vem observando em estudos científicos são fenômenos que se configuram como situações de elevado sofrimento psíquico e podem se manifestar de diversas formas, como sensação de desconfiança, desânimo, perda de sentido do trabalho e baixo auto-estima. Corroborando com os autores, o depoimento de EH2 mostra a relação entre aparelho psíquico e somático na descarga psíquica do trabalho.

Isso ocorre pelo mecanismo de compensação, ou seja, “para compensar uma fadiga física, o aparelho psíquico também é impelido a contribuir, através da vontade, por exemplo, a tal ponto que finalmente não exista fadiga somática que não tenha, simultaneamente, uma tradução psíquica” (DEJOURS apud DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET, 1994, p.30).

Essa relação somático – psíquico também é evidenciada na fala de EM8, pois, na impossibilidade de descarregar a energia pulsional através do comportamento, essa energia encontra como via de descarga, o aparelho somático, através de pico

hiperglicêmico e pico hipertensivo. E também temos a descarga psíquica produzindo consequências a ponto da depoente necessitar de auxílio profissional para conseguir lidar com a situação.

E ainda encontramos o desestímulo para o trabalho na fala de EM7, pois como o trabalho a impossibilita de produzir descargas psíquicas, a entrevistada encontra no afastamento do trabalho uma forma de diminuir essa energia pulsional. Nesse caso, o afastamento não chega a se concretizar e, por isso, a depoente não se utiliza dessa estratégia defensiva como descarga da energia pulsional.

No entanto, retomando a discussão acerca das estratégias defensivas, identificamos outros depoimentos que mostram estratégias produzidas pelos trabalhadores para se defenderem do sofrimento gerado pela violência no ambiente de trabalho. Estas estratégias podem ser coletivas ou individuais.

Para Dejours e Abdoucheli (apud DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET, 1994, p.128), “vários sujeitos experimentando cada um por si um sofrimento único seriam contudo capazes de unir seus esforços para construir uma estratégia defensiva comum”. Ressaltamos que “prazer e sofrimento são vivências subjetivas, que implicam um ser de carne e um corpo onde ele se exprime e se experimenta, da mesma forma que a angústia, o desejo, o amor etc” (DEJOURS, ABDOUCHELI apud DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET, 1994, p.128).

Por serem subjetivas as vivências serão diferentes de um sujeito para outro. Por isso, apesar de existirem estratégias defensivas coletivas, Dejours (1992, p.41) não descarta a importância das estratégias individuais dos trabalhadores para “se defender dos efeitos penosos da organização do trabalho”. Observamos as estratégias defensivas presentes nos depoimentos, a seguir:

"Então, assim, eu vou dizer uma coisa pra você que eu digo pra todos os meus técnicos: é hora de você se afastar um pouquinho, de ir tomar uma água, de se refazer pra você voltar pra daqui a um tempo guerrear porque soldado não é aquele que guerreia até morrer é aquele que luta, quando vê que tá perdendo a batalha ele se afasta se refaz e volta pra guerrear. Entendeu? ele perde a guerra, mas na perde a batalha totalmente, e nós da enfermagem não podemos perder". (EH2)

"Eu sei que é uma situação só passageira e que se demorar e perdurar eu saio um pouquinho, se tiver a possibilidade eu saio. Se estão brigando comigo por uma porta eu saio pela outra, porque tem duas entradas ali, então aquela outra porta pra mim é sempre um escape.

Então eu saio, respiro um pouco, converso um pouco com os amigos e volto como se aquela situação já tivesse sido resolvida, se não tiver sido resolvida eu já passo pra outra pessoa, passo pro superior e eles vão lá e tentam dar uma amenizada. Não levo pra casa". (EM12)

"Então, assim, quem tem mais necessidade, quem é mais susceptível sempre são eles, nunca a gente. Por mais que a gente sofra que a gente tudo, a gente tem nosso canto, a gente vai lá fora, relaxa, né? vai, sai [pausa curta] e eles ficam aqui dentro. Não tem jeito, entendeu? Não dá". (EM18)

Podemos inferir, a partir dessas falas, que o distanciamento do serviço para se recompor após ter sofrido violência é uma estratégia defensiva coletiva utilizada pelos entrevistados na unidade, pois é destinada contra uma luta real, é aceita pelos profissionais de enfermagem expostos à violência, possui certa coerência e tem caráter vital, fundamental. Ressaltamos que as estratégias defensivas são geradas para tentar driblar as consequências da violência e não para se defender da violência propriamente dita.

Outra estratégia encontrada foi a de evitar o contato com o agente da violência. Dessa forma eles estariam se defendendo de recidivas da violência, até que a energia pulsional consiga ser compensada de outras maneiras. Essa estratégia pode ser identificada através dos depoimentos, a seguir:

"Eu usei uma prerrogativa que eu aprendi no curso que se você não se sente bem, se você tem alguma coisa que te atrapalha no cuidado, você não cuida. Eu falei com a minha companheira que tava cuidando comigo, eu falei "não vou cuidar mais dele" então todo cuidado relacionado a esse paciente eu não vou fazer mais, porque não ia ser um cuidado isento de [pausa curta] de nada [pausa curta] não ia ser imparcial, né? eu tava com raiva dele, obviamente". (EH3)

"O cara que tá com dor vai chegar que vai sentar o acompanhante junto que vai querer arrumar tumulto, brigar, aí a gente fica assim, é se esquivando. Na verdade a palavra é [pausa curta] na verdade fugir mesmo, fugir do conflito. Aí acaba que a gente não consegue ter uma [pausa curta] dar uma assistência boa [pausa curta] entendeu?" (EM19)

Além das estratégias defensivas, encontramos outras consequências para o trabalho como a mudança na rotina do trabalho. O medo e a ansiedade relacionados à ameaça verbal contra a integridade física do profissional fazem o profissional modificar algumas rotinas, inclusive o trajeto, para evitar a concretização da ameaça. Como observamos nos depoimentos que se seguem:

"E, assim, não estou colocando mais o carro na frente só coloco o carro agora lá pra trás em algum lugar aqui pra trás pra não acontecer, até porque o paciente ficou internado, ele agora eu acho que não tá, mas ele ficou internado durante alguns dias... pra evitar isso". (EM1)

"[...] e fiquei assim uma hora e meia sem sair porque ele ficava fora andando pra lá e pra cá dizendo que ia me bater. Eu tive que dobrar [o plantão]. Eu tava de dia eu peguei o plantão de alguém pra fazer a noite pra não sair, com medo, óbvio, né, acredito que ele não ia ficar até as sete horas da manhã do dia seguinte. Aí eu dobrei". (EH3)

"[...] e eu mudei de trajeto, fiz uma série de coisas pra evitar maiores conseqüências, entendeu?" (EM1)

"De chegar e falar pro guarda e falar 'eu não vou sair do plantão enquanto você não me levar até o carro'" (EM7)

Identificamos também o distanciamento físico e mental do trabalho. Os entrevistados relatam que após sofrer violência o nível de atenção nas tarefas realizadas diminui e a simpatia espontânea anterior à violência desaparece, prejudicando a qualidade do atendimento não só do agente da violência como dos demais usuários do sistema de saúde.

Em outros casos, o profissional relata tentar afastar-se do trabalho através do espaçamento do plantão para diminuir o contato com a violência e, assim, evitar o sofrimento. Para outros, a qualidade do atendimento será prejudicada pelas conseqüências da violência na saúde física e psicológica do profissional de enfermagem:

"[...] e assim, os outros cuidados eu fazia, mas assim, me chamou agora vou tentar resolver, mas eu não estava muito ligada no plantão não, sabe? chegar assim, assumir alguma coisa com responsabilidade eu acho que ia ser complicado ali ". (EM1)

"Depois que o paciente faz isso comigo eu não consigo atender outro com um sorriso, não trato mal, não sou mal-educado, mas não é aquele atendimento [pausa curta] não tem mais aquela simpatia espontânea que eu acho que simpatia é essencial, sorriso é essencial, principalmente, em se tratando de gente doente, gente carente aqui principalmente de todas as condições, financeiras, psicológica, atrapalha. Não tem mais a mesma qualidade que o atendimento anterior ao estresse". (EH3)

"Naquele momento eu acho que afeta porque quando a minha perna treme a minha mão treme eu estou com raiva ali então eu não consigo me concentrar naquilo que eu estou fazendo, então, assim, eu tenho que ler, reler, reler, reler então, assim, eu preciso de muito mais tempo pra

conseguir executar uma ação, fechar um procedimento do que normalmente. Então eu acho que afeta em produtividade, com certeza". (EM12)

"Quando eu estou muito irritada com essas coisas eu preciso dar um tempo, então, assim, eu espaço o plantão [...] você leva o dia inteiro pra fazer um curativo, uma sonda, você tá muito ocupada, não tem tempo pra tá ali dando aquela atenção nem pra equipe nem pro paciente, tem mil coisas pra você fazer, então você acaba descontando no trabalho". (EM16)

No entanto, para alguns entrevistados, a violência não produz consequências para o trabalho. Mas alguns admitem que há possibilidade de existir algum prejuízo ao longo dos anos:

"Fiquei um pouco assim no dia [...] o pessoal do patrimônio já ficou assim olhando já [...], mas assim, mudar a rotina, rotina, não". (EM3)

"Até hoje nunca mudou não, pode ser que mude daqui a algum tempo, né? Algum tempo que eu não sei que situação pode encarar aí". (EH4)

Assim, na verdade, se eu falar que eu me sinto mal... geralmente eu esqueço, entendeu, eu esqueço. Eu vejo como um todo, no meu caso [...] Mas também saio daqui e não fico levando isso, porque eu vivo isso em vários momentos, não é só no meu trabalho. A gente vive essa violência o tempo todo. (EM13)

A partir do depoimento de EM13 percebemos, novamente, a banalização da violência no ambiente de trabalho como consequência da violência urbana vivenciada pela depoente. Além dos mecanismos de valorização da violência, descritos anteriormente, Michaud (1989) ainda cita a contribuição da mídia para a banalização da violência.

Assim, eventos violentos que deveriam ser reprimidos no ambiente de trabalho, são vistos como natural, o que dificulta a identificação dos casos de violência e o estabelecimento de medidas de prevenção. Para os demais depoentes, é possível que encontrem outras formas de descarga da energia pulsional produzida pela organização do trabalho, não trazendo prejuízos para a qualidade do atendimento ao usuário do sistema de saúde.

Assim como identificamos em alguns depoimentos, acreditamos também que as consequências da violência para a saúde do profissional de enfermagem também influenciam a forma como esse profissional irá desenvolver suas atividades laborativas.

Essas consequências para o trabalho produzirão efeitos para a qualidade da assistência prestada à população, que, insatisfeita, irá manifestar seu descontentamento com o atendimento recebido de maneira violenta.

Inferimos, portanto, que a violência sofrida pelo profissional de enfermagem a partir do contato com o usuário do sistema de saúde possui um caráter cíclico e permanente. A identificação das causas das violências é o primeiro passo para romper esse ciclo e promover o bem-estar do profissional no seu ambiente de trabalho. Consequentemente, irá contribuir para a humanização da assistência prestada.

4.3 SÍNTESE DAS CATEGORIAS DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos da análise das entrevistas nos permitem ter a visão do desencadeamento da violência até os seus desdobramentos para a saúde do profissional de enfermagem e para seu trabalho. Isso pode ser visualizado no diagrama (figura 02) que constitui síntese da análise dos dados extraídos das entrevistas, que serão analisados a partir de agora.

Através deste diagrama é possível observar as principais causas da violência no cenário estudado citadas pelos profissionais de enfermagem entrevistados e como a violência afeta esse profissional. Também podemos observar as estratégias de defesa utilizadas pelos profissionais no enfrentamento das situações de violência.



Figura 02 – Diagrama representativo do esqueleto das entrevistas.

O diagrama aponta para a realidade que o profissional de enfermagem enfrenta em seu ambiente de trabalho, uma vez que procura desenvolver suas atividades laborativas, apesar dos problemas de infra-estrutura e de processo de trabalho encontrados na unidade hospitalar. Embora o profissional de saúde promova os cuidados ao usuário do serviço de saúde, ele se torna alvo do extravasamento da insatisfação desse usuário. Isso traz consequências tanto para a saúde deste profissional quanto para a qualidade da assistência prestada por ele.

A partir do diagrama, podemos observar que a gênese das situações de violência é multifatorial, compreendendo tanto problemas relacionados à organização do trabalho e gestão de recursos na unidade hospitalar e à gestão das unidades do SUS, quanto características da população assistida naquela unidade. Estes dados corroboram com a Organização Mundial da Saúde (2003), que cita que nenhum fator individualmente explica os comportamentos violentos e que envolve fatores sociais, individuais, culturais, ambientais e relacionais e, também, que é preciso compreender como estes fatores se relacionam para que seja feita a prevenção das situações de violência:

Ningún factor por sí solo explica por qué algunos individuos tienen comportamientos violentos hacia otros o por qué la violencia es más prevalente en algunas comunidades que en otras. La violencia es el resultado de la acción recíproca y compleja de factores individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales. Comprender la forma en que estos factores están vinculados con la violencia es uno de los pasos importantes en el enfoque de salud pública para prevenir la violencia. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003, p. 13)

Refletindo, ainda, sobre o diagrama, podemos inferir que, para a maioria dos depoentes, a situação de violência irá influenciar diretamente na saúde do profissional e no desenvolvimento de suas atividades laborativas. Estas consequências, no entanto, dependerão dos sentimentos do profissional acerca da violência sofrida e do apoio, institucional ou social, recebido por este profissional.

Neste aspecto, Dejours (1992, p.50) ressalta que o processo de trabalho veicula símbolos, cuja natureza e cujo encadeamento irão depender “da vida interior do sujeito, isto é, do que ele põe, do que ele introduz de sentido simbólico no que o rodeia e no que ele faz”. Esta significação, portanto, depende de questões relativas ao sujeito – ou

seja, sua vida passada e presente, sua vida íntima e história pessoal – o que a torna específica e única, e, conseqüentemente, subjetiva.

Deste modo, a violência pode desencadear problemas físicos, psicológicos e emocionais que podem aparecer concomitantemente. Corroborando com estes dados, a Organização Internacional do Trabalho (2002) informa que estudos apontam a violência e o estresse como causa de quase 30% dos custos totais com enfermidades e acidentes dos profissionais da área de saúde, incluindo o profissional de enfermagem.

Além disso, a violência também modifica a rotina do profissional, causa prejuízo para o cuidado tanto do usuário agente da violência quanto para os demais, pois desencadeia, no profissional, o distanciamento físico e mental do local de trabalho. Quanto a este aspecto, a Organização Internacional do Trabalho (2002) explica que as conseqüências da violência repercutem fortemente no trabalho, especialmente nos países em desenvolvimento, causando diminuição da qualidade da assistência prestada ao usuário.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência no ambiente de trabalho da equipe de saúde é avaliada pela comunidade científica como problema mundial que adquiriu, nos últimos anos, enorme importância, sendo, atualmente, uma preocupação prioritária para os países em desenvolvimento e para os países desenvolvidos.

Por isso, torna-se fundamental a mudança de atitudes da sociedade, dos gestores, dos empregadores e dos profissionais para a prevenção dos eventos violentos. Nesse aspecto, a notificação dos casos de violência é um aspecto a ser padronizado e encorajado nas instituições de saúde, pois desta forma será possível identificar os locais e as formas de violência mais recorrentes e, assim, promover as mudanças, de acordo com as especificidades de cada ambiente.

No entanto, para existir efetividade na notificação é preciso que seja efetivado o apoio, principalmente institucional, do profissional que sofreu a violência, para que ele seja resguardado quanto à sua integridade física no momento da notificação. E ainda, que sejam tomadas medidas de punição ou repressão à violência, resguardadas as devidas gravidades das situações, para manutenção da segurança do ambiente de trabalho.

No presente estudo foram identificadas diversas formas de violência verbal, dentre elas, ameaças, xingamentos, desmoralização, intimidações, considerando a violência verbal uma forma de violência psicológica e também violência física. Verificamos também o caráter multifatorial da violência.

Deste modo, temos características relacionadas à gestão do sistema de saúde e da unidade hospitalar, características do usuário do sistema de saúde e características do relacionamento interpessoal da equipe de saúde como causas, apontadas pelos profissionais entrevistados, da violência manifestada pelo usuário na emergência hospitalar.

Além disso, a violência pode ser agravada ou minimizada através do comportamento do profissional de enfermagem frente a uma violência sofrida. Dentre as ações que agravam a violência encontramos: revidar a violência, responder de maneira irônica e debochada, reagir de maneira inesperada e envolver outros profissionais com

a finalidade de identificar o responsável pelo desencadeamento da insatisfação dos usuários. Para minimizar, encontramos: a figura do guarda/ segurança como atenuante da violência, deixar o usuário extravasar os sentimentos e as frustrações, tentar estabelecer o diálogo, comunicar chefias e segurança para interromper uma violência em curso.

Existe um dualismo presente na fala dos depoentes ao se referirem à violência. Apesar de estarem promovendo o cuidado, os profissionais de enfermagem são citados enquanto principal alvo da violência do usuário. Neste aspecto, observamos que este profissional violentado se torna no momento a personificação do sistema de saúde. Uma vez que o profissional de enfermagem possui contato maior com o usuário, em comparação aos demais profissionais da equipe de saúde, este estará mais exposto à violência.

Os entrevistados também relataram que o profissional designado para o atendimento da porta de entrada sofrerá igualmente a violência por parte dos usuários, não importando a sua profissão ou cargo na unidade de emergência. E ainda, relataram a existência de certa liberdade no tratar com a equipe de enfermagem, diferentemente do observado com os demais profissionais da equipe de saúde. Isso pode ser explicado através do vínculo estabelecido entre o profissional de enfermagem e o usuário do sistema de saúde.

Identificamos consequências para a saúde do profissional de enfermagem e para suas atividades laborativas, bem como o desenvolvimento de estratégias de defesa para a diminuição do sofrimento e das frustrações relacionados à violência sofrida no ambiente de trabalho.

Para a saúde do profissional, foram relatados problemas físicos, dentre eles, tremores, palpitações, dor de cabeça, sensação de fechamento da garganta; problemas emocionais como ansiedade, irritabilidade, nervosismo, choro; e problemas psicológicos como estresse constante, pressão psicológica. Esses problemas podem se manifestar separadamente ou em conjunto e dependem de como o profissional lida com a situação.

Quanto às consequências negativas, temos mudança na rotina e no trajeto do profissional por medo da concretização das ameaças sofridas, distanciamento físico e

mental do trabalho e diminuição da qualidade do atendimento ao agente da violência e aos demais usuários.

Com relação às estratégias defensivas organizadas pelos profissionais de enfermagem, identificamos o distanciamento do plantão por alguns instantes para se recompor da violência sofrida e evitar o contato com o agente da violência. Novamente percebemos que para alguns profissionais a violência ainda não causou modificações no desenvolvimento de suas atividades laborativas.

Todos estes fatores são mediados através dos sentimentos e atitudes gerados pela violência. O medo do desconhecimento acerca do que o agente da violência é capaz, sensação de desproteção e decepção relacionada à falta de apoio institucional, sensação de desvalorização profissional, limitação do cuidado e descrença no trabalho da unidade foram os sentimentos negativos apontados pelos depoentes.

Em contrapartida, encontramos também a empatia e a tolerância com o usuário por entender como natural devido ao processo de adoecimento/ hospitalização o qual está passando. No entanto, os depoentes apontam medidas para minimizar a ocorrência de situações de violência no ambiente de trabalho.

Por compreender a importância da prevenção de eventos violentos para a saúde do trabalhador e para a qualidade do atendimento dos usuários do sistema de saúde, ressaltamos a necessidade de estabelecer, na unidade hospitalar, medidas institucionais de identificação, controle e avaliação dos casos de violência.

Assim, a qualidade de vida no trabalho e a humanização do atendimento serão alcançadas, uma vez que as políticas públicas de saúde existentes no Brasil não estabelecem apenas a classificação de risco, identificada nesta unidade de saúde, mas também a humanização dos espaços de trabalho, propiciando a consequente humanização da assistência prestada.

A partir deste estudo nos foi possível perceber que a violência produz consequências negativas para o trabalhador e para o serviço em saúde prestado à população. Entendemos que, apesar de existirem diretrizes para o enfrentamento de situações de violência laboral e apesar de alguns profissionais citarem possíveis modificações no ambiente e no processo de trabalho, a prevenção de situações de

violência só seria possível através do comprometimento conjunto entre sociedade, instituição de saúde, gestores e profissionais envolvidos.

A subnotificação dos eventos violentos no ambiente de trabalho configura-se a primeira barreira que impede a prevenção da violência laboral. Contudo, acreditamos que através de estudos relacionados ao tema contribuem para sinalizar a importância e o impacto que a violência tem na saúde e no trabalho do profissional de enfermagem, estimulando a implementação de ações preventivas.

Apesar de terem citado as características da população enquanto fatores que geram ou que agravam atitudes violentas, acreditamos que tais atitudes seriam minimizadas se o sistema de saúde conseguisse proporcionar ao usuário do sistema de saúde, independente de sua classe social ou cultura, o atendimento o qual ele tem direito. Direito esse garantido através da Constituição Brasileira e através das políticas públicas de saúde.

Deste modo, entendendo a necessidade de trazer cada vez mais à discussão o problema da violência laboral, esperamos que o presente estudo contribua para futuros estudos nos demais espaços de trabalho da enfermagem e nas diversas formas de violência sofridas por este profissional no seu ambiente de trabalho. Com isso, contribuiremos também para a promoção da qualidade de vida no trabalho do profissional de enfermagem e para aumentar a qualidade da assistência prestada à população.

E ainda, esperamos dar prosseguimento ao estudo abarcando outros serviços de saúde, buscando uma compreensão acerca do fenômeno da violência no ambiente de trabalho de enfermagem. Assim, poderemos melhorar a contribuição para as mudanças que são necessárias no ambiente e nas relações interpessoais com vistas a minimizar os eventos violentos no trabalho.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, E. V.; BEZERRA JUNIOR, B. Uma reflexão acerca da prevenção da violência a partir de um estudo sobre a agressividade humana. **Cienc. saude col.**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.445-53, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2010. 281 p.

BEECH, B; LEATHER, P. **Workplace violence in the health sector**: a review of staff training and integration of training evaluation models. *Aggression and Violent Behavior, Science Direct*, v.11, p.27-43, 2006. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd42/beechn.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº.196 de 10 de outubro de 1996**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>. Acesso em: 17 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Brasília, DF, p.16, 2004a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/insumos_portaria_interministerial_800.pdf>. Acessado em: 17 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF, p.20, 2004b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2010.

CALDERERO, A. R. L.; MIASSO, A. I.; CORRADI-WEBSTER, CM. Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto Atendimento. **Rev. Eletr. Enferm** [Internet], v.10, n.1, p.51-62, 2008.

CEZAR, E. S.; MARZIALE, M. H. P. Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da cidade de Londrina, Paraná, Brasil. **Cad. saude publica**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p..217-221, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei nº7498 de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4161>>. Acesso em: 17 nov. 2010.

COSTA, A. L. R. C. **As múltiplas formas de violência no trabalho de enfermagem**: o cotidiano de trabalho no setor de emergência e urgência clínica em um hospital público.

Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Originalmente apresentada como tese de doutorado, Universidade de São Paulo, 2005.

COSTA, A. R. L. C.; MARZIALE, M. H. P. Relação tempo-violência no trabalho de enfermagem em emergência e urgência. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.59, n.3, p.337-43, 2006.

COSTERNARO, R. G. S.; LACERDA, M. R.; FERREIRA, C. L. L. Maus tratos institucionais no ambiente de trabalho em saúde: propostas que podem modificar esta realidade. **Rev. gaúch enferm.**, Porto Alegre, v.29, n.03, set, p.481-5, 2008.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho**. 5ª Edição. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992. 168 p.

_____, 1980. In: DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E; JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho. Contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994. 145 p.

DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E, 1990. In: DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E; JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho. Contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994. 145 p.

DEJOURS, C; JAYET, C, 1991. In: DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E; JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho. Contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994. 145 p.

DESLANDES, S. F. **Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Originalmente apresentada como tese de doutorado, Fiocruz, 2000. 236 p.

ERIKSEN, W; TAMBS, K; KNARDAHL, S. Work factors and psychological distress in nurses' aides: a prospective cohort study. **BMC public health**, Londres, v.6, p.290, 2006

FERRARIL, I. F. Agressividade e violência. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p.49-62, 2006.

FLORES, R. Z. A biologia na violência. **Cienc. Saude Col.** v. 7, n.1, p.197-202, 2002.

FREUD, S. **Totem e Tabu e outros trabalhos**. Volume XIII. Viena, 1913-1914. 147p.

GATES, D. M. The epidemic of violence against healthcare workers. **Occup. environ. med.**, Londres, v.61, p.649-50, 2004

GERBERICH, S. G.; CHURCH, T. R.; MCGOVERN, P. M.; HANSEN, N. M.; GEISSER, M. S.; RYAN, A. D.; MONGIN, S. J.; WATT, G. D. An epidemiological study of the

magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. **Occup. environ. med.**, Londres, v.61, p.495-503, 2004.

GONZÁLEZ, R. A.; LLANES, G. D. Un enfoque teórico-metodológico para el estudio de la violencia. **Rev. Cubana Salud Publica**, Habana, v.24, n.2, p.85-90, 2000.

GUZMÁN, Y. E. R.; TYRRELL, M. A. R. Construyendo un lenguaje incomun en mujeres víctimas de violencia conjugal. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.679-84, 2008.

HOBBSAWN, E. J. **Os trabalhadores. Estudos sobre a história do operariado**. 2a Ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000. 445p.

JACKSON, M; ASLHEY, D. Physical and psychological violence in Jamaica's health sector. **Rev panam. salud publica**, Washington, v.18, n.2, p.114-21, 2005.

KAISER, D. E.; BIANCHI, F. A. A violência e os profissionais da saúde na atenção primária. **Rev. gaúch Enferm.**, Porto Alegre, v.29, n.3, p. 362-6, 2008.

KINGMA, M. Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic proportion. **Int. nurs. rev.**, Geneva, v.48, p.129-130, 2001.

KIRCHHOF, A. L. C.; MAGNAGO, T. S. B. S.; CAMPONOGARA, S.; GRIEP, R. H., TAVARES, J. P.; PRESTES, F. C. et al. Condições de trabalho e características sociodemográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.18, n.2, p.215-23, 2009.

KLIJN, T. P.; SUAZO, S. V.; MORENO, M. B. Violencia percebida por trabajadores de atención primaria de salud/ perceived violence by workes of a primary health care center. **Cienc. enferm.**, Concepción, v.10, n.2, dez, p.53-65, 2004.

LANCMAN, S.; GHIRARDI, M. I. G.; CASTRO, E. D.; TUACEK T. A. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Rev. saúde publica**, São Paulo, v.43, n.4, ago, p.682-88, 2009.

MAGNAGO, T. S. B. S.; LISBOA, M. T. L.; GRIEP, R. H.; KIRCHHOF, A. L. C.; CAMPONOGARA, S.; NONNENMACHER, C. Q.; et al. Condições de trabalho, características sociodemográficas e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.23, n.2, p.187-93, 2010.

MARTÍNEZ – JARRETA, B; GASCÓN, S; SANTED, M. A; GOICOECHEA, J. Análisis médico-legal de las agresiones a profesionales sanitarios. Aproximación a una realidad silenciosa y a sus consecuencias para la salud. **Med Clin**, Barcelona, v.128, n.08, p.307-10, 2007

MICHAUD, Y. **A violência**. Tradução: L. Garcia. São Paulo: Ática, 1989. 116 p.

MINAYO, M. C. S. Violência como indicador de qualidade de vida. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.13, n. especial, Parte I, p.159-166, 2000.

MINAYO, M. C. S. **Violência: um problema para a saúde do brasileiro.** In: Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005, 340 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** 12a Ed. São Paulo: Hucitec, 2010, 407p.

MUNRO, V. Why do nurses neglect to report violent incidents? **Nurs. Times**, Londres, v.98, n.17, abr, p.38-9, 2002.

NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH. **Violence: occupational hazards in hospitals.** Cincinnati: NIOSH – Publication Dissemination, p.15, 2002.

OHARA, R.; MELO, M. R. A. C.; LAUS, A. M. caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n.5, p. 749-54, 2010.

OLIVEIRA, A. R; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência de gênero contra trabalhadoras de enfermagem em hospital geral de São Paulo (SP). **Rev. saúde publica**, São Paulo, v.42, n.5, out, p.868-76, 2008.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Diretrizes marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud.** Genebra: Organização Internacional do Trabalho, 2002. 38 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Informe mundial sobre La violencia y La salud.** Washington: Organização Mundial da Saúde, 2003. 355 p

PIHL, R. O. Violent Behavior. **J. Psychiatr. Neurosci.**, Canada, v. 20, n.2 [editorial], p.101-3, 1995.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** 7ª. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011, 669p.

PRATA, G. **A tecnologia no cuidado hemodialítico: prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro.** Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, UNIRIO, 2010. 96 p.

PEDRO, I. C. S.; ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C. Apoio e rede social em enfermagem familiar: revendo conceitos. **Rev. latinoam. enferm.**, São Paulo, v.16, n.02, 2008

RODRIGUES, R. M. Enfermagem compreendida como vocação e sua relação com as atitudes dos enfermeiros frente às condições de trabalho. **Rev. Latinoam. Enferm.**, São Paulo, v. 9, n. 6, p.76-82, 2001.

SANCINETTI, T. R.; GAIDZINSKI, R. R.; FELLI, V. E. A.; FUGULIN, F. M. T.; BAPTISTA, P. C. P.; CIAMPONE, M. H. T. et al. Absenteísmo-doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. **Rev. Esc Enferm USP**, São Paulo, v.43, n. Esp 2, p.1277-83, 2009.

SCHMOELLER, R.; TRINDADE, L. L.; NEIS, M. B.; GELBCKE, F. L.; PIRES, D. E. P. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Gauch. Enferm**, Porto Alegre, v.32, n.2, p.368-77, 2011.

SILVA, D. M. P. P.; MARZIALE, M. H. P. Condições de trabalho versus absenteísmo – doença no trabalho de enfermagem. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v.5, n. supl, p.166-72, 2006.

TRAVELBEE, J. **Intervención en enfermería psiquiátrica**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1979. 257 p.

TRONCOSO, M. P.; SUAZO, S. V. Cuidado humanizado: un desafio para las enfermeras en los servicios hospitalarios. **Acta Paul. Enferm**, São Paulo, v.20, n.4, p.499-503, 2007.

WRIGHT, N. M. J.; DIXON, C. A. J.; TOMPKINS, C. N. E. Managing violence in primary care: an evidence-based approach. **Br. j. gen. pract.**, Londres, v.53, jul, p.557-62, 2003.

APÊNDICE A

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Mestrado

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1.0 Idade referida: _____ anos.

2.0 Sexo:

() Feminino

() Masculino

3.0 Categoria Profissional:

() Enfermeiro

() Técnico de enfermagem

() Auxiliar de enfermagem

4.0 Tempo (em anos) de serviço neste hospital: _____ anos.

5.0 Tempo (em anos) de serviço na emergência deste hospital: _____ anos.

6.0 Local da emergência onde desenvolve atividades laborais:

7.0 Você já se sentiu violentado no seu ambiente de trabalho pelo paciente ou pelo seu acompanhante/ visita?

() Sim

() Não

Em caso positivo, por favor, responda às questões abaixo:

8.0 Quais os tipos de violência você já sofreu a partir do contato com o paciente, com o acompanhante ou com os visitantes dos pacientes?

- 9.0 Como ocorreu a violência sofrida por você?
- 10.0 Como você se sente após ter sofrido violência?
- 11.0 Qual é a sua reação no momento que você se sente violentado?
- 12.0 Acredita que a violência no ambiente de trabalho pode afetar a sua saúde? De que maneira você acredita que ela pode afetar?
- 13.0 Acredita que a violência no ambiente de trabalho pode afetar o exercício das suas atividades laborais? De que maneira você acredita que pode afetar?

APÊNDICE B

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
 Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
 Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Mestrado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante,

Sou mestranda em enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, vinculada à linha de pesquisa da Prof. Dr. Joanir Pereira Passos, na área de saúde do trabalhador e estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “Saúde do trabalhador: a violência sofrida pelo profissional de enfermagem em emergência hospitalar”. Os objetivos desta pesquisa são: Caracterizar, na visão do profissional de enfermagem, a violência sofrida a partir da sua relação com o usuário ou acompanhante/ visita do serviço de saúde em um serviço de emergência no Rio de Janeiro; Discutir as implicações da violência sofrida pelo profissional de enfermagem para a saúde do trabalhador e para o desenvolvimento de suas atividades laborais de enfermagem. O resultado deste trabalho é confidencial, no que se refere à identificação dos participantes e no anonimato da instituição.

O instrumento de coleta de dados é composto por um roteiro de entrevista com perguntas abertas e fechadas pertinentes à temática da pesquisa, que receberá tratamento de transcrição literal. Solicito autorização para publicação e para posterior arquivamento destes dados após o término da pesquisa.

É importante que você saiba que os seguintes aspectos serão assegurados:

- a garantia do sigilo que assegure a privacidade dos participantes quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa;
- os responsáveis pela realização do estudo se comprometem a zelar pela integridade e bem-estar dos participantes da pesquisa;
- serão respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como também os hábitos e costumes dos participantes;
- a liberdade do participante de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo;
- os custos da pesquisa serão de nossa inteira responsabilidade, sem ônus a nenhum participante.

Agradeço a sua colaboração.

Ana Paula Lopes de Abreu da Fonseca
 (Pesquisadora – Mestranda do PPGEnf - Unirio)
 E-mail: anapaula.lopes@click21.com.br
 Celular: 21 9862-9761

AUTORIZAÇÃO

Concordo em participar da pesquisa autorizando a utilização da versão das respostas da entrevista, sem que haja minha identificação. Declaro que estou ciente de todas as informações supracitadas.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2011.

ASSINATURA: _____

APÊNDICE C

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Mestrado

AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

À Direção do Hospital Federal de Bonsucesso,

Sou mestranda em enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, vinculada à linha de pesquisa e sob orientação da Prof. Dr. Joanir Pereira Passos, na área de saúde do trabalhador e estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “Saúde do trabalhador: a violência sofrida pelo profissional de enfermagem em emergência hospitalar”. Os objetivos desta pesquisa são: Caracterizar, na visão do profissional de enfermagem, a violência sofrida a partir da sua relação com o usuário ou acompanhante/ visita do serviço de saúde em um serviço de emergência no Rio de Janeiro; Discutir as implicações da violência sofrida pelo profissional de enfermagem para a saúde do trabalhador e para o desenvolvimento de suas atividades laborais de enfermagem.

Solicito a V. S.^a autorização para coletar dados junto aos profissionais de enfermagem que trabalham na emergência desta instituição de saúde, para que possa utilizar tais informações no referido estudo. O objeto de investigação é a violência sofrida pelo profissional de enfermagem no ambiente de trabalho em uma emergência hospitalar. Cabe ressaltar que o estudo está pautado na Resolução nº196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, no que tange a pesquisa com seres humanos, não oferece nenhum ônus nem remuneração aos participantes, ficando os encargos financeiros por conto do pesquisador. Os dados coletados por meio de entrevista, que será agendada com os participantes a fim de não trazer prejuízos para o desenvolvimento das atividades laborais do participante nem comprometer a qualidade do serviço prestado.

Certa de poder contar com a sua aquiescência,

Atenciosamente,

Ana Paula Lopes de Abreu da Fonseca
(Pesquisadora – mestranda do PPGEnf - Unirio)
Cel: 2198629761
E-mail: anapaula.lopes@click21.com.br