



**UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA**

DAYANE APARECIDA SCARAMAL

**PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DE
ENFERMAGEM EM RELAÇÃO À VIOLÊNCIA
FÍSICA OCUPACIONAL EM SERVIÇOS DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALARES**

LONDRINA-PR
2015

DAYANE APARECIDA SCARAMAL

**PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DE
ENFERMAGEM EM RELAÇÃO À VIOLÊNCIA
FÍSICA OCUPACIONAL EM SERVIÇOS DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALARES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL) como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

ORIENTADORA:

PROF^ª. DR^ª. MARIA DO CARMO FERNANDEZ
LOURENÇO HADDAD

**LONDRINA-PR
2015**

**Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas
da Universidade Estadual de Londrina**

Scaramal, Dayane Aparecida.

Percepção dos trabalhadores de enfermagem em relação à violência física ocupacional em serviços de urgência e emergência hospitalares / Dayane Aparecida Scaramal. - Londrina, 2015.

125 f. : il.

Orientador: Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

Inclui bibliografia.

1. Enfermagem - Teses. 2. Violência no trabalho - Teses. 3. Urgência e emergência - Teses. I. Fernandez Lourenço Haddad, Maria do Carmo. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

DAYANE APARECIDA SCARAMAL

**PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM EM
RELAÇÃO À VIOLÊNCIA FÍSICA OCUPACIONAL EM SERVIÇOS
DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALARES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL) como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

PROF^ª. DR^ª. MARIA DO CARMO FERNANDEZ LOURENÇO HADDAD
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
ORIENTADORA

PROF^ª. DR^ª. ELISABETE DE FÁTIMA PÓLO DE ALMEIDA NUNES
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA

PROF^ª. DR^ª. MARA LÚCIA GARANHANI
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA

Londrina, 15 de dezembro de 2015.

Dedicatória

A Deus pelo sol sincero que nasce e me aquece a cada nova manhã que recomeço.
Obrigada pela presença constante.

Agradecimentos Especiais

Aos meus pais Luiz e Andrea
Pela dedicação e por
acreditarem que eu seria capaz;

À minha irmã querida Nayra,
Por ser minha melhor amiga
e estar comigo em todos os momentos;

Aos meus queridos avós:
Antônio, Nildes,
Amadeu e Maria
Pelo enorme carinho;

À minha orientadora Prof. Dra. Maria do Carmo
Fernandez Lourenço Haddad,
por suas sábias orientações e por ter sido paciente.
Faltam-me palavras para lhe agradecer;

Aos docentes do Programa de Mestrado em Enfermagem
agradeço pelos momentos juntos e pelo conhecimento
que adquiri com cada um de vocês;

À Prof^a Dr^a Elisabete de Fátima Pólo de Almeida Nunes
e a Prof^a Dr^a Mara Lúcia Garanhani
por terem aceitado compor a banca e
pelo tempo despendido na leitura deste estudo;

Aos meus colegas de Mestrado, em especial às colegas
Camila, Franciely, Natália e Paloma
pelos inúmeros momentos de apoio;

Ao Hospital do Coração,
em especial à Supervisão de Enfermagem
pelo apoio e compreensão.

Aos meus queridos amigos de infância
Ariela, Beatriz, Caroline, Marina e Júnior
Por estarem comigo desde o início da minha caminhada;

Às minhas queridas amigas Jaqueline e Daniele
pelas palavras de conforto;

A todas as pessoas que já moraram comigo
Luma, Monique, Bruna e Carolina
pela paciência diária.

SCARAMAL, Dayane Aparecida. **Percepção dos trabalhadores de enfermagem em relação à violência física ocupacional em serviços de urgência e emergência hospitalares**. 2015, 125f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina- Paraná. 2015.

RESUMO

Objetivou-se desvelar a percepção dos trabalhadores de enfermagem em relação à violência física ocupacional em serviços de urgência e emergência hospitalares. Estudo com abordagem metodológica qualitativa, desenvolvida por meio de entrevistas individuais e ancorada no referencial teórico do Interacionismo Simbólico (IS). Os dados foram coletados em dois hospitais de média complexidade, localizados no norte do Paraná. A análise das entrevistas tomou por base o perfil dos trabalhadores e identificou sete categorias: 1) O agressor e as possíveis causas para a violência física ocupacional na percepção do trabalhador de enfermagem; 2) O significado da violência física ocupacional para o trabalhador: sentimentos de fragilidade; 3) Reação dos trabalhadores frente à agressão física ocupacional; 4) Sugestões dos trabalhadores de enfermagem para o enfrentamento da violência física ocupacional; 5) Fragilidades percebidas pelos trabalhadores de enfermagem frente à violência física ocupacional; 6) A decisão de compartilhar com a família sobre as violências vivenciadas no local de trabalho e 7) Percepção do trabalhador de enfermagem sobre como a sociedade os vê. Dos 16 participantes do estudo, dez eram homens com idades entre 30 e 47 anos; seis eram mulheres na faixa etária de 30 a 55 anos. Identificou-se que os atos agressivos foram perpetrados, em sua maioria, por pacientes, e por profissionais de outras áreas da saúde cujas motivações estavam intimamente relacionadas à maneira com que os envolvidos se comunicavam. O significado da violência variou conforme a reflexão de cada indivíduo, envolvendo questões pessoais e culturais. Outro aspecto desvelado foram as reações dos trabalhadores de acordo com suas características pessoais e a maneira como desenvolveram o self (consciência de si mesmo), proposto pelo IS. Em relação às sugestões, as propostas foram distintas, mas em todas as narrativas houve preocupação em citar medidas para autossegurança e questões estruturais que fogem de suas governabilidades, mas que seriam fundamentais para a minimização do problema. Relataram ainda que se sentem despreparados para o enfrentamento de situações conflituosas e apresentam dificuldades de compartilhar essas informações com os seus familiares, característica mais presente nas falas dos homens. Outra percepção identificada foi a de desvalorização do profissional de enfermagem por parte da sociedade. A compreensão da violência física ocupacional a partir da perspectiva dos diferentes atores possibilitou compreender a complexidade desse fenômeno e a importância do desenvolvimento de ações não apenas por parte dos profissionais de enfermagem, mas também por parte das equipes multiprofissionais e intersetoriais visando à prevenção e o enfrentamento da violência no ambiente de trabalho.

DESCRITORES: Enfermagem; Violência no trabalho; Urgência e Emergência.

SCARAMAL, Dayane Aparecida. **Nursing staff's perception in relation to occupational physical violence in hospital emergency services**. 2015. 125p. Dissertation (Master's degree in nursing)- State University of Londrina, Londrina, PR, Brazil. 2015.

ABSTRACT

This paper aimed to unveil the nursing staff's perception on occupational physical violence in hospital emergency services. This is a qualitative approach study developed through individual interviews and anchored in the theoretical framework of Symbolic Interaction (SI). The data were collected in two hospitals of medium complexity, located in northern Paraná. The analysis of the interviews was based on the workers' profile and identified seven categories: 1) The aggressor and the possible causes for occupational physical violence in the nursing staff's perception; 2) The significance of occupational physical violence to the worker: feelings of weakness; 3) Workers' reaction regarding occupational physical aggression; 4) Nursing staff's suggestions for fighting against occupational physical violence; 5) Weaknesses perceived by nursing staff across the occupational violence; 6) The decision to share with their family about the violence experienced in the workplace and; 7) Nursing staff's perception about how society sees them. From a total of 16 participants, ten were men aged between 30 and 47 years old and six were women aged 30-55 years old. It was identified that the aggressive acts were committed, mostly, by patients and professionals from other health areas whose motives were closely related to the way that those involved used to deal with each other. Their violence meaning varied according to each individual's reflection, involving personal and cultural issues. Another unveiled aspect was the worker's reaction according to their personal characteristics and the way they developed their self-consciousness, proposed by the SI. Regarding suggestions, the proposals were different, but in all narratives, there was concern in quoting measures to self-security and structural issues, fleeing their control, but that would be critical to minimizing the problem. They also reported that they feel unprepared for dealing with conflict situations and find it difficult to share this information with their families, characteristic that is present in men's words. Another identified perception was the depreciation of nursing professionals by the society. An understanding of occupational physical violence from the perspective of different actors enabled us to understand the complexity of this phenomenon and the importance of developing actions not only by nursing staff, but also by the multidisciplinary and intersectoral teams aiming violence prevention and confrontation in the workplace.

KEYWORDS: Nursing. Violence in the workplace. Urgency and emergency.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

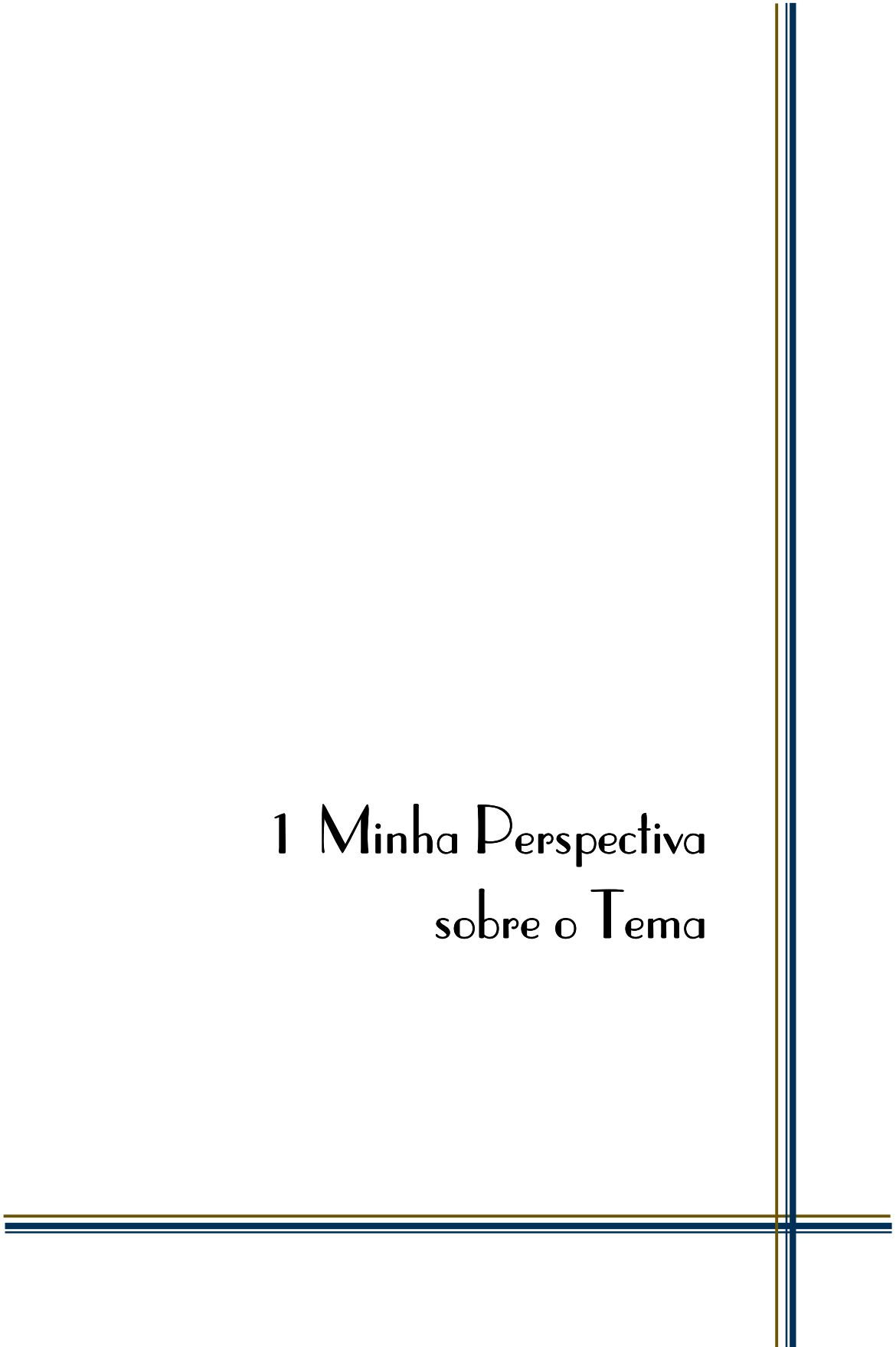
17RS	17ª Regional de Saúde
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CIE	Conselho Internacional de Enfermeiros
CISMEPAR	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médico Parapanema
CNS	Conselho Nacional de Estabelecimentos de Saúde
IS	Interacionismo Simbólico
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PR	Paraná
PSI	Public Services International
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SIHSUS	Sistema de Informação Hospitalares - Sistema Único de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEL	Universidade Estadual de Londrina

SUMÁRIO

1 MINHA PERSPECTIVA SOBRE O TEMA	11
2 OBJETIVO	16
2.1 OBJETIVO GERAL	17
3 A SUBJETIVIDADE DO TRABALHO E O CUIDADO EM ENFERMAGEM	18
4 VIOLÊNCIA E SEU CONTEXTO SOCIAL	27
5 A ENFERMAGEM ENQUANTO VÍTIMA DE VIOLÊNCIA EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALARES	32
6 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO	36
6.1 TIPO DE ESTUDO	37
6.2 CONTEXTO DA PESQUISA.....	38
6.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	40
6.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	41
6.5 COLETA DE DADOS.....	41
6.6 REGISTRO DOS DADOS, ANÁLISE INTERPRETATIVA DOS DADOS E DESCRIÇÃO DO FENÔMENO ESTUDADO.....	45
6.7 REFERENCIAL METODOLÓGICO: ANÁLISE DE CONTEÚDO.....	46
6.8 REFERENCIAL TEÓRICO — INTERACIONISMO SIMBÓLICO.....	47
7 RESULTADOS	53
7.1 MANUSCRITO 1: Percepção do trabalhador de enfermagem sobre A violência física ocupacional em serviços de urgência e emergência hospitalares	55
7.2 MANUSCRITO 2: Significado da violência física ocupacional para o trabalhador de enfermagem na dinâmica familiar e social	82

8 TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
REFERÊNCIAS	107
APÊNDICES	
APÊNDICE A – Termo de Confidencialidade e Sigilo	120
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	121
ANEXOS	
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	123

1 Minha Perspectiva sobre o Tema



O interesse pelo estudo sobre violência ocupacional surgiu mediante algumas inquietações despertadas ainda no Curso de Graduação em Enfermagem, durante o estágio voluntário em uma unidade de Urgência e Emergência do Hospital das Clínicas de Marília¹, no último ano da graduação.

O estágio era realizado durante o período noturno, logo após as atividades vinculadas à graduação. Durante seis meses observei inúmeras expressões de insatisfação por parte de alguns usuários desses serviços em relação aos trabalhadores de enfermagem, sempre referindo-se à assistência ou ao atendimento recebido da enfermagem e da equipe médica ou, ainda, relacionadas à instituição de saúde.

Nesse contexto, comecei a me preocupar com a relação entre as condições do trabalho em saúde e a insatisfação da população atendida, na tentativa de compreender os episódios de violência resultantes e nas repercussões para a vida desses trabalhadores.

Logo após a graduação, já na qualidade de enfermeira residente na Gerência dos Serviços de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina-PR, tive a oportunidade de estagiar em dois serviços de urgência e emergência, sendo o primeiro caracterizado como hospital público de média complexidade, e, o segundo, um hospital terciário de caráter filantrópico. Embora os serviços prestados à comunidade fossem distintos, os episódios de violência estavam presentes em ambos.

A experiência profissional vivenciada diariamente nesses serviços resultou em uma pesquisa² de análise quantitativa, com delineamento realizada em

¹ Unidade referência para atenção especializada nos diferentes níveis de complexidade, com 111 leitos hospitalares. Cenário de ensino-aprendizagem da Faculdade de Medicina e Enfermagem. FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **Hospital das Clínicas – HCI**. Marília, 2015. Disponível em: <<http://www.famema.br/assistencial/hc1/index.php>>. Acesso em: 08 set. 2015.

² SCARAMAL, D. A. **Violência no trabalho de enfermagem em pronto-socorro de hospitais públicos de média complexidade**. 2013. 16f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2013.

hospitais de média complexidade com o objetivo de identificar e caracterizar a violência ocupacional sofrido por trabalhadores de enfermagem.

Participaram da pesquisa 100 trabalhadores de enfermagem dos 124 elegíveis. Durante o período de coleta dos dados 19 trabalhadores encontravam-se de licença saúde ou licença maternidade e cinco se recusaram a participar da pesquisa.

Foi possível identificar resultados significativos com relação à violência física (16%) e psicológica (96%), sendo que desta última 56% foram ameaças verbais, vale ressaltar que todos os trabalhadores vítimas de agressão física foram também vítimas de violência verbal.

Os trabalhadores citaram o paciente como maior perpetrador da violência (15%), enquanto apenas um afirmou ter sido o acompanhante. Foram relatados vários tipos de agressão física: agarramento (7%), agressão por meio de objetos (7%), chute (7%), empurrão (6%), soco/murro (1%) e tapa (1%).

Enquanto exerciam suas atividades nos 12 meses anteriores à coleta dos dados da pesquisa acima mencionada, não foi notificada violência com arma de fogo ou arma branca. Algumas consequências foram registradas em decorrência da agressão física, sendo trauma psicológico (2%), contusão (2%) e outros dois trabalhadores relataram ter tido outras repercussões, mas não informaram quais. Um trabalhador de enfermagem mencionou ter vivenciado ameaça verbal no trajeto do seu trabalho para o domicílio, provocada por um paciente. Nenhuma dessas pessoas foi afastada do trabalho por estes motivos.

Em contrapartida, apenas 25% notificaram ao seu supervisor algum episódio de violência ocupacional e 63% acionaram a polícia, entretanto, somente 13% preencheram a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT). As condições de segurança no trabalho quando abordadas mostraram que 79% dos trabalhadores avaliaram inseguro o ambiente de trabalho, e ao serem questionados sobre esse aspecto, 94% afirmaram que existem maneiras de tornar o ambiente ocupacional mais seguro. Em relação ao preparo desses trabalhadores

para situações de violência, 99% informaram que não foram capacitados para saber agir em situações de agressão.

Pressupõe-se que esses resultados estejam relacionados ao alto fluxo de usuários, considerando-se que os hospitais pesquisados recebem pacientes do município e região, via Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE), além da procura espontânea responsável por aproximadamente 85% dos casos³.

Observei que os trabalhadores são agredidos em seus locais de trabalho e, infelizmente, a conotação dada a esses eventos é subestimada pela maioria deles, camuflados na inércia do trabalho precário e fragmentado.

É diante dessas condições que os atos violentos, presentes no local de trabalho, demonstram a precarização do sistema de saúde brasileiro, e somados ao acúmulo de vínculos empregatícios por um mesmo trabalhador, número insuficiente de recursos humanos e situações de estresse favorecem as atitudes violentas entre a própria equipe de enfermagem e de saúde.

Frente a essas situações de violência observei a postura dos trabalhadores de enfermagem nesses serviços, percebendo que alguns deles compreendiam os episódios violentos dos usuários como uma situação inerente do trabalho, ao mesmo tempo em que outros não os comunicavam ou mesmo não os reconheciam como agressões. Havia, ainda, aqueles trabalhadores que, semelhante a esta pesquisadora, expressavam sentimentos de angústia, medo e apreensão nas situações violentas. Assim, com base no exposto, elaborou-se a questão fundamental que norteará este estudo:

Qual a percepção do trabalhador de enfermagem sobre a violência física ocupacional sofrida em serviços de urgência e emergência hospitalares e o significado desta em sua dinâmica familiar e social?

³ HOSPITAL DR ANISIO FIGUEIREDO. **Pronto Socorro**. Londrina, 2015. Disponível em: <<http://www.hdaf.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=7>>. Acesso em: 08 set. 2015.

A relevância do tema envolve o fato de que os trabalhadores da saúde representam 25% de toda a violência ocupacional que acontece no mundo. Ainda conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), em relação aos custos gerados pela violência, estima-se que o stress e a violência evolvem 30% dos custos globais relacionados aos problemas de saúde e acidentes. Com base nesses números, o stress / violência representam 0,5% a 3,5% do Produto Interno Bruto (PIB) por ano (INTERNATIONAL LABOUR OFFICE; INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES; WORLD HEALTH ORGANIZATION; PUBLIC SERVICES INTERNATIONAL, 2002).

Diante dessas considerações e do fato de ter experimentado e presenciado alguns episódios de violência durante a minha trajetória profissional é que proponho essa investigação, além do interesse em pesquisar esse tema nos serviço de urgência e emergência, a fim de reunir esforços para enfrentar a violência nesse contexto laboral.

Espera-se que os resultados deste estudo, que serão apresentados em formato de manuscritos, possam contribuir para o surgimento de novas reflexões em torno da violência no trabalho da enfermagem, e colaborar para o desenvolvimento de ações que previnam a ocorrência de episódios dessa natureza, além de possibilitar entender o significado desse fenômeno para o trabalhador de enfermagem em sua dinâmica familiar e social.

2 Objetivo

2.1 OBJETIVO GERAL

- Desvelar a percepção do trabalhador de enfermagem, sobre a violência ocupacional sofrida em serviços de urgência e emergência hospitalares e o significado desta em sua dinâmica familiar e social.

3 *A Subjetividade do Trabalho e do Cuidado em Enfermagem*

3 A Subjetividade do Trabalho e do Cuidado em Enfermagem

Neste capítulo pretende-se elucidar brevemente a definição de trabalho e, em seguida, oferecer subsídios para caracterizar a dinâmica do trabalho em enfermagem, dando ênfase na subjetividade do cuidado.

De acordo com Neffa (2015, p. 8), “o trabalho é o resultado de uma atividade humana voluntária realizada sob tensão”, ou, como diria Karl Marx (1985, p.153) “[...] é atividade orientada a um fim para produzir valores de uso, apropriação do natural para satisfazer a necessidades humanas [...]”. É por meio do trabalho que se cria a realidade e os contextos grupais, estabelecendo papéis para os seres humanos e dando sentido a sua existência (ROHM; LOPES, 2015).

O produto gerado pelo trabalho, diz Neffa (2015), está além dos limites que o tempo e o espaço impõem ao corpo dos seres humanos, pois esse produto, seja ele um conhecimento ou uma obra, possui existência objetiva própria e distinta do produtor.

Em relação ao contexto histórico, o trabalho, no início das civilizações, tinha como objetivo principal a sobrevivência, limitando-se à coleta de recursos naturais e à caça de animais. Ao homem competia caçar e à mulher, as atividades relacionadas ao cuidado com a prole, existindo uma divisão biológica do trabalho (ROHM; LOPES, 2015).

Na Idade Média surgiu o feudalismo, momento em que a sociedade foi dividida em castas, esta divisão causou impacto no processo de trabalho desta época. Os nobres, proprietários das terras, eram responsáveis pela segurança, e os camponeses, eram responsáveis pelo trabalho como forma de subsistência própria e do feudo, sem se preocuparem com a troca de mercadorias entre as comunidades. A Igreja Católica por sua vez, era detentora de muito poder e por influência do Antigo Testamento, o trabalho era tido como uma punição (ROHM; LOPES, 2015).

Apenas no século XV o trabalho deixou de ser desonroso. Graças ao Protestantismo, o trabalho passou a ser ofertado a Deus e deixou de ser considerado punição, pois enobrecia o homem, existindo a possibilidade de

3 A Subjetividade do Trabalho e do Cuidado em Enfermagem

ascensão social e econômica. Passada a Revolução Industrial, o trabalho escravo foi modificado, tornando-se trabalho assalariado, reconhecido socialmente (SILVA et al., 2015).

Com o surgimento do trabalho assalariado, no início do século XX, o movimento de abstração apareceu, separando o trabalhador dos meios de produção, fazendo com que começasse a comercializar sua força de trabalho. Nesse momento da história do trabalho, em razão do trabalho concreto, surgiu o trabalho abstrato, limitado pela fabricação de objetos (SILVA et al., 2015). No entendimento de Wolf (2009, p. 93) “o trabalho abstrato é trabalho alienado, aquele que reifica, ou seja, aquele que, seguindo a lógica de produção capitalista, abstrai e *aliena* as qualidades do trabalho vivo para proceder sua transformação em mercadoria *coisa*”.

A teoria de Frederick Winslow Taylor, concretizou ainda mais o trabalho abstrato, pois enfatizava o tempo e as habilidades dos trabalhadores, objetivando analisar as principais características do trabalho, na tentativa de minimizar os tempos ociosos e aperfeiçoar a agilidade dos trabalhadores (MAXIMIANO, 2008).

As ideias de Taylor foram aperfeiçoadas por Henry Ford que criou a linha de montagem, cuja característica principal era a produção em série, fabricar em grande escala produtos com peças padronizadas, limitando o trabalhador a funções específicas. A proposta de Ford causou a divisão técnica do trabalho, transformando-o em vertical. Esse período foi marcado por estratégias que culminaram no aumento da produtividade e, por conseguinte, da competitividade. O operário apenas operava as máquinas e reproduzia as ações que não demandavam questionamentos (SILVA et al., 2015).

Em suma, o mundo do trabalho passou por inúmeras mudanças. Aconteceram duas guerras mundiais, com mudança no monopólio de poder, surgimento de novas potências econômicas, revolução tecnológica e de comunicação, aumento da produtividade e a urbanização (TENÓRIO, 2009). Essas

3 A Subjetividade do Trabalho e do Cuidado em Enfermagem

mudanças objetivaram a produtividade em ritmo acelerado, influenciando os modos de gestão até o século XXI (MAXIMIANO, 2008).

As necessidades de produtividade também influenciaram o contexto do trabalho em saúde, pois o produto baseia-se na assistência prestada ao indivíduo e seus familiares, e seu trabalho é caracterizado por um processo organizativo proposto pela fragmentação de Taylor, tendo como objeto de trabalho a pessoa doente (MARTINS; ROBAZZI; BOBROFFI, 2010).

Nesse campo, o trabalho em saúde possui algumas particularidades e é considerado singular quando comparado aos outros processos de trabalho. Segundo Pires (2007, p.85),

Trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana [...] é um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade.

Para compreender a assistência de enfermagem como produto é preciso destacar a multidimensionalidade do trabalhador e entender a subjetividade de seu contexto laboral. Essa dimensão subjetiva está representada pelas formas de interação, comunicação e ação presentes na dinâmica do trabalho de enfermagem (THOFEHRN et al., 2011).

A dinâmica da assistência de enfermagem, na condição de geradora de cuidados, é um desafio para o profissional de enfermagem enquanto prestador do cuidado, pois esse profissional precisa utilizar as relações como tecnologia leve, construindo e consolidando o cuidado de enfermagem na mútua relação entre as pessoas envolvidas nesse processo.

A assistência de enfermagem está relacionada às tecnologias presentes no processo de trabalho, da oferta de alguns produtos para obter resultados capazes de transformar positivamente a situação de saúde do usuário, tanto em nível individual quanto coletivo (MERHY; FRANCO, 2003).

3 A Subjetividade do Trabalho e do Cuidado em Enfermagem

Para apresentar essas tecnologias de trabalho Merhy (2000) analisa o profissional médico e suas particularidades no trabalho. A perspectiva proposta por Merhy centra-se no profissional médico, porém também representa os profissionais da saúde, como o profissional de enfermagem, enquanto protagonista do cuidado.

O profissional de saúde utiliza três tipos de ferramentas: uma relacionada à sua mão, na qual cabem as ferramentas de trabalho, representando as “tecnologias duras”; outra, vinculada à cabeça, na qual estão os conhecimentos, compreendendo as “tecnologias leve-duras”; e, por fim, as representadas pelo espaço interacional entre trabalhador e paciente, formando as “tecnologias leves” implicadas com a produção das interações entre os indivíduos (MERHY, 2000).

Quanto às tecnologias leves, Merhy (2000, p.111) justifica que o espaço de trabalho “é um espaço ocupado por processos produtivos que só são realizados na ação entre os sujeitos que se encontram.” Por isso, esses processos são regidos por tecnologias leves que permitem produzir as relações de vínculos entre as pessoas.

A criação de vínculos só acontece por meio do encontro entre as pessoas. Entende-se que é essa subjetividade e esse espaço interacional que tornam distinto o trabalho em saúde, se comparado aos outros tipos de produção, por exemplo o industrial. Por isso, o processo de trabalho em saúde deve ser compreendido sob a ótica do “trabalho vivo em ato”, ou seja, o encontro entre as pessoas repercute umas nas outras, surgindo expectativas construídas em meio à comunicação e à criação de possíveis cumplicidades, ou mesmo de situações de confiança, nas quais se estabelecem vínculos (MERHY, 1999).

O trabalho vivo envolve a criatividade, situação em que o trabalhador usa seu lado criativo para dar forma ao objetivo de seu trabalho. O trabalho morto é o conjunto de elementos preestabelecidos que modifica o produto de forma rígida, por exemplo, as regras e exigências presentes na forma de projetos e normas de uma linha de produção (MERHY, 2002).

3 A Subjetividade do Trabalho e do Cuidado em Enfermagem

Uma das características do trabalho vivo é a imprevisibilidade, necessitando da prescrição de tarefas, considerando-se que o resultado só se concretiza quando há o encontro entre as pessoas. Portanto, o trabalho em saúde somente acontece a partir desse encontro, cuja produção ocorre no espaço partilhado com o usuário (MERHY, 2002).

Quando acontece interação entre as pessoas existe a possibilidade de surgirem impactos para ambos. Compreende-se, então, que a matéria-prima do trabalho em saúde é o encontro, ou seja, a produção se finda entre trabalhador e usuário. O encontro deve acontecer de forma que ambos façam de tudo para que aquele problema de saúde seja resolvido da melhor forma, por isso, é necessário criar vínculo e envolvimento entre as pessoas. Nesse sentido, é preciso levar em consideração as singularidades dos encontros e das pessoas, e compreender que todos os envolvidos são responsáveis diretos na produção de saúde (FARIA; DALBELLO-ARAÚJO, 2010).

Ao abordar a questão da interação trabalhador e paciente é preciso destacar que o último, muitas vezes não compreende o hospital como um local de recuperação e de reinserção social, considerando-se que o paciente, ao ficar internado sofre um afastamento da sociedade e deixa de ser valorizado devido a sua improdutividade nesse período (COSTA; BORGES; BARROS, 2015).

Vale lembrar que as relações estabelecidas entre os protagonistas podem se expressar diariamente, tanto pela indiferença quanto pelo respeito e compromisso com suas efetivas necessidades e direitos. Essa especificidade confere grande poder ao trabalho de cuidar (TAVARES; SOUZA, 2015).

De modo geral, os pacientes não estão preparados para essa internação no ambiente hospitalar, considerado complexo para eles. As mudanças repentinas quanto a sua condição clínica, a constante expectativa de situações de emergência e o rompimento das atividades normais pelas urgências médicas, criam uma atmosfera emocionalmente tensa, onde o estresse se faz presente, afetando negativamente esses pacientes (CHEREGATTI; AMORIN, 2010).

3 A Subjetividade do Trabalho e do Cuidado em Enfermagem

Esse fato, portanto, influencia as relações entre o usuário e o trabalhador de saúde. Em contrapartida, existem as expectativas dos trabalhadores, também responsáveis por influenciar a construção do encontro e caracterizar o ambiente psicossocial do hospital (COSTA; BORGES; BARROS, 2015).

O trabalhador possui sua subjetividade, é detentor de uma história, possui compromisso ético, responsabilidade em relações aos outros, além de ter concepções culturais e profissionais próprias. Por isso, o encontro entre a subjetividade do trabalhador com a do usuário pode gerar conflitos (PIRES, 2009).

Os conflitos estabelecidos a partir da interação entre os indivíduos no processo de trabalho estão intimamente relacionados ao que Christophe Dejours (1997), em seus estudos sobre a Psicodinâmica do trabalho, considera como ação específica da organização do trabalho sobre o trabalhador, ação que é geradora de prazer e sofrimento. Isto porque são determinadas condições que fazem emergir um sofrimento relacionado ao conflito entre uma história individual, dotada de desejos e expectativas. O sofrimento psíquico se faz presente quando o trabalhador não é mais capaz de usar a criatividade para transformar sua realidade.

Ao se considerar a subjetividade do trabalhador e do usuário é que se pode discutir o cuidado, pois, o cuidado é o reflexo de valores e de práticas socioculturais específicas de determinado meio e não é reconhecido somente pela execução de procedimentos e técnicas, ele é o encontro das subjetividades das pessoas envolvidas (SALBEGO et al., 2015).

O cuidado envolve o sofrimento e a dor do paciente, levando ao desgaste físico e psíquico do trabalhador. O cotidiano desse trabalho ainda conta com encontros subjetivos e conflitos de interesses. É preciso destacar também que nesses encontros existem diversas influências de valores, crenças e educação, além da família, mídia, pesquisa científica, mercado, entre outras (FARIA; DALBELLO-ARAÚJO, 2010).

É preciso lembrar que algumas características do cuidado de enfermagem encontram-se opostas ao exigido pelo conceito de humanização

3 A Subjetividade do Trabalho e do Cuidado em Enfermagem

proposto pela Política Nacional de Humanização (PNH), que de acordo com Rosa e Fontana (2010) foi formulada e lançada pelo Ministério da Saúde (MS), em 2003, e apresentada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 2004.

Essa política protagonizou propostas de mudança nos modelos de gestão e de atenção no cotidiano dos serviços de saúde, considerando-os indissociáveis, além de ser pautada no “fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade” (BRASIL, 2011, p.7);

Assim, quando há trabalho em equipe envolto nas premissas da humanização, o indivíduo é considerado participante do seu cuidado, e os atos em saúde vão ao encontro de sua individualidade, visualizando a pessoa como um todo e não como parte de uma máquina em manutenção (CHERNICHARO; SILVA; FERREIRA, 2014).

Em contrapartida, o processo de trabalho de enfermagem é desarticulado, permanecendo limitado em seu próprio âmbito profissional. Cada membro da equipe de enfermagem é responsável por uma atividade assistencial, separado dos demais. A maior parte dos trabalhadores de enfermagem realiza atividades delegadas, o que limita a criatividade e a tomada de decisão (TAVARES; SOUZA, 2015).

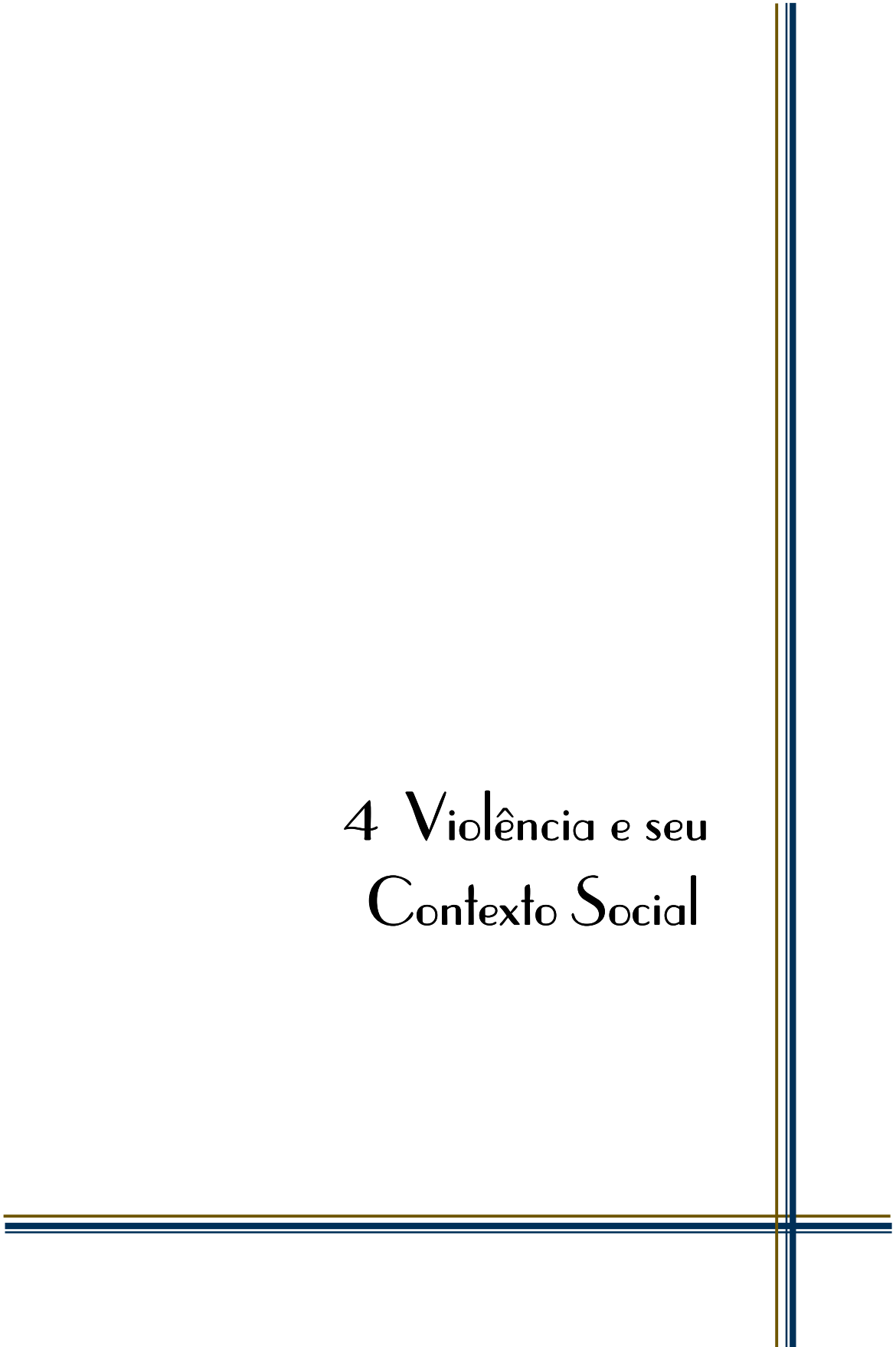
A desarticulação do sistema de saúde em questão e os conflitos vivenciados diariamente nesse cenário se justificam na presença das ações tecnicistas, pelo uso frequente de tecnologias duras em detrimento de ações que procuram se identificar com a dimensão humana do indivíduo que vivencia a doença. Fato percebido na prática e que confere ao cuidado um aspecto de descontinuidade (RAMOS et al., 2013), e mais uma vez contribui para a insatisfação do usuário, para a exposição a riscos ocupacionais e sobrecarga do trabalhador.

Para Dalmolin (2009) a enfermagem encontra-se em uma situação em que os usuários estão fragilizados pela condição da doença ou insatisfeitos pela falta de resolutividade de um sistema de saúde ainda desarticulado. Como prática

3 A Subjetividade do Trabalho e do Cuidado em Enfermagem

baseada no cuidado do ser humano, a equipe de enfermagem, principalmente, vivencia no seu cotidiano dificuldades e conflitos de ordem moral e ética, por conta de suas atividades e do convívio com diferentes profissionais, clientes e familiares, podendo motivar a exposição dos trabalhadores a riscos ocupacionais, entre os quais a violência.

4 Violência e seu Contexto Social



Neste capítulo, apresentam-se as faces da violência, considerando-se sua representatividade social, além de se discutir sua relevância sob a ótica da violência ocupacional.

“Muitos dos que convivem diariamente com a violência assumem-na como uma parte intrínseca da condição humana. Não tem de ser assim. A violência pode ser evitada. As culturas violentas podem ser mudadas. Os governos, as comunidades e os indivíduos podem fazer a diferença”. Nelson Mandela. In: Prefácio do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002, p. 9).

No seu conceito mais amplo, a violência é definida como o uso intencional da força física, poder ou ameaça contra outra pessoa, contra si, grupo ou comunidade, existindo a possibilidade de resultar em lesão, morte ou dano psicológico (BRASIL, 2010).

Em relação ao contexto histórico e cultural, é possível inferir que a humanidade sempre conviveu com a agressividade e, em nenhum tempo esta foi aceita pelo ser humano como algo natural. Para a sociedade, os atos violentos são considerados intoleráveis e condenáveis, dada a conotação negativa da qualidade de vida dos indivíduos envolvidos. Poucas são as situações em que é admissível o uso da violência, por exemplo, quando usada em legítima defesa ou no decurso de guerras (PORTUGAL, 2014).

Embora os conceitos de agressividade e violência sejam frequentemente confundidos, a agressividade é considerada inerente e vital ao ser humano, garantindo sua sobrevivência. A agressividade, se bem utilizada, pode ser entendida como mecanismo de defesa social e cultural. A partir do momento em que a administração da agressividade não permite que a interação com o meio se processe de forma equilibrada, podem surgir formas de expressão comportamental que levam à violência (PORTUGAL, 2014).

Desse modo, a violência pode estar associada a uma “reação relacionada à intenção de destruir e/ou negar a existência do outro devido à incapacidade da pessoa 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 JÚNIOR, 2009, p.448).

Frente a isso, entende-se que a violência, pela sua natureza complexa, envolve as pessoas em sua forma biopsíquica e social.

Segundo Dahlberg e Krug (2006, p. 1166), desde 1996 a OMS, considera a violência importante problema mundial, destacando três categorias, nas quais é possível localizar os atos violentos:

- **AUTODIRIGIDA:** atos suicidas e outros comportamentos autolesivos.
- **INTERPESSOAL:** nela são consideradas duas subcategorias, a violência familiar, entre parceiros íntimos, e a violência na comunidade. Especificamente, a violência entre parceiros íntimos refere-se a situações de violência nas relações de intimidade, e/ou conjugalidade, e diz respeito tanto a casais héteros quanto a casais homossexuais. No segundo grupo inscrevem-se tanto a violência perpetrada no círculo de pessoas próximas de quem é maltratado quanto a que ocorre fora dele, incluindo violência juvenil, atos fortuitos violentos, assédio/abuso sexual ou violação por estranhos e violência em contexto institucional, locais de trabalho, escolas, estabelecimentos prisionais, entre outros.
- **COLETIVA:** esse tipo de violência pode ter múltiplas motivações, tanto de caráter social quanto político ou econômico, diz respeito a atos cometidos por grupos alargados de indivíduos ou, formalmente, pelos próprios Estados.

Quanto à natureza da violência, os atos violentos concretizam-se tanto sob a forma de agressão física quanto de violência psicológica, sexual ou de negligência e privação. De acordo com Redondo, Pimentel e Correa (2012, p.39), os atos de violência são classificados conforme sua natureza:

- **VIOLÊNCIA FÍSICA:** representa um empurrão, pontapé, lançar objetos, torcer, queimar, cuspir, puxar cabelos, beliscar, esfaquear, espancar, estrangular, entre outros, podendo haver, inclusive, a tentativa de homicídio ou que ele seja consumado.

- **VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA:** descrita como o conjunto de atos verbais ou não verbais que causam dano, ou em que haja a intenção de causar danos à pessoa.

- **VIOLÊNCIA SEXUAL:** passa por obrigar, coagir, ameaçar ou forçar a vítima a práticas sexuais contra a sua vontade, incluindo a violação no contexto conjugal, que muitas vezes não é entendida pelas vítimas enquanto tal.

- **PRIVAÇÃO E NEGLIGÊNCIA:** envolve qualquer ato de privação ou omissão no que diz respeito ao provimento de necessidades básicas de um indivíduo, em nível emocional, de saúde, educação, nutrição, segurança, habitação e condições de vida, entre outras.

Em relação as suas consequências, a violência representa vários riscos para a vida humana, pois a ameaça altera a saúde, podendo causar patologias e possui a potencialidade de provocar a morte. Sua prática repercute em questões sociais, políticas e econômicas. O custo indireto relacionado a dor e ao sofrimento, não pode ser mensurado e é, em verdade, quase invisível.

Ao se comparar os dados da violência no Brasil com as duas grandes epidemias brasileiras (cólera e dengue), que mobilizaram a mídia e a opinião pública, as informações apontam para a gravidade das consequências da violência, porque em 2006 morreram 76 pessoas por dengue e 128.388 por causas externas (violência e acidentes), e qualquer doença com essas proporções causaria uma crise nacional. Além disso, é preciso ter clareza que os números comparados são apenas para os casos de violência visíveis, mas muitos outros invisíveis, que envolvem lesões menos graves, que não precisam de cuidados de saúde e não são notificadas ou as que permanecem ocultas devido a padrões culturais ou ao vínculo existente entre vítima e agressor, ou ainda em virtude do medo, não foram contabilizadas (MELO, 2010).

Qualquer estimativa de custo causado pela violência deve reconhecer que o fenômeno afeta a sociedade em diferentes níveis. Em 2006, as Nações Unidas publicaram o relatório *Ending Violence against Women: from Words to Action*, dando uma visão mais ampla do impacto desse fenômeno.

Conforme sistematizado pela OMS em 2008, a violência interpessoal determina custos de várias ordens, tanto diretos quanto indiretos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Quanto aos custos diretos, podem ser encarados tanto os encargos relacionados à assistência em saúde às vítimas quanto os de caráter não clínico, referentes a todas as outras áreas que intervêm na proteção às vítimas. Já, para os custos indiretos, há que salientar a presença de custos tangíveis, tanto os relacionados com perdas individuais quanto os que têm impacto no domínio macroeconômico. Também se destacam os custos intangíveis relacionados à perda da qualidade de vida, sob múltiplos aspectos, assim como o impacto transgeracional que a violência interpessoal determina, tanto sob o ponto de vista da não diferenciação quanto o da reprodução do próprio padrão comportamental de violência (PORTUGAL, 2014).

Estudos da OIT (DI MARTINO, 2002) afirmam que a violência no trabalho no setor saúde tomou uma dimensão alarmante em todo o mundo e que as informações divulgadas pelos organismos internacionais e pela mídia não expressam a realidade. O enorme custo que a violência acarreta para o indivíduo, para as empresas e para a sociedade em geral, envolve as agressões físicas e suas consequências em nível psicológico dos trabalhadores.

A presente pesquisa centra-se na violência interpessoal, nas suas múltiplas formas, sem, com isso, deixar de referir-se também a outros tipos de atos violentos. Aliás, há que se salientar o fato de, em múltiplas situações, ser detectável uma associação efetiva entre diferentes tipos de violência.

5 *A Enfermagem Enquanto Vítima
de Violência em Serviços de Urgência
e Emergência Hospitalares*

O tipo de violência que se pretende discutir, aqui, é aquela manifestada na sociedade, atingindo os ambientes de trabalho.

A violência que ocorre no local de trabalho é definida pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Public Services International (PSI) (2008, p.3) como “incidentes em que o trabalhador sofre abuso, ameaça ou ataque em circunstâncias relacionadas ao seu trabalho, inclusive no trajeto de ida e volta ao mesmo, envolvendo ameaça explícita ou implícita para sua segurança, bem-estar ou saúde”.

Esse fenômeno pode se manifestar de diversas maneiras no contexto ocupacional, seja entre chefia e trabalhadores, trabalhadores e usuários ou entre os próprios profissionais (BRASIL, 2008).

Quando se fala em violência no ambiente de trabalho da saúde, esta varia de 17% a 94%, chegando a ultrapassar os 50% em relação aos trabalhadores vítimas de atos violentos (SPECTOR; ZHOU; CHE, 2014; HAHN et al., 2012). O potencial para essa exposição pode estar envolvido com as atividades desempenhadas pelos profissionais da saúde, caracterizadas pelo contato físico constante e pelas intensas relações desenvolvidas com os pacientes, seus familiares e acompanhantes (HAHN, 2012; CAMPOS; PIERANTONI, 2010).

Por sua vez, a precarização dos serviços de saúde pode ser a causadora de conflitos que facilmente evoluem para a violência entre pacientes e profissionais de saúde, ou entre os próprios trabalhadores, caso suas expectativas e desejos sejam alterados negativamente (VASCONCELLOS; ABREU; MAIA, 2012). Nesse contexto, entende-se a violência ocupacional como agressões que acontecem a partir das relações estabelecidas no ambiente de trabalho e que se apresentam sob a forma de ameaças, abusos ou ataques, tendo sua origem diretamente relacionada às condições e à organização do trabalho.

Estudos internacionais têm identificado a preocupação com a violência nos serviços de saúde (SPECTOR; ZHOU; CHE, 2014; EDWARD et al., 2014; HAHN et al., 2012). Entretanto, nacionalmente, a temática ainda precisa ser

mais estudada (VASCONCELLOS; ABREU; MAIA, 2012; BATISTA et al., 2011), considerando-se que a subnotificação das ocorrências contribui para que as agressões sejam consideradas inerentes ao trabalho em muitos ambientes ocupacionais e a complexidade do fenômeno seja subestimada.

A quantidade de boletins de ocorrência abertos por profissionais de saúde está aquém dos episódios violentos sofridos por eles. Na tentativa de evitar conflitos e ameaças fora desse local, muitos trabalhadores preferem não prestar queixa ou se apegam ao fato de que ao fazê-lo, a situação só pioraria, não obtendo nenhum retorno, gerando mais ira no agressor e, conseqüentemente, mais atos violentos (ILHA; LEAL; SOARES, 2010).

Ainda em relação à notificação da violência, os trabalhadores brasileiros possuem três tipos de dados acerca da violência: os do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e os do Sistema de Informações Hospitalares – Sistema Único de Saúde (SIHSUS) (NJAINÉ; REIS, 2005).

Entretanto, além da subnotificação nesses sistemas, uma das maiores dificuldades de informação é a ausência de um sistema para o registro dos casos de violência que não evoluem para óbito, ou não necessitem de internação. Por esse motivo, o Ministério da Saúde teve a iniciativa de convocar os estados e municípios para criarem um instrumento que preenchesse essa fragilidade: a “Ficha de Notificação/Investigação individual – Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências Interpessoais” (GALVÃO; DIMENSTEIN, 2010).

Entretanto, o instrumento é direcionado ao atendimento dos usuários. Mais uma vez é importante salientar a necessidade de se pensar em ações e políticas dirigidas aos profissionais, no que se refere à violência. Por isso, a magnitude da violência ocupacional e sua amplitude não possuem a visibilidade que merecem, o que faz com que o trabalhador, vítima de agressões, se transforme em um ser invisível aos olhos da sociedade.

Diante do exposto, tem-se o profissional de enfermagem como protagonista dessas situações de violência no ambiente hospitalar, tornando-se

vítima de um sistema de saúde precário, em que os profissionais de saúde se sentem desvalorizados por não serem reconhecidos pelo seu esforço, e suportam a situação devido às necessidades de manter o próprio trabalho.

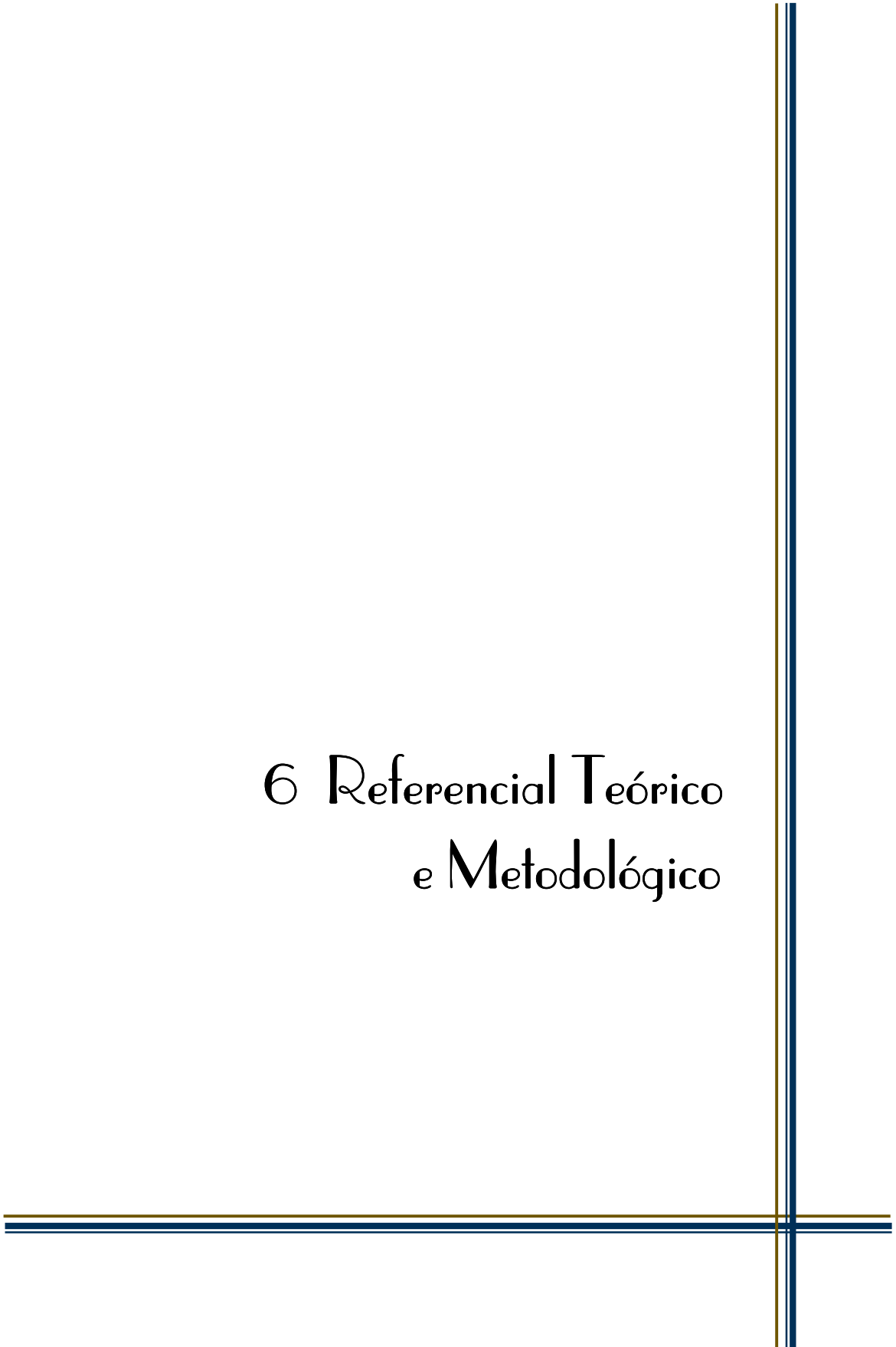
Conforme alguns autores, os serviços de urgência e emergência hospitalares são considerados os mais expostos à violência, justamente pela demanda de pacientes graves, longas jornadas de trabalho dos profissionais, déficit de recursos humanos e materiais, estrutura física inadequada, tensão hierárquica, pressão dos familiares e convívio diário com a possibilidade de morte (ADRIAENSSENS; DE GUCHT; MAES, 2012; HOOPER et al., 2010).

Somado às condições de trabalho da enfermagem, existe ainda o sofrimento e a sensação de vulnerabilidade frente ao trabalho em serviços de emergência, devido às altas demandas emocionais, com potencial efeito negativo à saúde e à falta de qualidade de vida do trabalhador (HOOPER et al., 2010). Observam-se a demanda exacerbada nesses serviços e a gravidade dos atendimentos (DONNELLY, 2012), situações que exigem efetividade por parte da equipe de saúde, precisando ser regida por conhecimentos científicos (YANG; THOMPSON; BLAND, 2012).

O trabalho do enfermeiro em serviços de urgência e emergência é caracterizado pelo desgaste físico e emocional em função da responsabilidade para com o paciente e seus familiares (HOOPER et al., 2010).

Considerando-se o que foi mencionado até aqui, resta apenas esperar que, diante de toda a situação de violência, os profissionais de saúde mantenham postura ética e profissional diante do agressor.

6 Referencial Teórico e Metodológico



6.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo com abordagem metodológica qualitativa de caráter descritivo e exploratório, favorecendo a exploração das percepções dos profissionais de saúde acerca da violência ocupacional em unidades de urgência e emergência hospitalares. O propósito é explorar o subjetivo e o pessoal do entrevistado, em sua experiência vivida, e expressá-los de modo descritivo.

A abordagem qualitativa, por sua vez, parte do pressuposto de que existe uma relação dinâmica entre o indivíduo e a sociedade; valoriza as questões presentes na realidade de um universo de significados, valores e atitudes que não podem ser quantificados ou identificados na operacionalização de variáveis (MINAYO, 2010). Assim, considerando-se essas características, tem-se que a pesquisa qualitativa contempla a necessidade de interpretação e compreensão do cotidiano e disponibiliza meios para apreender a complexidade humana.

A necessidade, portanto, de se utilizar a abordagem qualitativa neste estudo justifica-se pelo tema não se limitar a um fenômeno isolado. Além do ato em si, existe uma construção social em que se determinam papéis para as pessoas, aspectos concernentes à relação familiar, social e à liberdade de decisão sobre suas ações que devem ser investigados.

A partir dessas considerações, pensar sobre a violência ocupacional no trabalho de enfermagem culminou na escolha de uma abordagem teórica que conseguisse apreender esse nível de realidade. O interacionismo simbólico (BLUMER, 1969) foi escolhido como referencial teórico, permeando o estudo desde o processo de busca dos dados até a sua análise.

6.2 CONTEXTO DA PESQUISA

A pesquisa aconteceu em Londrina (PR), no norte do Estado do Paraná–Brasil, cidade com uma população estimada em 548.249 habitantes, e, dentre os 399 municípios do Estado, ocupa o segundo lugar em tamanho, constituindo-se um importante setor de prestação de serviços no comércio, educação e saúde (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

O município foi criado em 1934, e, com o tempo, houve a necessidade de implantar às primeiras instituições hospitalares para suprir a necessidades de atendimento à saúde da população (PREFEITURA DE LONDRINA, 2015).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, houve um amplo processo de reorganização político-administrativo de descentralização e municipalização dos serviços de saúde, e Londrina se destacou por ser o primeiro município a assumir a gestão semiplena do SUS no Estado do Paraná, na década de 1990 (PREFEITURA DE LONDRINA, 2015).

A organização dos serviços de saúde em Londrina esteve intimamente ligada às diretrizes do movimento sanitário brasileiro, e dentre as dificuldades desse processo estava a mudança do modelo assistencial da época, considerando-se que as primeiras iniciativas foram inspiradas nas Diretrizes da Atenção Primária à Saúde propostas pela Organização Mundial da Saúde.

Em 2015, Londrina conta com uma rede de serviços de saúde, sendo constituída por unidades de saúde municipais, estaduais, filantrópicas e privadas, prestando assistência a três níveis de atenção.

Londrina atende não somente ao município, mas também a regiões próximas, fazendo parte da 17ª Regional de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde, implantando em 1993 junto a outros municípios o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médico Paranapanema (CISMEPAR). Uma das

finalidades foi criar uma oferta de serviços médico-hospitalares (PREFEITURA DE LONDRINA, 2015).

O serviço público do município conta com a Maternidade Municipal, dois hospitais estaduais de médio porte, e o Hospital Universitário de Londrina que presta atendimento terciário. A Secretaria Municipal de Saúde desse município ainda contrata serviços especializados e de alta complexidade prestados por instituições hospitalares filantrópicas.

A pesquisa foi realizada nos serviços de urgência e emergência dos dois hospitais públicos de média complexidade existentes na cidade.

Para compreender a história desses serviços é preciso destacar que, à época da fundação de Londrina em 1924, a Companhia de Terras construiu hospitais em locais emergentes. O primeiro hospital foi o Hospital da Companhia de Terras do Norte do Paraná ou “Hospital Zona Norte” assim chamado pela população, construído em 1936, atendia principalmente os desbravadores das matas e pessoas acometidas de doenças pela falta de saneamento básico, além de pessoas com febre tifóide, hanseníase e malária. Era o único hospital num raio de 100 quilômetros, por isso a demanda excedia sua capacidade (PREFEITURA MUNICIPAL DE LONDRINA, 2015).

O funcionamento do “Hospital do Dr. Anísio” acontecia devido à contribuição da comunidade e o trabalho voluntário de médicos pioneiros, e “[...] prestou magníficos serviços à população até 1944, quando foi fechado em virtude da inauguração da Irmandade da Santa Casa de Londrina” (PARANÁ, 1992, p. 9).

Esse hospital foi reinaugurado em 18 de março de 1988, com o nome de Hospital Dr. Anísio Figueiredo, devido às manifestações por parte da população. Foi construído pela Secretaria Estadual de Saúde e seus recursos materiais fornecidos pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e convênio com a Prefeitura Municipal de Londrina. No início contou com uma unidade mista de 18 leitos; em 1990 a demanda havia aumentado e, após nova

manifestação social, houve a ampliação para 28 leitos⁴.

Também à custa de manifestos populares surgiu, na região sul, o Hospital Dr. Eulalino Andrade, em abril de 1990, em um terreno cedido pela prefeitura, porém foi construído e até o momento é mantido pelo Estado.

Em 2003, houve a primeira ampliação desses hospitais, com a finalidade de aumentar o número de leitos e o número de atendimentos. A segunda ampliação foi retomada somente em 2010⁵.

Em 2015 o Hospital Dr. Eulalino Ignácio conta com 117 leitos e o Hospital Dr. Anísio Figueiredo possui 105, gerenciados pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (CISMEPAR) e pela 17ª Regional de Saúde (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2015).

6.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram deste estudo 16 trabalhadores de enfermagem em suas diferentes categorias: enfermeiros e técnicos de enfermagem de todas as faixas etárias e ambos os sexos, no período de março a maio de 2015.

Constituíram critérios de inclusão: **1)** trabalhadores com, no mínimo, um ano de vínculo institucional; **2)** tivessem sofrido violência física ocupacional no período de 12 meses anteriores à coleta de dados. Mediante os critérios de inclusão, ao aceitaram participar do estudo os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B).

⁴ LOPES, M.L.S; ALMEIDA, M.J. **Participação popular e controle social**: a experiência de Londrina. [19-?]. Disponível em:

<http://www.uel.br/ccs/espacoparasaude/v2n2/doc/control.html#_ftn1>. Acesso em: 08 set. 2015.

⁵ HOSPITAL DR ANISIO FIGUEIREDO. **O Hospital**. Londrina, 2015. Disponível em: <<http://www.hdaf.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1>>. Acesso em: 08 set. 2015.

A coleta⁶ de dados aconteceu a partir de entrevistas com roteiro semi-estruturado. Utilizou-se o critério de saturação das respostas para suspender as entrevistas. A saturação teórica é a percepção de que elementos novos para aprofundar a teorização não são mais identificados, cessando a coleta de dados (FONTANELLE et al., 2011).

6.4 ASPECTOS ÉTICOS

O Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (UEL) conforme preconizado nos preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre pesquisas envolvendo seres humanos, recebendo parecer favorável número 036268/2015 (Anexo C).

Antes do início da coleta de dados, todas as participantes foram esclarecidas quanto aos objetivos, aos procedimentos, à garantia de sigilo de informações, ao direito de anonimato e à liberdade em participar ou não do estudo, por meio da leitura do TCLE. A partir do momento em que não houve mais dúvidas em relação à pesquisa, foi solicitada a autorização formal por escrito e cada participante recebeu uma cópia do referido termo, após assiná-lo.

6.5 COLETA DE DADOS

Optou-se por utilizar o método de amostragem “bola de neve” (*snowball sampling*), o qual pressupõe que há uma relação entre os participantes da pesquisa, dado pela característica de interesse, ou seja, os membros são capazes de indicar outros que compartilham do mesmo fenômeno estudado (BALDIN, MUNHOZ, 2011).

⁶ A coleta de dados foi realizada com base no Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups, utilizando o referencial TONGA, S.P.; CRAIG, J. Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*, Oxford, v.19, n.6, p.349-57. 2007.

Na tentativa de identificar os primeiros participantes para dar início à coleta de dados, foi realizado um sorteio entre 16 trabalhadores vítimas de agressão física. Esses trabalhadores já haviam participado de um estudo realizado em 2013 pelas mesmas autoras desta pesquisa, também sobre violência ocupacional e nos mesmos hospitais de média complexidade acima mencionados.

No estudo de 2013 utilizou-se um questionário para identificar e caracterizar os episódios de violência no trabalho nos doze meses que antecederam o preenchimento do questionário *Survey of Violence in the Workplace for Health Care Workers* adaptado na dissertação de Erdmann (2010) e disponível no AMERICAN FEDERATION OF STATE, COUNTY AND MUNICIPAL EMPLOYEES (1998).

Participaram da presente pesquisa 100 trabalhadores de enfermagem dos 124 elegíveis. Durante o período de coleta dos dados, 19 trabalhadores encontravam-se em licença saúde ou em licença maternidade e cinco se recusaram a participar da pesquisa.

A porcentagem de trabalhadores de enfermagem que esteve envolvida com violência ocupacional nos últimos 12 meses do preenchimento do questionário foi igual a 96%, e desses 16,6% foram alvo de agressão física. Portanto, foi nesse grupo de 16 pessoas que foram buscados os dois primeiros trabalhadores, um de cada hospital, os quais indicaram os demais participantes.

Por coincidência, os dois primeiros sorteados haviam recebido violência física no ambiente de trabalho recentemente, respeitando o critério de inclusão, por isso fizeram parte deste estudo. Cabia a cada um dos dois participantes indicar um colega de trabalho que nos últimos 12 meses também tivesse sofrido violência física no ambiente de trabalho.

Infelizmente, os episódios de violência nas unidades de emergência e urgência envolveram mais de um trabalhador, facilitando a indicação dos participantes seguintes.

Ao serem indicados, os trabalhadores foram convidados a participar do estudo. Os encontros ocorreram mediante agendamento realizado por contato telefônico com as coordenadoras, e visitas às unidades para a definição do dia e horário para as entrevistas com os participantes do estudo, as quais foram realizadas em salas cedidas pela supervisão de enfermagem dos respectivos hospitais.

No primeiro contato foi esclarecido a cada um dos participantes o propósito do estudo, e sua participação voluntária. O período de coleta aconteceu em diferentes dias e horários, no período de março a maio de 2015, e todos os trabalhadores indicados por seus colegas de trabalho aceitaram participar da pesquisa.

A entrevista propiciou que se coletassem informações relacionadas às experiências vivenciadas a respeito da violência física ocupacional e as ações dos trabalhadores frente a essas situações.

De acordo com Godoi; Mattos (2010), a entrevista possibilita produzir discursos e narrativas com riqueza de detalhes, além de revelar a visão da pessoa. Na pesquisa qualitativa, a entrevista permite a escuta ativa por parte do pesquisador, encorajando os participantes a revelarem suas experiências com suas próprias palavras, e sendo assim o pesquisador deve evitar inferir e estabelecer juízo de valor

A fim de caracterizar o perfil dos participantes, foram levantadas informações sobre idade, estado civil, ano de conclusão de curso e o tempo de atuação na instituição. Essas informações foram obtidas no início da entrevista.

No intuito de coletar o máximo de informações para alavancar a pesquisa, delineou-se um roteiro com questões norteadoras, com o intuito de proporcionar a livre expressão dos trabalhadores de enfermagem durante a entrevista. Essas questões serviram de base para se explorar os temas da pesquisa. As perguntas e os tópicos abordados foram:

1) CONTE-ME A EXPERIÊNCIA DE TER SOFRIDO VIOLÊNCIA FÍSICA NO SEU AMBIENTE DE TRABALHO

Visou-se, com essa pergunta, identificar as nuances do ocorrido, a fim de constatar os prováveis motivos que justificassem a atitude violenta e os principais conflitos entre a equipe de trabalho e os usuários.

2) O QUE SIGNIFICOU PARA VOCÊ, TER SOFRIDO A VIOLÊNCIA FÍSICA?

O objetivo dessa pergunta foi o de refletir a respeito do ocorrido a ponto de atribuir sentido à ação e então identificar os sentimentos envolvidos nas situações em específico.

3) QUAL FOI A REPERCUSSÃO EM SUA VIDA PESSOAL?

Pretendeu-se explorar as repercussões para a vida pessoal, considerando-se o contexto familiar e social.

4) COMO FOI VOLTAR NO DIA SEGUINTE?

Pretendeu-se conhecer as reais influências que o episódio de violência teve sobre a equipe e sobre a vítima.

5) HOJE, COMO VOCÊ LIDARIA COM A MESMA SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA?

A intenção, aqui, foi a de identificar as soluções encontradas para lidar com as situações de violência física no trabalho, o modo como o profissional suportava e enfrentava as dificuldades relatadas e quais as estratégias de mediação que utilizava frente às vivências de agressividade física.

6) POR FAVOR, QUAIS SUAS SUGESTÕES PARA O SERVIÇO, NO QUE SE REFERE À MELHORIA DA SEGURANÇA NO AMBIENTE DE TRABALHO?

Teve-se, nessa solicitação, o objetivo de pontuar quais as estratégias percebidas pela equipe quanto à segurança dos serviços de saúde e do preparo profissional dos envolvidos.

As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora, especialista em Gerência dos Serviços de Enfermagem e mestranda do Programa de Mestrado em Enfermagem pela Universidade Estadual de Londrina - UEL.

Antes de iniciar as entrevistas, houve o cuidado da pesquisadora em se apresentar e esclarecer os motivos que a instigaram a realizar a pesquisa e no que consistia a participação de cada um deles.

6.6 REGISTRO DOS DADOS, ANÁLISE INTERPRETATIVA DOS DADOS E DESCRIÇÃO DO FENÔMENO ESTUDADO

As entrevistas foram gravadas em gravador digital, com a anuência dos entrevistados, assegurando-lhes o anonimato da identidade. O tempo de duração foi de aproximadamente 30 minutos, e, após, as entrevistas foram transcritas na íntegra e submetidas à análise dos dados, para, em seqüência, ser elaborado um texto, sob a forma de narrativa, com os depoimentos de cada participante.

Para garantir o anonimato dos trabalhadores foi denominado um código de letras seguido por um número indicativo da ordem da entrevista, pelas letras F ou M indicando sexo feminino ou masculino, e um último número indicativo da idade dos participantes (E1, sexo, idade; E2, sexo, idade; E3, sexo, idade...).

Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo descrita por Bardin (2011), através da categorização dos dados obtidos por meio de entrevista semiestruturada. 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”, considerando que a representatividade dos dados acontece a partir de sua codificação.

6.7 REFERENCIAL METODOLÓGICO: ANÁLISE DE CONTEÚDO

A análise de conteúdo é considerada um conjunto de ferramentas metodológicas, com o objetivo de analisar diferentes formas de conteúdos. Sua interpretação percorre dois polos: a intensidade da objetividade e a riqueza da subjetividade (BARDIN, 2011).

A direcionalidade da análise dos dados contempla várias etapas, a fim de analisar a fundo os significados dos dados coletados (FLICK, 2009; DEY, 1999). No tocante às diferentes fases da análise de conteúdo, autores diferem quanto ao uso de terminologias, entretanto, elas apresentam-se semelhantes. Considerando-se a diversidade, escolheu-se utilizar as etapas da técnica proposta por Bardin (2011), pois é a obra mais citada em pesquisas qualitativas. As etapas propostas são classificadas em três fases:

1) PRÉ-ANÁLISE: sistematiza ideias iniciais e identifica indicadores para a interpretação das informações coletadas. A fase compreende a leitura geral do material escolhido para a análise:

- a) **LEITURA FLUTUANTE:** primeiro contato com o material escolhido;
- b) **Escolha dos documentos:** consiste na definição do corpus de análise;
- c) **FORMULAÇÃO DAS HIPÓTESES E OBJETIVOS:** surge a partir da primeira leitura dos dados;
- d) **ELABORAÇÃO DE INDICADORES:** utilizados na interpretação do material.

É importante ressaltar que a escolha dos dados a serem analisados obedeça à orientação das seguintes regras:

- ▶ **EXAUSTIVIDADE:** intuito de não deixar de analisar qualquer elemento da pesquisa.

- ▶ **REPRESENTATIVIDADE:** amostragem de número muito elevado de dados, desde que o material a isto se preste.
- ▶ **HOMOGENEIDADE:** seguir os critérios preestabelecidos e não apresentar pluralidade em seus critérios.
- ▶ **PERTINÊNCIA:** analisar se a fonte dos documentos corresponde adequadamente ao objetivo da pesquisa.

2) EXPLORAÇÃO DO MATERIAL: constitui-se na codificação, a partir da seleção de fragmentos dos textos em unidades de registros e, posteriormente, realizar a agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas.

3) TRATAMENTO DOS RESULTADOS, INFERÊNCIA E INTERPRETAÇÃO: possibilita captar os conteúdos manifestados e latentes incorporados ao material coletado (entrevistas, documentos e observação).

6.8 REFERENCIAL TEÓRICO — INTERACIONISMO SIMBÓLICO

Esse referencial estuda a dinâmica da vida social e valoriza as ideias da ação, porque a sociedade, nesse pressuposto teórico, é considerada um conjunto de indivíduos que possui um *self*, e suas ações são o produto de seus pensamentos. A partir disso, o *self* toma consciência e interpreta aspectos da situação produzindo uma reação que objetiva identificar os símbolos que dão sentido ao que as pessoas pensam e fazem em contextos específicos (AGROSINO, 2009).

O interacionismo simbólico relaciona o indivíduo e o estudo de situações com fatores contextuais mais amplos. Essa relação parte do pressuposto de que os indivíduos e a sociedade não só estão interligados, mas também se constroem mutuamente (FILLIEULE, 2010).

De modo geral, pode-se afirmar que o interacionismo simbólico constitui-se em uma perspectiva teórica que permite compreender a forma com que os indivíduos interpretam os objetos, as pessoas com os quais interagem e como a interpretação influencia o comportamento individual em situações específicas (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010).

Em relação às correntes teóricas que deram origem a esse referencial, destaca-se a influência dos estudiosos da Escola de Chicago, a qual teve início com os trabalhos de Dewey e Mead, principalmente em relação à interpretação das reações dos indivíduos diante das situações conflituosas (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010).

A expressão “*interacionismo simbólico*” surgiu pela primeira vez na obra de Herbert Blumer (1900-1987), aluno da Escola de Chicago e defensor de suas concepções. Mead era psicólogo, e sua obra, influência determinante para as teorias interacionistas, foi “*A mente, o sujeito e a sociedade*”, anotações de aula ministradas na Escola de Chicago, no período de 1927-1930, que causou uma revolução em sua disciplina ao associar os termos psicologia e sociedade (DOMINGUES, 2001, p.25).

Há divergências entre as perspectivas teóricas e metodológicas de Blumer e Mead, entretanto, o interacionismo simbólico é reconhecido pela estruturação de Blumer, com base na interpretação que ele faz acerca do pensamento de Mead (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010).

A perspectiva deste estudo é centrada nas concepções de Blumer (1980), que define três premissas básicas do interacionismo simbólico:

A primeira estabelece que os seres humanos agem em relação ao mundo fundamentando-se nos significados que esse lhes oferece. [...] A segunda premissa consiste no fato de os significados destes elementos serem provenientes ou provocados pela interação social que se mantêm com as demais pessoas. A terceira premissa reza que tais significados são manipulados por um processo interpretativo (e por este modificado) utilizado pela pessoa ao se relacionar com os elementos com que entra em contato (BLUMER, 1980, p.119).

Para entender essas premissas é preciso destacar um conjunto de conceitos que servem de base para a compreensão do interacionismo simbólico, fundamentados nos estudos de Casagrande (2014); Charon (2010) e Blumer (1986):

■ SÍMBOLO

Representado por objetos, sejam eles físicos, atividades humanas ou falas.

Dentre os conceitos do interacionismo simbólico, o símbolo é o protagonista, pois quando este não se faz presente não existe interação entre os indivíduos. É denominado objeto social devido à sua utilização na representação de um pensamento ou de uma comunicação. Entretanto, só é considerado simbólico quando há um significado ou uma intencionalidade, pois sem estas características poderá haver comunicação, porém, não será considerada simbólica.

A linguagem é uma característica exclusiva do ser humano, e é por meio do uso das palavras que se constitui a linguagem, considerada um tipo especial de símbolo, ou seja, o elixir da base simbólica do homem. O ser humano se constitui em sociedade, utilizando aspectos linguísticos, tornando-o não um ser passivo, mas interativo. A interatividade entre as pessoas desenvolve uma interdependência entre os indivíduos e a sociedade, ressaltando-se que estes se influenciam diariamente.

O homem está envolvido em um processo de comunicação constante que ocorre por meio de símbolos mutáveis, construídos e compartilhados pelos indivíduos. Os símbolos, definidos como objetos sociais usados pelo agente para representação e comunicação, evoluem de gestos corporais para gestos vocais e, posteriormente, para símbolos-significantes (MEAD, 1972 *apud* HONNETH, 2003, p. 131)⁷.

⁷ MEAD, G. H. *Espírito, persona e sociedad*. Barcelona: Paidós. 1973.

E à medida que os indivíduos compartilham esses símbolos é que são capazes de se comunicar e agir de modo que isso faça sentido para os demais. Dessa forma, a sociedade é, para Mead, um *intercâmbio simbólico*, porque ela se cristaliza em sentidos compartilhados a partir dos significados e expectativas comuns (GOLDENBERG, 1997).

■ SELF

O *self* é considerado um objeto porque é utilizado pelo indivíduo no processo de interatividade com os outros. O *self* inicia durante a infância e se desenvolve ao longo da vida. Semelhante aos outros objetos, o *self*⁸, à medida que há interação, é definido e redefinido constantemente, de acordo com a situação em questão.

O *self* desempenha o papel de um processo social no âmago do indivíduo, utilizando duas fases analíticas diferentes: o *Eu* e o *Mim*:

- ▶ *Eu*: Reação do indivíduo em relação às atitudes dos outros, é o indivíduo fundamentado no impulso. Suas reações não são bem definidas; é aquela face do indivíduo que o instiga ao ato, desafiando o "mim".

- ▶ *Mim*: Diversas ações organizadas que o indivíduo produz, que define sua conduta; é a pessoa agindo conscientemente. Dá forma ao *Eu*.(ações que o indivíduo utiliza não pode ser, ninguém utiliza ações. Não se é produz, veja...)

■ MENTE

É a interação simbólica com o *self*, ou seja, situação em que o indivíduo interage com ele mesmo utilizando símbolos, organizando suas ações. Essa ação é uma interpretação dos objetos pelo indivíduo. Por meio da atividade

⁸ Optou-se utilizar neste estudo o termo *self*, original do inglês, pois, assim como os autores brasileiros Cledes Antônio Casagrande (2014) e Odair Sass (2004), responsáveis pelas produções nacionais a cerca da Teoria de Mead, a tradução seria *si mesmo*, apesar de existirem alguns como: caráter, pessoa, ego, eu e personalidade, porém, não representa o significado em sua essência.

da mente (pensar), o indivíduo estabelece sentido para determinadas situações ou ao fato vivido, sendo a mente responsável por tornar o *self* possível.

■ INTERAÇÃO SOCIAL

Diante da interação social, os indivíduos são considerados objetos sociais uns para os outros, utilizam os símbolos e o *self*, desenvolvem um pensamento, tomam decisões, alteram direções, dividem perspectivas, analisam a realidade e assumem o papel do outro. A interação manifesta-se por meio das ações sociais.

A ação é reconhecida como social quando as reações são influenciadas pela ação do outro, porque assim como um indivíduo é classificado como objeto social, os outros também o são. Por isso, para que a interação entre os indivíduos seja considerada simbólica, é preciso haver comunicação, seja ela por palavras ou atos, mas devem manifestar quem são e o que pensam esses indivíduos.

O processo de interação, por sua vez, pode ser alterado, e isso vai depender da adaptação que ocorre nas ações dos indivíduos envolvidos. Dessa maneira, o que cada um faz se reflete no que outros fazem naquela situação. A determinação do que se é não está centrada nos outros, mas na interação com eles e é nesta interação que se estabelecem as ações.

■ SOCIEDADE

Definida como cada grupo ou situação de interação, envolvendo mais de um indivíduo.

Nessa perspectiva, o termo sociedade possui sentido dinâmico. Os indivíduos, ao se relacionarem com outras pessoas podem alterar a direção das ações umas das outras. A sociedade integra todos os outros conceitos do interacionismo simbólico e auxilia o entendimento da essência humana.

A interação permite que os envolvidos assumam papéis, façam uma reflexão, redirecionem seus atos, modelem e controlem o *self*. O tempo da interação é capaz de criar uma cultura. Cada sociedade tem uma cultura e esta, por sua vez, influencia as ações dos indivíduos.

Outro aspecto da sociedade é o desenvolvimento de uma estrutura padronizada nas relações por meio da interação. Usualmente, a estrutura social é utilizada na definição de papéis e hierarquias.

Assim sendo, o Interacionismo Simbólico vê o homem dinâmico, interagindo consigo próprio e com os outros.

7 Resultados

No intuito de atender aos objetivos propostos, os resultados da presente dissertação serão apresentados no formato de dois manuscritos científicos:

- ▶ Desvelar a percepção do trabalhador de enfermagem sobre a violência ocupacional em serviços de urgência e emergência hospitalares.

- ▶ Apreender o significado da violência física ocupacional para o trabalhador de enfermagem em sua dinâmica familiar e social.

Manuscrito 1

Percepção do Trabalhador de Enfermagem sobre a Violência física Ocupacional em Serviços de Urgência e Emergência Hospitalares

*O que me preocupa não é nem o grito dos corruptos,
dos violentos, dos desonestos, dos sem caráter, dos sem ética...*

O que me preocupa é o silêncio dos bons.

MARTIN LUTHER KING

Este manuscrito responde ao seguinte objetivo desta pesquisa:

- Desvelar a percepção do trabalhador de enfermagem sobre a violência ocupacional em serviços de urgência e emergência hospitalares.

PERCEPÇÃO DO TRABALHADOR DE ENFERMAGEM SOBRE A VIOLÊNCIA FÍSICA OCUPACIONAL EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALARES

RESUMO

Objetivou-se desvelar a percepção dos trabalhadores de enfermagem em relação à violência física ocupacional em serviços de urgência e emergência hospitalares. Estudo com abordagem metodológica qualitativa, desenvolvida por meio de entrevistas individuais e ancorada no referencial teórico do Interacionismo Simbólico (IS). Os dados foram coletados em dois hospitais de média complexidade, localizados no norte do Paraná. A análise das entrevistas tomou por base o perfil dos trabalhadores e identificou quatro categorias: 1) O agressor e as possíveis causas para a violência física ocupacional na percepção do trabalhador de enfermagem; 2) O significado da violência física ocupacional para o trabalhador: sentimentos de fragilidade; 3) Reação dos trabalhadores frente à agressão física ocupacional; 4) Sugestões dos trabalhadores de enfermagem para o enfrentamento da violência física ocupacional. Dos 16 participantes do estudo, dez eram homens com idades entre 30 e 47 anos; seis eram mulheres, na faixa etária de 30 a 55 anos. Identificou-se que os atos agressivos foram perpetrados, em sua maioria, por pacientes e por profissionais de outras áreas da saúde, e suas motivações estavam intimamente relacionadas à maneira com que os envolvidos se comunicaram. Outro aspecto desvelado foi o das reações dos trabalhadores de acordo com suas características pessoais e a maneira como desenvolveram o *self* (consciência de si mesmo), proposto pelo IS. Em relação às sugestões, as propostas foram distintas, mas em todas as narrativas houve preocupação em citar medidas para autosssegurança e questões estruturais que fogem de suas governabilidades, mas que seriam fundamentais para minimizar o problema. A compreensão da violência física ocupacional a partir da perspectiva dos diferentes atores possibilitou compreender a complexidade da violência ocupacional e a importância do desenvolvimento de ações não apenas por parte dos profissionais de enfermagem, mas pelas equipes multiprofissionais e intersetoriais, visando à prevenção e ao enfrentamento da violência ocupacional.

DESCRITORES: Enfermagem; Violência no trabalho; Urgência e Emergência

THE NURSING STAFF'S PERCEPTION ON OCCUPATIONAL PHYSICAL VIOLENCE IN HOSPITAL EMERGENCY SERVICES

ABSTRACT

This paper aimed to unveil the nursing staff's perception in relation to occupational physical violence in hospital emergency services. This is a study with qualitative approach, developed through individual interviews and anchored in the theoretical framework of Symbolic Interaction (SI). The data were collected in two hospitals of medium complexity, located in northern Paraná. The data analysis was based on the workers' profile and identified four categories: 1) The aggressor and the possible causes for occupational physical violence in the nursing staff's perception; 2) The significance of occupational physical violence to the worker: feelings of weakness; 3) Workers' reaction regarding occupational physical violence; 4) Nursing staff's suggestions for fighting against occupational physical violence. From a total of 16 participants, ten were men aged between 30 and 47 years old and six were women aged 30-55 years old. It was identified that the aggressive acts were committed, mostly, by patients and professionals from other health areas whose motives were closely related to the way that those involved used to deal with each other. Another unveiled aspect was the worker's reaction according to their personal characteristics and the way they developed their self-consciousness, proposed by the SI. Regarding suggestions, the proposals were different, but in all narratives, there was concern in quoting measures to self-security and structural issues, fleeing their control, but that would be critical to minimizing the problem. An understanding of occupational physical violence from the perspective of different actors enabled us to understand the complexity of this phenomenon and the importance of developing actions not only by nursing staff, but also by the multidisciplinary and intersectoral teams aiming violence prevention and confrontation in the workplace.

Keywords: Nursing. Violence in the workplace. Urgency and emergency.

PERCEPCIÓN DEL TRABAJADOR DE ENFERMERÍA A RESPECTO DE LA VIOLENCIA FÍSICA OCUPACIONAL EN SERVICIOS DE URGENCIA Y EMERGENCIA HOSPITALARIA

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo desvelar la percepción de los trabajadores de enfermería en relación a la violencia física ocupacional en servicios de urgencia y emergencia hospitalaria. Se trata de un estudio con abordaje metodológico cualitativo, desarrollado por medio de entrevistas individuales y que está fundado en el referencial teórico del Interaccionismo Simbólico (IS). Los datos fueron colectados en dos hospitales de media complejidad, localizados al norte del Paraná. El análisis de las entrevistas tuvo como base el perfil de los trabajadores e identificó cuatro categorías: 1) El agresor y las posibles causas para la violencia física ocupacional en la percepción del trabajador de enfermería; 2) El significado de la violencia física en el trabajo para el trabajador: sentimientos de debilidad; 3) Reacción de los trabajadores frente a la agresión física ocupacional; 4) Sugerencias de los trabajadores de enfermería para el enfrentamiento de la violencia física ocupacional. De los 16 participantes del estudio, diez eran hombres con edades entre 30 y 47 años; seis eran mujeres, en el grupo de edad de 30 a 55 años. Se identificó que los actos agresivos fueron perpetrados, en su mayoría, por pacientes y por profesionales de otras áreas de la salud, y sus motivaciones estaban íntimamente relacionadas a la manera que los involucrados se comunicaron. Otro aspecto desvelado fue el de las reacciones de los trabajadores de acuerdo con sus características personales y la manera en que desarrollaron la consciencia de sí mismas, propuesto por el IS. En relación a las sugerencias, las propuestas fueron distintas, pero en todas las narrativas hubo preocupación en citar medidas para auto seguridad y cuestiones estructurales que van más allá de su control, pero que serían fundamentales para minimizar el problema. La comprensión de la violencia física ocupacional a partir de la perspectiva de los diferentes actores hizo posible comprender la complejidad de la violencia ocupacional y la importancia del desarrollo de acciones, no apenas por parte de los profesionales de enfermería, como también por los equipos multiprofesionales e intersectoriales, enfocando la prevención y al enfrentamiento de la violencia ocupacional.

DESCRITORES: Enfermería. Violencia en el trabajo. Urgencia y emergencia.

INTRODUÇÃO

A violência, definida pela OMS, é o: “uso da força física ou do poder real ou em ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte ou dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002, p. 05).

Houve, em todos os tempos, situações de violência e nenhuma sociedade esteve ileso, por isso o ser humano sempre se preocupou em tentar entender o fenômeno da violência, suas motivações e significados, a fim de minimizá-la e exterminá-la do convívio social (ALMEIDA, 2010), considerando que este fenômeno é um sintoma de uma “sociedade de risco” (DANTAS, 2011).

A violência por si só não é considerada um problema de saúde pública. Ela se transforma em uma situação de risco para a área, devido as suas consequências na saúde individual e coletiva, por isso se faz necessário a criação de políticas singulares e uma organização de serviços específicos (ESCORSIM, 2014). O local de trabalho, enquanto espaço de interação social, também é alvo do crescimento da violência, incluindo o ambiente hospitalar (VASCONCELLOS; ABREU; MAIA, 2012).

Em relação a esse ambiente, a equipe de enfermagem em específico está mais exposta às situações de violência, seja no cuidado às vítimas ou como receptora de ameaças e agressões de colegas e pacientes. Esses profissionais integram a linha de frente nos serviços de saúde e são responsáveis por praticarem o cuidado em tempo integral, por conseguinte, são os primeiros a receberem manifestos de insatisfação com o serviço.

Algumas características no ambiente dos hospitais públicos brasileiros, destacando-se os serviços de urgência e emergência, são marcantes devido à grande demanda, provocando a superlotação, o ritmo acelerado e a sobrecarga de trabalho para os profissionais, o que favorece o conflito nesses ambientes (DAL PAI; LAUTERT, 2008; COSTENARO; LACERDA; FERREIRA, 2008). Há ainda outros problemas que as instituições públicas do país enfrentam — déficit de trabalhadores e a escassez de material.

Diante dessa problemática, objetivou-se apreender a percepção dos trabalhadores de enfermagem em relação ao significado da violência física ocupacional em serviços de urgência e emergência hospitalares.

MÉTODOS

Este estudo exploratório com abordagem qualitativa foi realizado no período de março a maio de 2015.

A partir da pesquisa realizada em 2013, cujo objetivo era identificar e caracterizar os episódios de violência dos dois Hospitais de média complexidade localizados em uma cidade do norte do estado do Paraná, foram sorteados dois dos 16 trabalhadores que sofreram violência física ocupacional.

O intuito do sorteio foi identificar os primeiros entrevistados, considerando-se que o método utilizado para desenvolver este estudo de 2015, foi o “bola de neve” (*snowball sampling*). Esse método pressupõe que há uma relação entre os participantes da pesquisa, dado a característica de interesse, ou seja, os membros são capazes de indicar outros que compartilham do mesmo fenômeno estudado (BALDIN; MUNHOZ, 2011). Com esse método é possível organizar a sequência das entrevistas à medida que os trabalhadores vão indicando o próximo participante.

Os dois trabalhadores, participantes da pesquisa realizada em 2013, também fizeram parte deste estudo, pois além de serem vítimas de violência física ocupacional no ano de 2013, também foram vítimas de agressões físicas nos 12 meses que antecederam esta coleta de dados (março a maio de 2015). Sendo assim, além de participarem desta pesquisa, esses profissionais indicaram um colega de trabalho que também havia sofrido violência física, respeitando-se o critério de inclusão de ter sofrido violência física nos últimos 12 meses a contar do dia da entrevista.

Os trabalhadores indicados pelos colegas foram contatados por telefone e convidados a participar de uma entrevista, agendada conforme a disponibilidade de cada um. Não houve recusa e por coincidência esta pesquisa

também contou com um número de 16 trabalhadores de enfermagem, todavia não foram exatamente os mesmos da pesquisa anterior.

A entrevista com roteiro semiestruturado, contendo dados sociodemográficos com as variáveis: gênero, idade em anos, grau de escolaridade e tempo de trabalho na Instituição, foi realizada pela pesquisadora nos próprios hospitais, em salas cedidas pela supervisão de enfermagem.

As entrevistas foram gravadas mediante autorização dos participantes que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, recebendo cópias do termo e resumo informativo da pesquisa.

A transcrição foi realizada na íntegra e as entrevistas foram analisadas segundo o referencial metodológico qualitativo da análise de conteúdo (BARDIN, 2011), sendo que na pré-análise realizou-se leituras flutuantes do material para se identificar as quatro categorias: 1) O agressor e as possíveis causas para a violência física ocupacional na visão do trabalhador de enfermagem; 2) O significado e os sentimentos da violência física ocupacional para o trabalhador; 3) Reação dos trabalhadores frente à agressão física ocupacional; 4) Sugestões dos trabalhadores de enfermagem para o enfrentamento da violência física ocupacional.

O desfecho deste estudo, que foi a violência física ocupacional sofrida, foi obtido a partir das seguintes perguntas: *Quando ocorreu o episódio de violência física?; Como aconteceu? Conte-me sobre o ocorrido...*. Para desvelar o significado foi utilizada a pergunta: *O que significou para você, ter sofrido a violência física?* Em relação às maneiras de enfrentar a situação foi utilizada a pergunta: *Hoje, como você lidaria com a mesma situação de violência?* Também foi solicitado que os entrevistados dessem sugestões: *Por favor, quais suas sugestões para o serviço, no que se refere à melhoria da segurança no ambiente de trabalho?*

As respostas foram discutidas à luz do Interacionismo Simbólico (IS), que se resume em três premissas básicas. A primeira é que os seres humanos agem em relação aos objetos, com base no significado que esses objetos possuem para eles. A segunda é que o significado das *coisas* resulta da

interação social que os seres humanos têm uns com os outros. A terceira premissa é a de que os significados não são aceitos e usados automaticamente, mas estão sujeitos a um processo de interpretação, isto é, a um processo formador, no qual são usados ou alterados como meios para a orientação ou construção da ação no processo de interação social (BLUMER, 1969, p.2-5).

Este estudo foi realizado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, conforme Certificado de Apreciação Ética (CAAE) nº 37987014.0.0000.5231, de forma a garantir o cumprimento dos preceitos da resolução brasileira de pesquisa envolvendo seres humanos, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Dos 16 participantes do estudo, dez eram homens com idades entre 30 e 47 anos; seis eram mulheres, na faixa etária de 30 a 55 anos. Não houve perdas, considerando-se que todos os que sofreram violência física e foram abordados aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todos trabalhavam nas Instituições pesquisadas há cinco anos ou mais e o tempo de formação esteve entre cinco e 25 anos.

Os trabalhadores, ao vivenciarem as situações de agressão física em seu ambiente de trabalho interpretam e atribuem significados não somente ao processo de trabalho, mas também à relação estabelecida com o usuário que procura atendimento nas unidades de urgência e emergência.

Nesse fenômeno complexo, muitas de suas tramas ou fios, podem ser compreendidos mediante as quatro categorias que serão apresentadas:

O agressor e as possíveis causas para a violência física ocupacional na percepção do trabalhador de enfermagem

Essa categoria está construída com base nos conteúdos referentes às percepções dos trabalhadores sobre o modo com que a violência se manifesta no cenário hospitalar, principalmente no que se refere aos envolvidos nessas situações e suas motivações. E constatou-se que foram inúmeras as formas de agressão e suas motivações, desde o paciente com confusão mental até colegas de trabalho.

Há que se pensar no profissional vítima de violência como um ator social no processo de enfrentamento desse agravo. Assim, surge a necessidade de saber as causas dessa violência e as reações do trabalhador ao ser agredido:

[...] Eu estava na triagem e atendi um menino com suspeita de H1N1 que havia saído da cadeia. Pedi para ele colocar a máscara, mas ele a jogou em mim e disse que não iria usá-la. (E4, M, 40 anos).

[...] Quando eles estão irritados eles agredem quem primeiro? Nós da enfermagem. Eles batem, jogam, chutam, cospem [...] (E6, F, 55 anos).

Os trabalhadores de enfermagem são o alicerce do atendimento nos serviços de urgência e emergência, atuam na classificação de risco e realizam todos os cuidados necessários, além de auxiliarem os outros profissionais no desempenho de suas atividades. Na tentativa de minimizar as situações de insatisfação em relação ao atendimento oferecido, os trabalhadores de enfermagem explicam a real condição de trabalho ao usuário, provocando ainda mais revolta por parte do agressor.

A comunicação utilizada antes da agressão física pode ser desencadeadora da violência é considerada no interacionismo simbólico como uma estrutura que instiga o desenvolvimento das pessoas e é conhecida como a janela para a verdadeira natureza humana. Entretanto, também é o meio pelo qual o ser humano procura consciente ou inconscientemente alterar a estrutura simbólica estabelecida na interação entre as pessoas. O homem é um ser comunicativo porque possui necessidade de contato social e durante seu desenvolvimento

descobriu que a resiliência é o melhor jeito de sobreviver em sociedade, mesmo que para isso seja preciso manipular os símbolos e alterar a realidade (RÜDGER, 2011).

É possível inferir que a principal defesa do trabalhador em relação às ameaças e tentativas de agressão física é, inicialmente, a comunicação, no sentido de alterar os símbolos interpretados pelo agressor e transformar a realidade para evitar o fenômeno. Ou seja, os trabalhadores criam os símbolos (comunicação) como uma alternativa de resiliência para manter a situação menos ofensiva para si mesmos.

Os profissionais reconhecem ainda que o local onde trabalham situa-se em uma área urbana violenta, com influência das atividades do tráfico de drogas: [...] *Geralmente os agressores são pacientes cujas famílias não possuem condições de cuidar, ou pacientes psiquiátricos que não seguem o tratamento em casa [...] Aqui dentro ele é paciente, mas lá fora ele pode ser um traficante [...]* (E8, M, 35 anos).

De acordo com Velloso, Araújo e Alves (2011), o comportamento agressivo dos usuários para com os profissionais justifica-se pela relação de causalidade entre as condições de vida e o contexto social em que vivem.

Ainda em relação às situações desencadeadoras de agressão física, tem-se o relato de um trabalhador que menciona uma infração civil no ambiente hospitalar, sendo necessária a intervenção da equipe de enfermagem:

[...] Ele queria ir embora, tinha roubado o celular de uma paciente, ameaçou quebrar tudo, avisou que não tinha medo de nós, profissionais de enfermagem. Chamei a psicóloga. Ele tentou fugir, tentamos restringir, foi necessário quatro pessoas para contê-lo, só não percebemos que havia um suporte de soro atrás, foi quando ele arremessou o suporte contra o meu rosto, fez um hematoma no mesmo momento [...] (E8, M, 35 anos).

O trabalhador de enfermagem nada mais é do que uma vítima do processo defasado dos serviços de saúde. O conflito entre trabalhadores e usuários é uma das inúmeras situações que pode contribuir para gerar hostilidade no trabalho, em unidades de urgência e emergência, influenciado pela sobrecarga de atividades, fazendo aumentar o sentimento de desvalorização para aqueles que

vivenciam a real situação desses serviços. Nesse caso, o trabalhador encontra dificuldade em receber algum tipo de apoio, principalmente quando existem entraves hierárquicos.

Em nível relacional, os entrevistados apontaram como potenciais causas da violência: as formas com que se estabelecem as relações sociais entre os envolvidos, os problemas de comunicação e a disputa pelo poder. Um dos entrevistados relatou a hierarquia como um potencial causador da violência hospitalar.

[...] Essa situação não partiu da população e sim de um membro da equipe multidisciplinar, sendo um profissional médico o mentor. Aconteceu devido termos recebido uma demanda muito alta de atendimento naquele dia, eu tive que procurar o médico dentro do quarto para que ele pudesse intervir no atendimento de um paciente que apresentava distúrbio neurovegetativo. A questão é que o paciente não corria risco de morte a princípio, mas o acompanhante não via a situação desta forma. Exigia o atendimento médico imediato. Evidentemente eu tentei acalmar esse acompanhante, [...] Então procurei o médico no quarto e este solicitou que eu aguardasse e que posteriormente viria atendê-lo. Prontamente respondi que não, devido a gravidade da situação e que todos estavam correndo risco, devido as ameaças de morte por parte do acompanhante. Neste momento travamos uma discussão, dentro desta discussão ele me empurrou duas vezes e em primeiro momento ele subiu o tom de voz comigo, [...] Foi como se ele tivesse uma venda nos olhos e não enxergasse que a equipe como um todo estava em perigo e eu confrontando com o mesmo na tentativa de zelar por todos, exigi que ao menos ele avaliasse as condições do paciente, o mesmo me empurrou novamente três vezes. (E10,M, 34 anos).

É necessário destacar, no discurso de E10, que o conflito, nesse caso, aconteceu pela existência de uma relação invisível de subordinação entre os envolvidos. E para elucidar essa temática é preciso considerar a visão dos interacionistas sobre o fato de a sociedade ser representada por uma estrutura vertical, baseada em uma complexa rede de valores que classifica em hierarquias as coisas, os gestos e as pessoas (RÜDGER, 2011).

Essa estrutura simbólica representada pela sociedade se baseia no fato de que os *símbolos* interagem hierarquicamente, de acordo com os valores que eles possuem para os envolvidos. Sob a ótica da comunicação, a sociedade é

considerada um processo horizontal, predominando o contato face a face, dando a ideia de que todos estão no mesmo nível. Entretanto, quando existe uma orientação vertical nas hierarquias de valores, é provável que haja disputa entre os indivíduos, tornando a sociedade palco de inúmeros conflitos. Isto acontece devido à criação e à sustentação das hierarquias simbólicas em um sistema de poder entre as pessoas (RÜDGER, 2011).

A partir do exposto, é possível afirmar que o ambiente hospitalar e as relações de poder existentes entre os profissionais que atuam nesse cenário contribuem para que o conflito aconteça e são intensificados pela tensão presente no cotidiano desses trabalhadores.

Acerca das condições de trabalho como desencadeadoras da violência ocupacional, E7 acredita que [...] *A população possui a impressão de que é mal atendida, mas não é, estamos sobrecarregados.* (E7, F, 50 anos) e, por sua vez, E5 relata:

Hoje, por exemplo, o paciente chegou às três horas da manhã, quando fui fazer o antibiótico já eram oito horas. Veja só quantas horas ficou sem. Quando eu cheguei para fazer o medicamento a mulher estava nervosa, já chegou querendo bater. Eu disse: “Calma, eu estou chegando agora”. Ela já descarregou tudo que estava sentindo. No corredor várias macas, um intubado na sala de sutura, provavelmente o turno deve ter sido corrido, às vezes falta funcionário. Tem gente que não consegue trabalhar mesmo, pega atestado. A sobrecarga interfere no atendimento, daí quem estiver na frente recebe a agressão. Outra senhora arremessou uma cadeira no vidro quando eu fui explicar a nossa situação na sala de emergência (E5, M, 30 anos).

As características estruturais e organizacionais mencionadas no discurso de E5 reafirmam as condições precárias dos serviços de urgência e emergência, devido à elevada demanda por atendimento, ocasionando a superlotação, com conseqüente sobrecarga de trabalho para esses profissionais (DAL PAI; LAUTERT, 2008).

As razões pelos quais a violência sobre os trabalhadores de enfermagem acontecem são diversas, mas todas estão relacionadas ao processo de trabalho, seja pela demora na prestação de serviços, disputa pelo poder ou pela condição patológica dos pacientes.

O significado da violência física ocupacional para o trabalhador: sentimentos de fragilidade

Para analisar os significados da violência física ocupacional utiliza-se o conceito de *self-interaction* proposto por Blumer (1969), que, de acordo com essa perspectiva teórica, os atores sociais interagem através desses significados, estabelecendo um perfil cognitivo da realidade que é constantemente alterado e transformado como resultado das linhas de interação (BLUMER, 1969).

Os significados canalizam interações sociais que, em troca, transformam a estrutura dos significados. Entretanto, as interações não estão apenas situadas em nível coletivo, mas também em nível individual. Isso quer dizer que os atores também interagem e se comunicam com eles mesmos.

Quando o trabalhador relata que [...] *a agressão física só possui significado se o agressor tiver relação pessoal com a vítima. Quando se trata de receber uma agressão física de um profissional, a vontade é de permanecer sem conversar por anos, neste caso, já faz cinco anos, que é o tempo que eu trabalho na Instituição (E4, M, 40 anos)*. A pessoa está no processo de *self-interacion* no nível individual, ou seja, ele estabelece significados próprios para a situação de violência e considera significativa a agressão física caso ela seja praticada por alguém próximo, no caso, um colega de trabalho.

Alguns relatos mostram sentimentos advindos da situação de insegurança no local de trabalho e evidenciam ainda mais o processo de *self-interacion*:

[...] Dá medo trabalhar no pronto-socorro, é uma porta aberta. Me sinto vulnerável. Não verei um colega seu sendo agredido e não fazer nada. Eu tenho um filhinho pequeno em casa, imagine se eu sou agredido de tal forma, que eu fique com sequelas? [...] Da mesma forma que o paciente está amedrontado, nós também estamos. Às vezes é melhor ser um covarde vivo do que um valente morto (E8, M, 35 anos).

O trabalhador, na maioria das vezes, se sente impotente, angustiado e com medo de reagir às agressões. O sentimento do trabalhador pode variar de acordo com as situações e repercussões graves que podem, de fato, acontecer. Para que esse medo não provoque adoecimento no trabalho, os riscos

existentes no ambiente devem ser reduzidos (COSTENARO; LACERDA; FERREIRA, 2008), o que pode, provavelmente, ser alcançado com melhoria na organização e nas condições do trabalho.

O fato de sofrer violência em seu próprio local de trabalho mostra aos trabalhadores de enfermagem o quanto estão vulneráveis a esses fenômenos e alguns acreditam ser possível relevar o ato quando este é praticado por alguém que naquele momento não possui condições de discernir entre o certo e o errado.

Ao qualificar e atribuir significados à agressão física alguns entrevistados realizaram comparações com outras profissões:

Eu acho que a profissão semelhante a nossa é a polícia, também recebem agressões, mas são mais respaldados, eles estão armados, tem cassetete, algemas, arma e, nós? (E2, M, 36 anos).

[...] Se jogar uma lona aqui em cima, vira circo [...] (E9, F, 41anos).

[...] Eu me questiono, deveria ter feito direito ou ter escolhido trabalhar em um banco. É que de certa forma eu gosto, tem que gostar, mas é triste, várias vezes durante o dia eu penso em desistir. Por que eu apanhei? Nunca havia apanhado na vida. (E11, F, 31 anos).

A compreensão dos trabalhadores agredidos em relação à violência sofrida é de desvalorização, chegando ao ponto de questionar o fundamento de exercer a profissão e a importância desta para a sua vida. Considerando-se que a profissão faz parte da identidade pessoal, ser agredido faz com que os próprios valores sejam inferiorizados, principalmente quando a vítima é mulher.

A equipe de enfermagem, em sua maioria, é composta por mulheres, a qual, muitas vezes, pode sofrer violência com o autoritarismo e a dominação por parte da equipe médica que, algumas vezes, está representada na figura masculina (ESCORSIM, 2014).

As entrevistadas acreditam que [...] *O fato de ser mulher já é um fator predisponente, a impressão que eu tenho é que os homens são mais respeitados. Sempre precisamos da ajuda deles, são sempre requisitados. (E12, F, 28 anos).*

Os próprios colegas de trabalho identificam que a questão de gênero é uma realidade e afirmam [...] *Já defendi muitas colegas de trabalho, porque essa é a função do homem, as mulheres são delicadas, um chute causa consequências maiores nelas [...]* (E14, M, 39 anos). [...] *Mulher é alvo fácil [...]* (E3, M, 38 anos).

As narrativas indicam a fragilidade do sexo feminino diante das agressões físicas, demonstrando que as mulheres são consideradas alvos fáceis.

Reforçando a importância de se discutir sobre a desigualdade de gênero, a Conferência Rio+, o futuro que queremos, desenvolveu um conjunto de metas de desenvolvimento sustentável e as respectivas ações da Assembleia Geral em sua 68ª sessão, sendo coerentes com a agenda de desenvolvimento da ONU para além de 2015. Uma das 16 metas é alcançar a igualdade de gênero e capacitar todas as mulheres, e uma das ações propostas é a de eliminar todas as formas de violência contra as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas (THE GLOBAL GOALS, 2015).

Um marco para o reconhecimento dessa desigualdade foi a criação da Lei Maria da Penha (CORREA, 2011). De fato, a questão da diferença de gênero é algo a ser discutida, pois existe uma condição histórica de opressão, subjugação e violência contra a mulher, resultado de uma cultura conservadora fundamentada em padrões patriarcais e sexistas que reafirmam a desigualdade, naturalizando a discriminação e a violência.

Outros estudos (VASCONCELLOS; ABREU; MAIA, 2012; BARBOSA et al., 2011; VELLOSO; ARAÚJO; ALVES, 2011) também fazem o mesmo diagnóstico quanto à necessidade de uma nova postura profissional, alicerçada na reflexão sobre as influências de gênero, a sobrecarga de trabalho, o estresse e a inferioridade da qualidade da assistência, somados à insatisfação dos familiares e pacientes, causando as agressões.

A interferência da violência no processo de trabalho é apenas a ponta de um *iceberg*, considerando-se que o problema é muito mais amplo e deve ser objeto de políticas específicas pelo poder público visando à melhoria no atendimento à população a partir da melhor compreensão do processo de trabalho em saúde.

Reação dos trabalhadores frente à agressão física ocupacional

Os entrevistados citaram algumas características individuais, deixando evidente que são fundamentais na gênese do fenômeno em estudo:

[...] Depois eu me arrependi, porque falei que não era obrigada a cuidar dele (E7, F, 50 anos).

[...] Pra mim tanto faz. Se o paciente me trata bem eu também trato, se não eu não levo adiante, eu sei que no final das contas receberei meu pagamento, independente das situações que eu vivenciei e independente do número de pacientes que eu atendi [...] (E9, F, 41 anos).

As características individuais mencionadas acima mostram discrepância entre as duas entrevistadas e para discutir sobre essa diferença é preciso resgatar a teoria ética de Mead, que valoriza a concepção de que o homem ser um indivíduo social que desenvolve a própria personalidade (*self*) mediante processos interativos de comunicação e interação com outros indivíduos. A moral surge a partir da consciência e da análise dos motivos que levaram à ação (CASAGRANDE, 2014).

Cada pessoa desenvolve sua moral que é modificada à medida que se dá importância aos fatos e às vivências que fizeram da pessoa o que ela é hoje, por isso, uma mesma situação gera reações singulares em cada indivíduo.

Em relação às diversas reações dos trabalhadores frente à violência, foram citadas situações em que o agredido tenta manter a calma e sabe que qualquer ato pode prejudicar não somente a sua vida profissional, mas também sua vida pessoal. Na tentativa de autodefesa os trabalhadores desenvolvem mecanismos defensivos, entre os quais a hostilidade, com pacientes ou até mesmo com outros colegas, além de negação e distanciamento afetivo.

Os homens foram as principais vítimas de violência física ocupacional. Eles também estiveram envolvidos com as agressões perpetradas por colegas de trabalho, como foi a situação relatada pelo E10:

[...] O que me deixa feliz é que eu não levei para as vias de fato, encaminhei um relatório à supervisão, para que as medidas cabíveis fossem tomadas e que a sindicância pudesse ser aberta e o profissional fosse punido, porque eu acho que esse é o caminho correto. Temos que partir do pressuposto que existem legislações e preceitos éticos a serem seguidos. Temos que usar desses recursos para mudar a realidade. [...] Eu sou um profissional da saúde com 16 anos de experiência, já trabalhei em diversos serviços, tenho maturidade para enfrentar situações estressantes. Se fosse outra pessoa talvez a reação fosse mais drástica. [...] Meu ambiente laboral é altamente estressante e existe sim frequência de episódios de violência. A violência não é maneira mais correta de resolver situações conflituosas (E10,M,34 anos).

Em seu relato, E10 utiliza o termo maturidade para justificar suas ações diante da agressão física sofrida em seu ambiente de trabalho, o que vem ao encontro de outro estudo em que os autores também constataram que o trabalhador considera mais prudente e correto ser omissos “em favor da ética” (VELLOSO; ARAÚJO; ALVES, 2011).

Os trabalhadores também apontaram a tentativa de serem imparciais em relação aos motivos desencadeadores da agressividade. Tentam avaliar as situações sem emitir opiniões, desprovidos de valores. No entanto, a esse respeito, alguns trabalhadores relataram:

“Algumas pessoas já agrediram paciente, eu acho errado, mas a carga de estresse os levou a isso, não é o correto, não podemos agredir ninguém. [...] No meu caso eu deixei ele me bater, não reagi, porque não podia [...] (E5, M, 30 anos).

[...] Eu tenho muita fé em Deus, eu procuro compreender o lado das pessoas. Ninguém quer saber do contexto, as pessoas estão muito frias, não vejo humanidade, isso me entristece. Levantamos até muro no nosso coração, para não sentir as dores das outras pessoas [...] (E15, M, 39 anos).

[...] Ou a gente se acostuma ou pula fora. Relevamos porque sabemos que está nervoso, bêbado ou drogado, se não acabamos ficando com raiva do paciente. (E3, M, 38 anos).

[...] Eu não me aproximo mais das pessoas quando eu vou conversar com elas ou quando vou realizar algum cuidado. Porque eu não me sinto preparada para enfrentar situações conflituosas. (E12, F, 28 anos).

Quando o trabalhador diz que é preciso [...] *ficar mais calmo, tranquilo e só em último caso entrar em atrito com o paciente (E8, M, 35 anos), e que [...] Graças a Deus aconteceram várias vezes, mas ficou aqui. Saio daqui e nem fico pensando (E4, M, 40 anos)*, tem-se a ideia de que o comportamento humano é influenciado pelas interações sociais e pela interação com o próprio *self*, auxiliando as pessoas a dar significado às situações reais e a agir de forma apropriada.

De acordo com o interacionismo simbólico, acredita-se que os trabalhadores de enfermagem reagiram às situações com base nos significados que atribuem à experiência vivenciada. Ao raciocinar – interagir com o *self* – eles compreendem a necessidade de agir em prol de si mesmos, ao elaborar estratégias para minimizar as consequências da agressão sofrida.

Em alguns momentos, os trabalhadores sentiam-se imbuídos de sentimentos pessimistas [...] *Não consegui trabalhar o resto do dia. [...] Eu tenho medo dele, vai que acontece novamente?* (E7, F, 50 anos). O diálogo com seu *self* levava-os a se questionarem sobre como agiriam se o ato voltasse a acontecer, atribuindo a repetição do fato a sua condição desfavorável e falta de habilidade profissional, como quem diz que, de alguma forma, não saberiam enfrentar o agressor novamente.

Quando o trabalhador diz que é “*Evidente que não deixo a dificuldade refletir sobre o atendimento ao paciente, mas a relação com o profissional que me agrediu tornou-se mais fria e formal* (E10,M, 34 anos), ele desenvolveu uma relação fria, representada pelo *mim*, diante do profissional que o agrediu, considerando que a partir da violência física praticada pelo outro não é possível restabelecer a relação existente anteriormente ao fato. A reflexão desta situação é a tradução do *self*, mas precisamente na fase do *mim*, por organizar conscientemente suas ações diante do fato.

Para finalizar, uma resposta referente à preocupação da equipe que preza pela segurança da população:

[...] A população revida na equipe de enfermagem, somos a válvula de escape deles, meu único receio são eles serem nossa válvula de escape também [...] (E12, F, 38 anos).

O Interacionismo Simbólico parte do pressuposto de que as ações dos indivíduos são orientadas de acordo com os seus próprios interesses, mas ultrapassá-los é condição para a pessoa evoluir em sua capacidade de julgar e de orientar suas ações, considerando que o egoísmo acontece apenas para os indivíduos sem capacidade de olhar para além de si mesmos (CASAGRANDE, 2014). Por isso, a equipe de enfermagem, diante de todas as dificuldades mencionadas neste estudo, precisa desenvolver competência para utilizar o juízo moral e levar em consideração os interesses de todos os envolvidos, evitando que as reações não ultrapassem os limites impostos pela ética profissional.

Sugestões dos trabalhadores de enfermagem para o enfrentamento da violência física ocupacional

A presente categoria evidenciou que muitos dos trabalhadores reconhecem que estão expostos aos episódios de violência em seu ambiente de trabalho, enfatizando serem estes episódios os que mais os preocupam.

[...] Eu acho que deveria ter um protocolo, todo paciente que chega psiquiátrico, em surto, tem que retirar todos os pertences, entregar para o familiar, retirar a roupa do paciente e colocar a do hospital já de imediato [...] (E1, M, 47 anos).

Essa sugestão dada por um dos trabalhadores justifica-se pelos inúmeros casos de pacientes portando objetos que possam ser utilizados como arma para ferir os trabalhadores:

[...] Uma vez o paciente ficou uma noite e um dia com uma lata de solvente de tinta dentro do quarto. Só depois no outro dia é que fomos revistá-lo e a lata estava no meio das pernas dele, em cima da cama. Normalmente nós olhamos, mas não sei como aconteceu. Foi um descuido [...] (E4, M, 40 anos).

[...] Ele estava com a roupa do hospital e escondendo uma faca dentro do bolso, descobrimos a tempo, mas permaneceu com ela por três dias [...] (E1, M, 47 anos).

As demais sugestões consideram a ausência de políticas públicas e da própria inadequação do desenvolvimento profissional:

[...] Eu acho que toda violência deveria ser aberto Cat/notificação, para pelo menos identificar os casos, porque no meu caso não foi relatado, ninguém sabe que aconteceu isso [...] Não notificar os casos de violência ocupacional é um desrespeito, uma desvalorização dos trabalhadores [...] (E6, F, 55 anos).

A questão da violência é caso de ação educativa, tem que educar a população, esclarecer sobre a forma de atendimento, sobre o acolhimento e a triagem (E5, M, 30 anos).

[...] Deveria existir um serviço de apoio psicológico para conversar com o funcionário, dar conforto, porque ninguém pergunta se você está bem ou se precisamos descansar, como que está a mente, porque se a pessoa não for estruturada pode até cometer um erro no trabalho, por estresse. (E1, M, 47 anos).

[...] É preciso investir em treinamento [...] (E8, M, 35 anos).

A violência atinge amplos segmentos da sociedade e atualmente vem surgindo de maneira ampla, considerada um grave fator de precarização da vida. Ao mesmo tempo em que influencia a sociedade, é a própria sociedade que a pratica. É preciso ter estrutura política para que esta realidade seja enfrentada. Nacionalmente, as políticas de combate à violência não são articuladas e enfrentá-la requer mobilização social (PIROTTA, 2013).

Processualmente, ao se analisar as narrativas dos entrevistados pela visão interacionista, pode-se afirmar que os trabalhadores identificam a necessidade de ações públicas e de apoio ao trabalhador da saúde. É nessa busca por alternativas que o trabalhador demonstra utilizar a inteligência reflexiva, definida como a capacidade de resolver problemas e desafios enfrentados diariamente pelas pessoas. Ou seja, é por meio da convivência e da interação com outros indivíduos que se desenvolve a inteligência reflexiva (CASAGRANDE, 2014).

A inteligência reflexiva desenvolvida pelos trabalhadores, a partir dos episódios de violência, aborda questões individuais e coletivas. Assim, as várias expressões de violência anunciam um risco para a sociedade. E, como destaca Arendt (1999), o fato de a sociedade ser desigual e injusta, formada por

relações de interesse, da pouca importância dada aos valores e da fragilidade do sistema criminal, estabelece uma cultura de violência estrutural, de desrespeito e de impunidade.

Devido à complexidade do relacionamento humano e às características próprias do homem, as relações entre as pessoas que convivem no ambiente hospitalar acontecem de forma hostil (SQUASSANTE; ALVIM, 2009; VASCONCELLOS; ABREU; MAIA, 2012). Por isso, é preciso dar importância a situação instalada nos serviços de saúde no que se refere à atenção à saúde de toda a equipe, principalmente porque a enfermagem encontra-se em uma situação de precariedade.

Apesar da gravidade das repercussões da violência ocupacional, poucos são os esforços gerenciais, notados pelos funcionários, a respeito da redução dessas situações.

A reflexão realizada pelos participantes deste estudo corrobora o lento desenvolvimento do campo da saúde do trabalhador que, nos últimos 25 anos, se encontra em uma situação paradoxal, devido ao atraso na implantação de políticas efetivas. A realidade de alguns estabelecimentos revela graves problemas estruturais quanto a recursos materiais, profissionais, salariais, dentre outros aspectos. Além disso, observa-se a falta de iniciativas de caráter intersetorial para o desenvolvimento de ações no próprio setor saúde e que possam ser implantadas em nível nacional (LACAZ, 2010).

Desse modo, o trabalhador sente-se desamparado e cansado de resolver questões tão complexas e intensas como a de violência no local de trabalho nas instituições de saúde, provocada ou não pelos usuários. Achados de uma pesquisa realizada em Belo Horizonte- MG, BR, em unidades básicas de saúde, também identificaram que as características organizacionais, como o não oferecimento de infraestrutura, também são forma de violência, gerando conflitos entre profissionais e usuários (VELLOSO; ARAÚJO; ALVES, 2011).

Nos últimos anos, os enfermeiros têm assumido, crescentemente, cargos de gestão de serviços de saúde, o que os coloca na condição de

formuladores e executores de políticas de atenção. Portanto, a compreensão e concepções que esses profissionais possuem sobre violência e seus efeitos tendem a repercutir ou influenciar o modo de tratar as vítimas no dia-a-dia de trabalho. Se entenderem a saúde como um processo determinado por múltiplos fatores individuais e sociais, possivelmente terão mais facilidade de incluir a violência como problema, de modo que poderão influir no desenvolvimento de políticas, programas e ações especiais de prevenção, controle e assistência voltados às vítimas e também notificar esses casos (SOUZA; SANTANA, 2007).

Em relação à notificação da violência, os estados e municípios brasileiros dispõem, em seus sistemas de saúde, basicamente, de três tipos de dados acerca da violência: os do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Agravos de Notificação e os do Sistema de Informações Hospitalares – Sistema Único de Saúde (SIHSUS) (NJAINÉ; REIS, 2005).

Entretanto, além da subnotificação nesses sistemas, a maior limitação em termos de informação é a ausência de um sistema de registros dos casos de violência que não chegam a óbito e que também não demandam internação, ou seja, a violência que chega aos ambulatórios e serviços da rede básica de forma crônica e não aguda. Por esse motivo, o Ministério da Saúde tomou a iniciativa de convocar os estados e municípios para elaborarem um instrumento que atendesse a essa lacuna: a “Ficha de Notificação/Investigação individual – Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências Interpessoais” (GALVÃO; DIMENSTEIN, 2010).

Porém, esse é outro aspecto problemático envolvendo os trabalhadores, pois o instrumento é dirigido aos usuários. Isso não compromete a legitimidade do protocolo, mas aponta para a necessidade de se pensar ações e políticas dirigidas aos profissionais de saúde, no que tange à violência. Ainda nessa perspectiva, a violência demanda uma escuta diferenciada, e notificar a violência não é o mesmo que notificar a dengue (GALVÃO; DIMENSTEIN, 2010). Por isso, a magnitude da violência ocupacional e sua amplitude não possuem a visibilidade que merecem, o que faz com que o trabalhador, vítima de agressões, se transforme em um ser invisível aos olhos da sociedade.

A discussão, no entanto, vai além da criação de políticas públicas ou de treinamento. Alguns participantes verbalizam que [...] *É necessário criar protocolos aos pacientes agressivos* (E3, M, 38 anos), ou que [...] *São poucos os médicos que medicam os pacientes. Deveria ser padronizado. Porque eles esperam chegar ao extremo, espera a pessoa se revoltar, quebrar as coisas, falar que vai fugir e somos nós que contornamos a situação [...]* (E2, M, 36 anos).

As falas acima evidenciam que o poder simbólico da Medicina torna-se objeto de desejo para esses profissionais, pois, ao mencionarem a necessidade da criação de protocolos no atendimento, relatam que os remédios devem ser prescritos por outros profissionais. Ou seja, a força de trabalho da enfermagem, apesar de se configurar a maior em termos quantitativos, anula sua autonomia no atendimento ao paciente. Dessa forma, na resolução do conflito, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem constituem um aglomerado de profissionais desunidos e subordinados (LESSA; ARAÚJO, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar este estudo destaca-se que a problemática da violência ocupacional é um grande desafio que deve ser diariamente enfrentado pela equipe de saúde e principalmente pela enfermagem. Porém, convém mencionar que esse fenômeno, de certa forma, é também um desafio para a sociedade, considerando-se a dificuldade de muitas empresas de compreenderem e resolverem a violência no local de trabalho e ativarem desenvolver medidas preventivas, como as levantadas neste estudo.

Tem-se, então, um ciclo, no qual as situações de violência são cada vez mais responsáveis pelo adoecimento dos trabalhadores de enfermagem, os quais sentem-se desvalorizados diante das inúmeras agressões vivenciadas, fazendo emergir sentimentos ambíguos em relação a sua própria atuação profissional.

Sendo assim, os episódios de violência ocupacional, em suas diferentes formas e intensidades, devem ser minimizados, de maneira que

quaisquer atos de violência exercidos contra um profissional da saúde não sejam considerados inerentes à profissão e devem ser reconhecidos enquanto crime e prevista sua punição em lei.

Cabe aos trabalhadores de enfermagem, ao desenvolverem suas atividades de cuidado, acreditar que são protagonistas na mudança desse grave cenário. Infelizmente, a violência ocupacional é pouco conhecida nas estatísticas oficiais, e o seu combate ainda não é prioridade na definição das políticas públicas.

Acredita-se ainda que as iniciativas dos gestores devem partir da sensibilidade e do conhecimento que eles têm sobre a violência, desde o seu conceito até suas repercussões, levando em consideração que a notificação desse fenômeno permanece oculto no próprio processo de trabalho e que sua visibilidade pode contribuir com a mudança desse cenário desprotegido.

Ao invés de se pretender uma política que dê conta da totalidade e da complexidade do fenômeno, neste estudo corrobora-se a importância de articular as políticas de saúde do trabalhador e de humanização para pensar ações dirigidas ao profissional de saúde, acrescentando-se, como proposta, que essa articulação contemple também as políticas de enfrentamento da violência.

É preciso romper o silêncio sobre a violência ocupacional, buscando-se entender as contradições das relações hierárquicas e desiguais, na qual estão envolvidas relações de gênero, classe, idade, entre outras, portanto, recomenda-se que estudos sobre essa temática sejam desenvolvidos em outros cenários assistências.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. G. B. **A violência da sociedade contemporânea**. Prefácio de David Léo Levisky. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2010. Disponível em: <<http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/violencia.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2015.

ARENDT, Hannah. **Sobre a Violência hoje**. São Paulo. Civilização Brasileira, 1999.

BALDIN, N.; MUNHOZ, E. M. B. Educação ambiental comunitária: uma experiência com a técnica de pesquisa snowball (bola de neve). **Revista Eletrônica do Mestrado em Educação Ambiental**, Rio Grande, v. 27, n. 2, 2011. Disponível em: <<http://www.seer.furg.br/remea/article/view/3193/1855>>. Acesso em: 30 jun. 2015.

BARBOSA, R et al. Violência psicológica na prática profissional da enfermeira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.45, n.1, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000100004&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 ago. 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BLUMER. H. **Symbolic interactionism: perspective and method**. Berkeley: University of California Press, 1969.

CASAGRANDE, C. A. **G. H. Mead e a educação**. Belo Horizonte: Autentica, 2014.

CORRÊA, R. C. (Org.). **O enfrentamento à violência doméstica e familiar contra a mulher**: uma construção coletiva. Conselho Nacional de Procuradores-Gerais, 2011. <<http://www.mppr.mp.br/arquivos/File/cartilhaViolenciaContraMulherWeb.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2015.

COSTENARO, 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. **Revista Gaucha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 3, 2008. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/6778/4081>>. Acesso em: 20 set. 2015.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. Trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde das profissionais de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 439- 444, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/16975/18868>>. Acesso em: 5 set. 2015.

DANTAS-BERGER, S. M.; GIFFIN, K. M. Serviços de saúde e a violência na gravidez: perspectivas e práticas de profissionais e equipes de saúde em um hospital público no Rio de Janeiro. *Interface: Comunicação, Saúde Educação* (Botucatu), v. 15, n. 37, p. 391-405, 2011.

ESCORSIM, S. M. Violência de gênero e saúde coletiva: um debate necessário. **Revista Katál**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 235-241, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v17n2/1414-4980-rk-17-02-0235.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2015.

GALVÃO, V. A. B. M.; DIMENSTEIN, M. A VIOLÊNCIA E O PROTOCOLO DE NOTIFICAÇÃO COMO ANALISADORES DOS PROCESSOS DE TRABALHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 2, n. 3, 2010. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1074>>. Acesso em: 10. nov. 2015.

LACAZ, F. A.C. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: desafios e dificuldades. In: LOURENÇO, E. et al. (Org.). **O avesso do trabalho II: trabalho, precarização e saúde do trabalhador**. São Paulo: Expressão Popular, 2010. p. 199-230.

LESSA, A. B. S. L; ARAÚJO, C. N. A enfermagem brasileira: reflexão sobre sua atuação política. **REME: Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte**, v. 17, n. 2, 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/664>>. Acesso em: 20 set. 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NJAINE, K.; REIS, A.C. Qualidade da informação sobre acidentes e violências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: MS, p.313-340. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: OMS; 2002.

PIROTTA, K. C. M. Enfrentamento da violência pela saúde. **BIS: Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 3, 2013. Editorial. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bisvl3_miolo.pdf>. Acesso em: 04 set. 2015.

RUDGER, F. A escola de Chicago e o interacionismo simbólico. In: _____. **As teorias da comunicação**. Por Alegre: Penso, 2011. p. 37-48.

SQUASSANTE, N. D.; ALVIM, N. A. T. Relação equipe de enfermagem e acompanhantes de clientes hospitalizados: implicações para o cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 11-17, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/02.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2015.

SOUZA, M. M. T, et al. Sofrimento e precarização do trabalho em enfermagem. **Revista Pesquisa: Cuidado é Fundamento**, Rio de Janeiro, v. 7. n. 1, p. 2072-2082, 2015.

THE GLOBAL GOALS. **Igualdade de gênero**. Brasil, 2015. Disponível: <<http://www.globalgoals.org/pt/global-goals/gender-equality/>>. Acesso em: 10 set. 2015.

VASCONCELLOS, I. R. R.; ABREU, A. M. M.; MAIA, E. L. Violência ocupacional sofrida pelos profissionais de enfermagem do serviço de pronto atendimento hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 167-175, 2012.

VELLOSO, I. S. C.; ARAUJO, M. T.; ALVES, M. Trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde na interface com a violência. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 4, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n4/a04v24n4.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2015.

Manuscrito 2

Significado da Violência Física Ocupacional para o Trabalhador de Enfermagem na Dinâmica Familiar e Social

“Violência gera violência, os fracos julgam e condenam porém os fortes perdoam e compreendem”.

AUGUSTO CURY

Este manuscrito responde ao seguinte objetivo desta pesquisa:

- Apreender o significado da violência física ocupacional para o trabalhador de enfermagem em sua dinâmica familiar e social.

SIGNIFICADO DA VIOLÊNCIA FÍSICA OCUPACIONAL PARA O TRABALHADOR DE ENFERMAGEM NA DINÂMICA FAMILIAR E SOCIAL

RESUMO

Neste estudo teve-se o objetivo de apreender o significado da violência física ocupacional para o trabalhador de enfermagem em sua dinâmica familiar e social em serviços de urgência e emergência hospitalares. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, desenvolvida por meio de entrevistas individuais, fundamentada no referencial teórico do Interacionismo Simbólico. A pesquisa aconteceu em serviços de urgência e emergência de dois hospitais de média complexidade, localizados em uma cidade de grande porte do norte do Paraná. A análise das entrevistas tomou por base o perfil dos trabalhadores e permitiu resgatar três categorias: 1) Fragilidades percebidas pelos trabalhadores de enfermagem frente à violência ocupacional; 2) A decisão de compartilhar com a família sobre a violência vivenciada no local de trabalho; 3) Percepção do trabalhador de enfermagem sobre como a sociedade os vê. Os trabalhadores relataram sentir-se despreparados para enfrentar a agressividade advinda da população e utilizam a mente (reflexão) para questionar sua realidade. A dinâmica familiar variou de acordo com o gênero. As mulheres relataram compartilhar as vivências de agressividade física com sua família. Em contrapartida, os homens evitam informar suas esposas e filhos sobre esses atos, pois, culturalmente, são considerados mais fortes e devem enfrentar essas situações sem a necessidade de compartilhá-las. Identificou-se também a forma como a cultura está enraizada na sociedade a ponto de interferir no processo de trabalho em saúde, pois, na visão do trabalhador, essa população o despreza e por isso o agride fisicamente.

DESCRITORES: Enfermagem; Violência no trabalho; Serviço de urgência e emergência.

MEANING OF OCCUPATIONAL PHYSICAL VIOLENCE IN NURSING STAFF'S POINT OF VIEW IN FAMILY AND SOCIAL DYNAMICS

ABSTRACT

This study aimed to learn the meaning of occupational physical violence in nursing staff's point of view in their family and social dynamics in hospital emergency services. This is a qualitative approach research developed through individual interviews based on the theoretical framework of Symbolic Interaction. The research took place in emergency departments from two hospitals of medium complexity, located in a big city of northern Paraná. The data analysis was based on the workers' profile and enabled to identify three categories: 1) Weaknesses perceived by nursing staff across the occupational violence; 2) The decision to share with their family about the violence experienced in the workplace; 3) Nursing workers' perception about how society sees them. The workers reported to be feeling unprepared to face the rising aggressiveness of the population and they use their mind (reflection) to question their reality. The family dynamics varied according to gender. The women reported that they share physical aggression experiences with their family. In contrast, the men avoid informing their wives and children on such acts because, culturally, they are considered stronger and should face these situations without the need to share them. It was also identified how culture is rooted in society as to interfere with the health work process, because as workers see it, this population despises them and therefore attacks them physically.

KEYWORDS: Nursing. Violence in the workplace. Urgency and emergency service.

SIGNIFICADO DE VIOLENCIA FÍSICA OCUPACIONAL PARA EL TRABAJADOR DE ENFERMERÍA EN LA DINAMICA FAMILIAR Y SOCIAL

RESUMEN

En este estudio se tuvo el objetivo de aprender el significado de violencia física ocupacional para el trabajador de enfermería en su dinámica familiar y social en servicios de urgencia y emergencia hospitalaria. Se trata de una pesquisa con abordaje cualitativo desarrollado por medio de entrevistas individuales, fundamentada en el referencial teórico del Interaccionismo Simbólico. La pesquisa fue llevada a cabo en servicios de urgencia y emergencia de dos hospitales de media complejidad, localizados en una ciudad de grande porte del norte del Paraná. El análisis de las entrevistas se fundó en el perfil de los trabajadores y permitió rescatar tres categorías: 1) Debilidades percibidas por el personal de enfermería a través de la violencia laboral; 2) La decisión de compartir con la familia sobre la violencia vivida en el local de trabajo; 3) Percepción del trabajador de enfermería sobre cómo la sociedad los ve. Los trabajadores relataron sentirse no preparados para enfrentar la agresividad que surge de la población y utilizan su mente (reflexión) para cuestionar su realidad. La dinámica familiar varió de acuerdo con el género. Las mujeres relataron compartir las vivencias de agresividad física con su familia. En contrapartida, los hombres evitan informar a sus esposas e hijos sobre esos hechos, pues, culturalmente, son considerados más fuertes y deben enfrentar esas situaciones sin la necesidad de compartirlas. Se identificó también la forma cómo la cultura está arraigada en la sociedad a punto de interferir en el proceso de trabajo en la salud, pues, en el punto de vista del trabajador, esa población lo desprecia y por eso lo agrede físicamente.

DESCRIPTORES: Enfermería. Violencia en el trabajo. Servicio de urgencia y emergencia.

INTRODUÇÃO

A violência acompanha o homem desde sempre, mas se caracteriza de maneiras e em contextos diferentes ao longo do tempo. Não há como não identificar uma ação ou situação violenta, porém conceituá-la é complexo, considerando-se que os motivos ou sentimentos que a envolvem podem ter múltiplos significados ou serem contraditórios, dependendo da cultura, da situação e das condições nas quais elas acontecem (LEVISKY, 2010).

A violência ocupacional é considerada por Oliveira e Nunes (2008, p. 30) “como toda ação voluntária de um indivíduo ou grupo contra outro indivíduo ou grupo que venha a causar danos físicos ou psicológicos, ocorrida no ambiente de trabalho [...]”.

Quando se trata de violência no ambiente hospitalar, a enfermagem, por representar o maior contingente da força de trabalho e ser responsável pela assistência e gestão nas 24 horas, é considerada a equipe que mais sofre com a inadequada condição de trabalho, expondo-se a riscos ocupacionais, como a violência (TRINDADE et al., 2014).

Esses profissionais se deparam constantemente com sofrimentos, medos, conflitos, tensões, disputa pelo poder, convivência com a vida e a morte, longas jornadas de trabalho, violência, entre tantos outros fatores inerentes ao cotidiano desses trabalhadores. Por isso é importante que o trabalho da equipe de enfermagem seja compreendido em todos os seus aspectos, culturais e sociais, destacando-se o entendimento de questões que envolvam a produção social da subjetividade, da saúde física e da saúde mental desses trabalhadores (MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010).

A partir do exposto, percebem-se importantes as informações sobre as condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde, atentando-se para as análises dos processos de trabalho e das características individuais para que se possa determinar a magnitude do problema. Portanto, ao se analisar o trabalhador como indivíduo social, é necessário destacar o contexto social no qual ele se insere e a dinâmica familiar da qual faz parte.

Tradicionalmente, a família se constitui e se transforma de acordo com as relações da sociedade. No grupo familiar, experimentam-se sentimentos e vivências em cuidar do outro, o que ganha mais intensidade quando há algum membro da família com um problema de saúde (SOUZA et al., 2009). É nesse sentido que é importante o movimento para se entender a repercussão da violência ocupacional na dinâmica familiar, pois esta é considerada fonte primária na qual o indivíduo busca solução para algo que afeta o seu bem-estar, constituindo-a, assim, um sistema de suporte.

Com base nesse panorama, nesta pesquisa teve-se o objetivo de apreender a significado da violência física ocupacional para o trabalhador de enfermagem em sua dinâmica familiar e social.

MÉTODOS

Neste estudo reúnem-se a descrição e a interpretação das repercussões na dinâmica familiar e social dos trabalhadores vítimas da violência física ocupacional em unidades de urgência e emergência hospitalares. Para tanto, foi utilizada uma pesquisa com abordagem qualitativa, privilegiando as narrativas dos trabalhadores de enfermagem e proporcionando uma aproximação do pesquisador com a realidade destes indivíduos.

Nesta pesquisa, em busca da construção da realidade desses trabalhadores, utilizou-se a entrevista com roteiro semiestruturado para compreender os aspectos envolvidos na perspectiva familiar e social. Para tanto, tomam-se os significados expressos nas falas dos respondentes na tentativa de analisar a violência ocupacional e seus significados sob a ótica do trabalhador que a vivencia. Esses dados não podem ser quantificados em variáveis e fórmulas, pois não é possível mensurar os significados interpretados pelos envolvidos na agressão física (MINAYO, 2010).

Descrição, compreensão e interpretação das narrativas desses trabalhadores em relação ao fato de serem vítimas da agressão física ocupacional e sua representatividade familiar e social, são as fases desta pesquisa. Vale

ressaltar que as narrativas sobre a vivência do entrevistado acontecem quando o pesquisador convida-o a relatar uma situação em específico. Nesse sentido, busca-se compreender através dos relatos um fragmento particular da realidade das pessoas e como elas se relacionam com aquele objeto de estudo (BERTAUX, 2010).

O método aqui adotado é o da amostragem “bola de neve” (*snowball sampling*), o qual pressupõe que há uma relação entre os participantes da pesquisa dada pela característica de interesse, ou seja, os membros são capazes de indicar outros que compartilham do mesmo fenômeno estudado (BALDIN; MUNHOZ, 2011).

Na tentativa de identificar os primeiros participantes e assim dar início à coleta de dados, foi realizado um sorteio entre 16 trabalhadores vítimas de agressão física. Esses trabalhadores participaram de um estudo realizado, em 2013, pelas mesmas autoras desta pesquisa, também sobre violência ocupacional e nos mesmos hospitais de média complexidade adotados para este estudo.

No estudo realizado em 2013 utilizou-se um questionário para identificar e caracterizar os episódios de violência no trabalho nos doze meses que antecederam o preenchimento do questionário *Survey of Violence in the Workplace for Health Care Workers* adaptado na dissertação de Erdmann (2010) e disponível no AMERICAN FEDERATION OF STATE, COUNTY AND MUNICIPAL EMPLOYEES (1998).

Participaram da pesquisa 100 trabalhadores de enfermagem dos 124 elegíveis. Durante o período de coleta dos dados, 19 trabalhadores encontravam-se em licença saúde ou em licença maternidade, e cinco se recusaram a participar da pesquisa.

A porcentagem de trabalhadores de enfermagem que esteve envolvida com violência ocupacional nos últimos 12 meses do preenchimento do questionário foi igual a 96%, e, destes, 16,6% sofreram agressão física. Então foi nesse grupo de 16 pessoas que foram buscados os dois primeiros trabalhadores, um de cada hospital.

Por coincidência, os dois primeiros sorteados haviam sofrido violência física no ambiente de trabalho recentemente, respeitando-se o critério de inclusão, por isso fizeram parte deste estudo. Cabia a cada um dos dois participantes indicarem um colega de trabalho que nos últimos 12 meses também tivessem sofrido violência física no ambiente de trabalho.

Os episódios de violência nas unidades de emergência e urgência envolveram mais de um trabalhador por situação, facilitando a indicação dos próximos participantes.

Conforme iam sendo indicados, os trabalhadores foram convidados a participar do estudo. Os encontros ocorreram mediante agendamento realizado por contato telefônico com as coordenadoras, e em visita nas unidades para a definição do dia e horário dos encontros com os participantes do estudo. As entrevistas foram realizadas em salas cedidas pela supervisão de enfermagem dos respectivos hospitais.

No primeiro contato, foi esclarecido a cada um dos participantes o propósito do estudo, solicitando-se a sua participação voluntária. O período de coleta aconteceu em diferentes dias e horários, no período de março a maio de 2015. Todos os trabalhadores indicados por seus colegas de trabalho aceitaram participar da pesquisa.

A entrevista possibilita produzir discursos e narrativas com riqueza de detalhes, além de revelar a visão da pessoa sobre determinado assunto. Na pesquisa qualitativa, a entrevista permite a escuta ativa por parte do pesquisador, encorajando os participantes a revelarem suas experiências com suas próprias palavras, e, sendo assim, o pesquisador deve evitar inferir e estabelecer juízo de valor (GODOI; MATTOS, 2010).

Assim, por meio da entrevista foi possível coletar informações relacionadas às experiências vivenciadas a respeito da violência física ocupacional e as ações dos trabalhadores frente a essas situações. E no intuito de caracterizar o perfil dos participantes foram levantadas informações sobre idade, estado civil, ano de conclusão de curso e o tempo de atuação na instituição.

O resultado deste estudo, que foi a violência física ocupacional sofrida, foi obtido a partir das seguintes perguntas: *Quando ocorreu o episódio de violência física?*; e *Como aconteceu? Conte-me sobre o ocorrido...*”. Para desvelar o significado e as consequências da violência sofrida foram utilizadas as perguntas: *O que significou para você, ter sofrido a violência física?* e *Qual foi a repercussão em sua vida pessoal?*. Em relação às maneiras de enfrentar a situação, foi feita a seguinte pergunta: *Como foi voltar no dia seguinte?*

Para garantir o anonimato dos trabalhadores foi denominado um código de letras, seguido por um número indicativo da ordem da entrevista, pelas letras F ou M, indicando sexo feminino ou masculino, e um último número indicativo da idade dos participantes (E1, sexo, idade; E2, sexo, idade; E3, sexo, idade...).

O Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (UEL) conforme preconizam os preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre pesquisas envolvendo seres humanos, recebendo parecer favorável número 036268/2015.

Antes do início da coleta de dados, todas as participantes foram esclarecidas quanto aos objetivos, aos procedimentos, à garantia de sigilo de informações, ao direito de anonimato e à liberdade em participar ou não do estudo, por meio da leitura do TCLE. A partir do momento em que não houve mais dúvidas em relação à pesquisa, foi solicitada a autorização formal por escrito e cada participante recebeu uma cópia do referido termo, após assiná-lo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 16 participantes deste estudo, dez eram homens, prevalecendo a faixa etária de 30 a 40 anos; e seis mulheres com predomínio de idade entre 40 e 50 anos. Não houve perdas, considerando-se que todos os que sofreram violência física que foram abordados aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A proximidade do trabalhador de enfermagem com o usuário permite que se faça a assistência por meio de cuidados mais articulados ao contexto de vida das pessoas (GOMES et al., 2011). No entanto, essa proximidade pode significar mais vulnerabilidade do trabalhador ao sofrimento, pois ele convive com a sensação de impotência face à complexidade dos problemas relacionados ao processo de trabalho, com o medo representado pelas ameaças à sua integridade moral e física, e com a desvalorização dos serviços prestados por parte da sociedade (LANCMAN et al., 2009)

Nesse sentido, é importante que o serviço seja mais acolhedor, a começar pelos atendimentos dos profissionais de saúde. É necessário criar espaços para os trabalhadores violentados dialogarem sobre as dúvidas, medos e angústia em relação ao ocorrido, para isso é preciso que outros profissionais, como psicólogos, assistentes sociais e até mesmo os gestores exerçam uma escuta empática. É preciso cuidar de quem cuida dos outros.

Por isso, a primeira etapa para a humanização no atendimento aos usuários deve ser a humanização com os trabalhadores, sem isso, não haverá impulso para que de fato haja um atendimento de qualidade.

Assim, as dimensões dessa experiência foram apresentadas nas seguintes categorias: Fragilidades percebidas pelos trabalhadores de enfermagem frente à violência ocupacional; A decisão de compartilhar com a família sobre as violências vivenciadas no local de trabalho; Percepção do trabalhador de enfermagem sobre como a sociedade os vê.

Tais categorias serão descritas, interpretadas e exemplificadas com trechos extraídos das entrevistas realizadas, a seguir.

FRAGILIDADES PERCEBIDAS PELOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM FRENTE À VIOLÊNCIA OCUPACIONAL

Essa categoria permite que se reflita sobre as fragilidades pessoais, além das estruturais desses serviços, na visão dos trabalhadores de enfermagem de unidades de urgência e emergência hospitalares. Para tanto é preciso ressaltar que esses serviços por si só são um dos setores mais intensos dos hospitais, provocando desgaste físico e mental nos profissionais que ali atuam (FARIAS et al., 2011). Isto porque, além dos atendimentos estressantes, considerados rotineiros, tem-se ainda a violência ocupacional instalada nesse cenário.

A complexidade dos atendimentos e a grande demanda fixada nesses serviços promovem reflexões por parte dos trabalhadores sobre as agressões físicas ocupacionais presentes no ambiente hospitalar, conforme se constata nos relatos a seguir:

[...] De fato não temos preparo e, quem vai responder por isso? (E3, M, 38 anos).

[...] Eu não sou preparada para lidar com essas situações, já estamos “calejados”, aprendemos a nos defender da violência por meio da prática mesmo [...] (E13, F, 32 anos).

[...] Não somos preparados. Eles nos abordam de várias maneiras, a maioria das vezes é inesperado (E5, M, 30 anos).

É perceptível que o despreparo da equipe de enfermagem é uma realidade presente em todos os cenários do atendimento em saúde. Um estudo abordando a equipe de enfermagem da atenção básica revela a falta de informação e preparo dos trabalhadores de enfermagem, não estando esta classe habilitada o suficiente para reagir em favor de sua própria saúde, da qualidade do serviço, do seu melhor desempenho e satisfação no trabalho (SILVA, 2015).

Diante dessa realidade é possível analisar as falas dos entrevistados de acordo com a perspectiva interacionista a respeito da mente,

como uma habilidade do ser humano, transformada de acordo com o seu cotidiano. O objetivo da mente é criar condições para uma reflexão individual a ponto de proporcionar ao indivíduo uma adaptação ao meio (CASAGRANDE, 2014).

Quando os trabalhadores afirmam que não estão preparados para enfrentar situações de violência em seu local de trabalho, e que de fato o fenômeno acontece com frequência, eles o fazem realizando um diagnóstico situacional de sua realidade. Avaliam que há deficiência em sua autodefesa, podendo assim prejudicar também o agressor, considerando-se que ao sofrer a violência o trabalhador pode vir a ser um potencial agressor.

No entanto, estes profissionais que deveriam ser preparados para identificar casos de violência, não estão habilitados e questionam suas condições de segurança no trabalho e também o suporte institucional que lhes é oferecido.

A DECISÃO DE COMPARTILHAR COM A FAMÍLIA SOBRE AS VIOLÊNCIAS VIVENCIADAS NO LOCAL DE TRABALHO

Nesta categoria pretende-se elucidar quais motivos influenciaram as vítimas a contar para a família sobre as agressões.

Quando questionados sobre a decisão de contar para a família sobre a agressão, as mulheres mencionaram a necessidade de verbalizar os fatos, pois de alguma forma afirmam precisar do apoio emocional principalmente para o enfrentamento de questões legais advindas do fenômeno. Em contrapartida, os homens mostraram-se mais resistentes em relatar os casos para a família; muitos mencionaram ficar com medo da reação da esposa e dos filhos:

[...] Eu conto para a minha família sobre as agressões, mas conto de outra maneira, não como de fato ela acontece. Eles nem sonham que eu apanho dessa maneira no trabalho. (E12, F, 28 anos).

[...] Tem algumas situações que eu preciso contar para a minha família, porque eu preciso deles, meu esposo já precisou me acompanhar em audiência, então eu tive que contar. Não dá para separar muito o pessoal do profissional, a gente fica angustiada, é necessário transferir um pouco da angústia para alguém, acaba sendo a família. Eles tentam entender,

mas ficam com receio, meu marido fica mais tranqüilo quando eu vou atender na enfermaria, ou seja, quando eu saio do pronto-socorro. Porque ele sabe que não vai ter tiroteio, nem violência física, é bem mais difícil acontecer na enfermaria [...] (E9, F, 41 anos)

[...] Eu tento não levar as coisas daqui para casa, o que acontece aqui fica aqui. Minha esposa fica preocupada e o meu filho também, eu tenho um filho grande e ele fica alterado, me questiona sobre revidar (E3, M, 38 anos).

[...] Eu evito conversar sobre isso com a minha família, porque acho que a minha esposa vai ficar desesperada sabendo que trabalho em um ambiente pesado desse. Acho até que ela vai mandar eu sair da área (E8, M, 35 anos).

A dificuldade em separar questões profissionais da vida pessoal mostrou-se presente em todas as entrevistas. Assim, alguns discursos levam à inferência de que o sofrimento gerado no trabalho a partir das agressões físicas não pode ser simplesmente dissociado do lado pessoal.

Analisando-se as falas dos entrevistados é possível inferir que a família possui papel importante no enfrentamento da violência ocupacional em seu contexto de trabalho, mas a decisão de contar aos mais próximos variou conforme o gênero. Para entender melhor essa reação distinta, é preciso salientar a diferença de papéis que o homem e a mulher desenvolveram dentro da dinâmica familiar ao longo dos anos.

Sendo assim, ao analisar a história da família observa-se que ela passou por transformações ao ponto de gerar certo modelo a ser seguido: família nuclear, composta pelo marido, pela mulher e pelos filhos, sendo o marido a autoridade maior e o responsável por ela. Há, portanto, uma clara distinção entre os papéis e atributos de homens e mulheres.

Por mais que se conviva, hoje, com outros arranjos familiares, a configuração familiar nuclear ainda predomina. Para Romanelli (2003) os tipos de organização da família são importantes para se compreender as maneiras como a família administra o processo de socialização e transmissão de valores e normas,

pois as formas de sociabilidade exercidas por seus componentes ocorrem de maneira diferenciada, embora complementares.

Partilhando desta ideia, Sarti (2007) diz que, mesmo nos dias atuais, existe a afirmação da autoridade masculina baseada no poder do homem na família e no seu papel de mediador com o mundo externo. Considera-se que a família que não se encaixe nesse padrão se fragiliza socialmente por não ter em seu núcleo familiar um homem que seja o provedor do respeito, da alimentação e da moradia. De acordo com Sarti (2007, p.28) “O homem é considerado o chefe da família e a mulher a chefe da casa”.

É nessa perspectiva que se pode afirmar que o desenvolvimento do *self*, nos homens entrevistados, foi influenciado quase diretamente pelo modelo familiar patriarcal proposto pela sociedade que, aos poucos, vem mudando, mas ainda possui forte influência na dinâmica familiar brasileira.

PERCEÇÃO DO TRABALHADOR DE ENFERMAGEM SOBRE COMO A SOCIEDADE OS VÊ

A importância de pesquisar a percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre como a sociedade os vê está intimamente ligada ao fato de a violência ocupacional ser um sintoma de uma situação complexa, não estando limitada aos fatores individuais e estruturais, mas englobando questões sociais e que devem ser discutidas.

A percepção do trabalhador de enfermagem sobre como a sociedade os vê é fundamental na definição de sua personalidade profissional.

[...] As pessoas acreditam que somos bem remunerados e por isso devemos trabalhar e pronto. Ou seja, somos empregados deles, não profissionais habilitados e que merecem respeito [...] (E5, M, 30 anos).

[...] É uma bola de neve, a população não nos respeita e não há punição pelo desacato a nós trabalhadores. Sabemos que não temos respaldo da direção. É comodismo, os profissionais de enfermagem já incorporaram essas situações [...] A população se acostumou a agredir os funcionários e pior, conscientemente. Eles se sentem no direito de nos desrespeitar [...] (E9, F, 41 anos).

A personalidade do ser humano é definida a partir da aceitação de um meio pelo indivíduo e o fato de que esse meio tem importância para ele. A felicidade pessoal e profissional depende dessa aceitação. Portanto, aceitação de um grupo pelo indivíduo é essencial, não somente para o bom desenvolvimento profissional, mas também para a construção do significado do trabalho (MATTOSINHO et al., 2010).

Os processos identitários dão importância às interações do presente e do passado. A relação entre história e contexto valoriza o comportamento dos indivíduos como membros de uma sociedade. “[...] Esta explicação nega, ou pelo menos ignora, que os seres humanos têm personalidades e que agem depois de se haverem informado [...]. Fatores psicológicos têm o mesmo papel que os fatores sociais atrás mencionados: são considerados como fatores atuantes sobre o indivíduo, quando ele age” (BLUMER, 1977, p.37).

Em outra perspectiva, é preciso destacar a importância de se considerar a “situação” para a compreensão das dinâmicas envolvidas no processo de interação presente, por exemplo, no local de trabalho:

[...] a sociedade humana acha-se composta de indivíduos que desenvolveram o seu “Eu”; a ação individual é uma construção e não uma ação espontânea, sendo construída pelo indivíduo mercê das características das situações que ele interpreta e a partir das quais ele age (BLUMER, 1977, p.36-37).

Nessa mesma direção, para Blumer, além da centralidade da “situação” para a análise das interações sociais, deve-se considerar o “encadeamento histórico”:

Um novo tipo de ação jamais se origina separadamente de um alicerce proporcionado pelas ações anteriores dos participantes. Os participantes envolvidos na formação do novo comportamento conjunto trazem ao mesmo tempo o universo de objetos, os conjuntos de significados e as sistematizações de interpretação que já possuem. Assim, a nova forma de ação conjunta sempre surge de um contexto de comportamentos coletivos anteriores, e a ele se associa. Não pode ser analisada fora deste contexto; devesse considerar tal encadeamento juntamente com manifestações precedentes de comportamento conjunto (BLUMER, 1980, p.136-137).

Assim, se a realidade social é produzida pelas interações sociais, estas não podem ser compreendidas a não ser dentro de um processo maior que herdamos de outras interações o sentido e o significado dos objetos, e, ao mesmo tempo, geram elementos e significados para outras interações. Desse modo, a característica simbólica das interações sociais não é representada apenas pelo desenvolvimento dos contextos sociais, mas também é responsável por agir como elemento demarcador da “afiliação” dos indivíduos aos grupos sociais.

Blumer também considera que, além da centralidade da “situação” como análise das interações sociais, é preciso considerar o “encadeamento histórico”, pois jamais um novo tipo de ação acontecerá separadamente de um alicerce desenvolvido a partir das ações anteriores vivenciadas pelos indivíduos (BLUMER, 1980, p.136-137).

Ainda em relação às interações sociais, a fala de E2 a respeito de que [...] *a população nos vê como um “Zé ninguém”* [...] (E2, M, 36 anos), faz pensar que esse profissional é invisível aos olhos da população; os pacientes identificam o enfermeiro e o chamam de doutor, justamente pelo fato de identificarem que aquele que está de branco personifica a figura do médico. Quanto ao técnico ou auxiliar de enfermagem, este é chamado de enfermeiro, mas não é o enfermeiro de fato. Ou seja, o profissional não é notado e não se faz notar em seu próprio ambiente de trabalho (LESSA, 2013).

Lessa (2013, p.475) incorpora a discussão quando diz que:

O esforço atual é pelo retorno do enfermeiro à cabeceira do paciente. Mas, se olhar a história, o enfermeiro jamais esteve exclusivamente nessa posição, pois a profissão, quando institucionalizada, se fez com base na divisão social e técnica do trabalho. A enfermagem foi designada para controlar os doentes e o processo de trabalho, não para cuidar.

A enfermagem é identificada como categoria crítica no âmbito dos quatro países da sub-região do Mercosul, tanto em números deficitários quanto na qualidade de sua estrutura, de seus conteúdos e também no plano socioideológico (CAMPOS; BRITO; RIGOLI, 2002). A enfermagem, tanto quanto a medicina, é considerada essencial a qualquer sociedade que pretenda receber atendimento de

qualidade e está alicerçada em um processo de trabalho novo. O que se pretende afirmar é que a enfermagem é uma profissão de utilidade pública, de valor social inquestionável, só não é reconhecida como tal (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012).

Outros autores justificam a presença da violência ocupacional na equipe de enfermagem não só em razão da inferiorização da profissão diante dos preconceitos da sociedade, mas também pela maior força de trabalho ser representada por mulheres, outra questão bastante polêmica e que deve ser abordada em outras pesquisas (BARROS et al., 2014; BARBOSA et al., 2011).

CONCLUSÃO

A presente investigação foi norteada pela busca do significado da violência física ocupacional em unidades de emergência e urgência hospitalares na dinâmica familiar e social dos trabalhadores de enfermagem. Esse significado foi dado por eles no que concerne às suas próprias elaborações conceituais e interações subjetivas no espaço de sua prática assistencial.

O sentido da conexão entre os conceitos do interacionismo simbólico e a visão dos trabalhadores de enfermagem em relação aos atos violentos a que são submetidos, demonstrou que esses trabalhadores atribuíram significados aos atos violentos, revelando quão despreparados estão para enfrentar essa agressividade.

O fato de reconhecerem o despreparo contribui para que não haja banalização da violência, considerando-se que existe grande preocupação com sua saúde e com a qualidade da assistência que prestam. Existe um movimento, ainda pequeno, mas motivacional para que a realidade enfrentada mude.

Em concomitância ao reconhecimento do despreparo físico e emocional desses trabalhadores, a interação simbólica propiciou que se identificasse o significado dos atos de violência física para as pessoas no local de trabalho, em sua situação diária, e os entrevistados atribuíram significado à

desvalorização da sua profissão por parte da sociedade. Portanto, é inevitável não reconhecer que a base existencial desse fenômeno social é a forma com que a profissão é determinada em seu contexto histórico, acrescida das péssimas condições de trabalho, traduzida em superlotação dos serviços e escassez de recursos humanos e materiais.

Constata-se, portanto, que os episódios de violência ocupacional são cada vez mais presentes no cotidiano dos trabalhadores de saúde, em especial de enfermagem. Dessa forma, esse trabalho é percebido pelos entrevistados como desqualificado, reforçando a perda de sua importância e de inutilidade perante aqueles que necessitam do atendimento.

Outra questão importante relatada por esses trabalhadores foi a preocupação da família em saber sobre as agressões. Diante dessa realidade, há grande resistência do trabalhador em relatar esses fatos aos que lhe são mais próximos.

A dificuldade de expor as situações de violência para a família pode ser um fator agravante para a saúde desse profissional, reforçando ainda mais a necessidade de um apoio psicológico, na tentativa de minimizar as repercussões em sua vida.

Espera-se que os resultados desta pesquisa promovam debates e melhorias, principalmente em relação às medidas de segurança para os trabalhadores de enfermagem, considerando-se que, antes de serem trabalhadores de enfermagem, são pessoas que pertencem à mesma sociedade que os desvaloriza e, por isso, precisam ser respeitados acima de tudo. É preciso ainda ter coragem e mobilizar-se para mudar o paradigma da enfermagem.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN FEDERATION OF STATE, COUNTY AND MUNICIPAL EMPLOYEES. **Survey of violence in the workplace for healthcare workers** (Appendix D). In: _____. Preventing workplace violence. Washington, DC, AFSCME, 1998. p. 56. Disponível em: < http://www.afscme.org/news-publications/publications/for-leaders/pdf/Preventing_Workplace_Violence.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2014.
- BALDIN, N.; MUNHOZ, E.M.B. Educação ambiental comunitária: uma experiência com a técnica de pesquisa snowball (bola de neve). **Revista Eletrônica do Mestrado em Educação Ambiental**, Rio Grande, v. 27, n. 2, p. 46-60, 2011.
- BARBOSA, R. et al. Violência psicológica na prática profissional da enfermeira. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 45, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 nov. 2015.
- BARDIN, LAURENCE. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011; 229.
- BARROS, T. S. et al. Violência de gênero como risco ocupacional contra enfermeiras da estratégia de saúde da família de campina grande – PB. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**. Três Corações, v. 12, n. 2, p. 659-667, ago/dez. 2014.
- BERTAUX, D. Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos. Trad. de Zuleide Alevs Cardoso Cavalcante e Denise Maria Gurgel Lavallée. **Revisão científica: Maria da Conceição Passegi e Márcio Venício Barbosa**. Natal: EDUFRN; São Paulo: Paulus, 2010. 167 p.
- BLUMER, H. A natureza do interacionismo simbólico. In: MORTENSEN, C. D. **Teoria da comunicação: textos básicos**. São Paulo: Mosaico, 1980.
- BLUMER, H. A sociedade concebida como uma interação simbólica. In: BIRNBAUM, P.; CHAZEL, F. **Teoria sociológica**. São Paulo: Hucitec, 1977. p. 36-40.
- CAMPOS, F.; BRITO, P.; RIGOLI, F. O campo dos recursos humanos para a saúde no Mercosul. In: **Recursos humanos em saúde no Mercosul**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
- CASAGRANDE, C. A. **G. H. Mead e a educação**. Belo Horizonte: Autentica, 2014.
- ERDMANN, A. G. **Violência no trabalho em saúde: o médico vítima de violência em unidades locais de saúde, policlínicas regionais e unidades de pronto-atendimento do município de Florianópolis-SC**. 2010. 109 f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

FARIAS, S. M. C. et al. Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento. **Rev Esc Enferm USP**. 2011, v. 45, n. 3. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a25.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

GODOI, C. K.; MATTOS, P. L. C. L. Entrevista qualitativa: instrumento de pesquisa e evento dialógico. In: SILVA, A. B.; GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELO, R. (Org.). **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais**: paradigmas, estratégias e métodos. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 301-323.

GOMES, K. O. et al. Atenção primária à saúde - a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciênc Saúde Colet**. 2011, v. 16. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16s1/a20v16s1.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

LACMAN, S. et al. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**. 2009, v. 43, n. 4. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/7227.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

LESSA, A. B. S. L.; ARAÚJO, C. N. A enfermagem brasileira: reflexão sobre sua atuação política. **Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte, v. 17, n.2, abr/jun. 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/664>>. Acesso em: 20 set. 2015.

LEVISKY, D. L. Prefácio. In: _____. ALMEIDA, M. G.B. A violência da sociedade contemporânea. Disponível em: <<http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/violencia.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2015.

MACHADO, M. H.; **VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E.** Construindo o perfil da enfermagem. **Enfermagem em Foco**. Brasília, v. 3, n. 3. 2012. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/294/156>>. Acesso em: 10 nov. 2015

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C.; BOBROFF, M. C. C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1107-1111, dez. 2010.

MATTOSINHO, M. M. S. et al. Mundo do trabalho: alguns aspectos vivenciados pelos profissionais recém- formados em enfermagem. **Acta paul. enferm**. 2010, v.23, n.4. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 nov. 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

OLIVEIRA, L. L. Violência de gênero como risco ocupacional contra enfermeiras da estratégia de saúde da família de campina grande – PB. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, v. 12, n. 2, p. 659-667, ago/dez. 2014.

Disponível em: <file:///C:/Users/hp1/Downloads/Dialnet-ViolenciaDeGeneroComoRiscoOcupacionalContraEnferme-4901241%20(1).pdf>. Acesso em: 29 set. 2015.

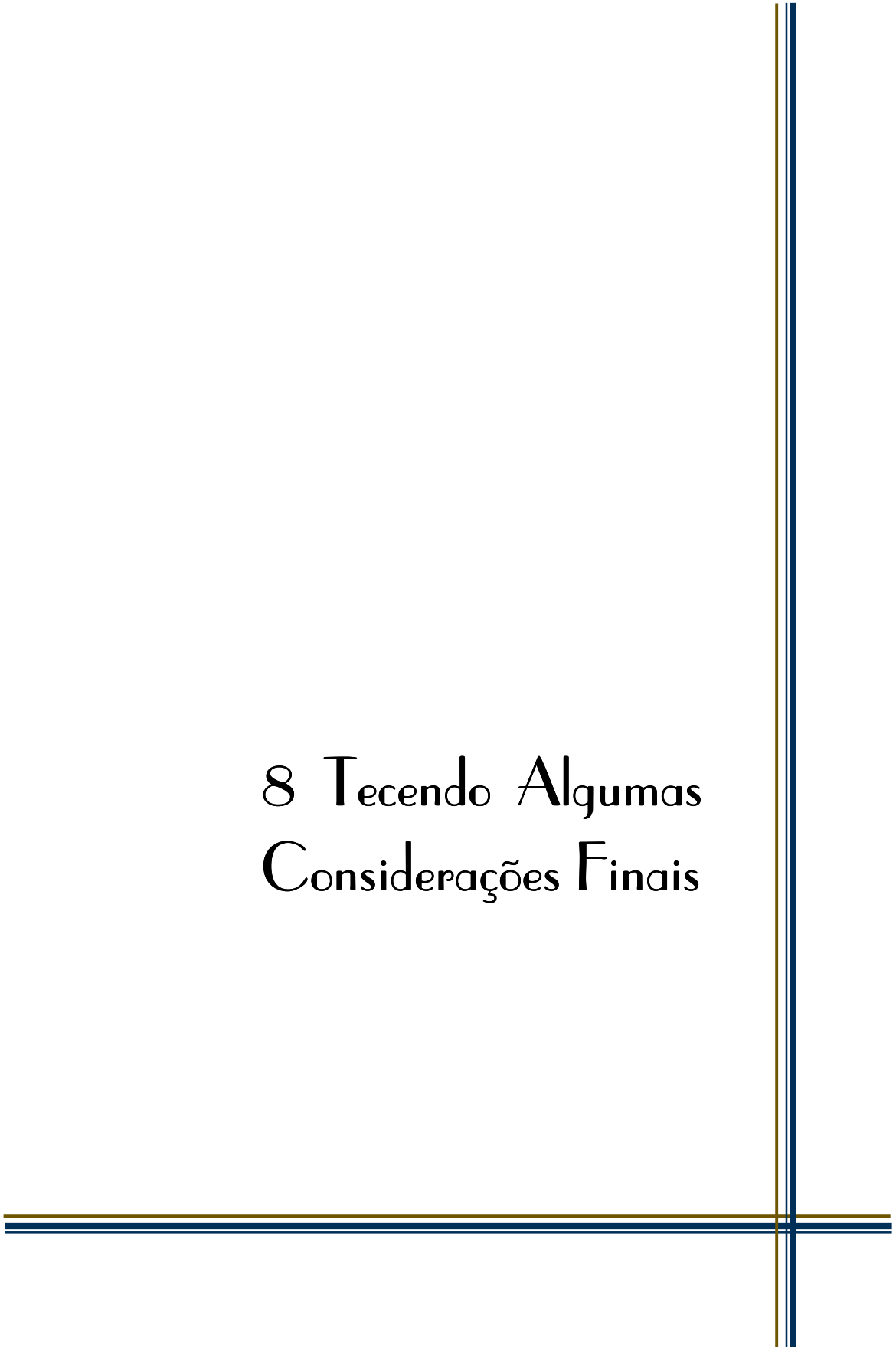
ROMANELLI, G. Autoridade e poder na família. In: CARVALHO, M. C. B (org.). A família contemporânea em debate. EDUC / Cortez, São Paulo, 2003.

SARTI, C. A. Famílias Enredadas. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (Orgs.). **Família: redes, laços e políticas públicas**. 3ª Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SOUZA MD. et al. A convivência em família com o portador de transtorno psíquico. **Rev Eletrônica Enferm**. 2009, v. 11, n.1, p. 124-32.

TRINDADE, L. L. G et al. Absenteísmo na equipe de enfermagem no ambiente hospitalar. **Revista Enfermeria Global**, Murcia, n. 36, 2014. Disponível em: < <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/181541/166581>>. Acesso em: 10 set. 2015.

8 Tecendo Algumas Considerações Finais



O foco desta pesquisa foi a violência ocupacional sofrida por trabalhadores de enfermagem em dois serviços de urgência e emergência. A partir do levantamento desse fenômeno, foi possível analisar suas causas e consequências em nível individual e coletivo, além de compreender o contexto atual dos serviços públicos e as repercussões sociais na visão desse trabalhador vítima de agressões físicas.

Este estudo mostrou-se que, infelizmente, as agressões físicas fazem parte do cotidiano dos trabalhadores de enfermagem e a temática é um desafio em razão da sua complexidade e do seu caráter polissêmico.

As causas da violência ocupacional nos ambientes hospitalares são inúmeras, entre as quais estão algumas características socioculturais da população, porém, é preciso considerar que os usuários também são vítimas da precariedade do sistema de saúde.

Os hospitais, do mesmo modo que os serviços de saúde como um todo, deveriam proporcionar qualidade em seus serviços, garantindo atendimento independente de questões organizacionais, entretanto não é essa a realidade atual.

Os usuários e os trabalhadores são protagonistas dessa realidade caótica, e o receio de conversar sobre as situações agressivas impedem que o problema seja conhecido e combatido, por isso a necessidade de expor a problemática é inevitável.

Para o trabalhador da saúde, ser violentado em seu ambiente de trabalho faz emergir sentimentos negativos em relação a sua profissão. Os sentimentos de desvalorização têm repercussão desfavorável na dinâmica social e familiar desses trabalhadores.

A partir disso, é importante que o serviço seja mais acolhedor, a começar pelos atendimentos dos profissionais de saúde. É necessário criar espaços para os trabalhadores violentados dialogarem sobre as dúvidas, medos e angústia em relação ao ocorrido, para isso é preciso que outros profissionais, como

psicólogos, assistentes sociais e até mesmo os gestores exerçam uma escuta empática. É preciso cuidar de quem cuida dos outros.

Informações sobre as condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde, a partir das análises dos processos de trabalho e das características individuais são importantes para que se possa determinar a magnitude do problema. A identificação dos entraves que comprometem as práticas e a organização dos processos de trabalho em saúde é imprescindível para minimizar a ocorrência das agressões.

Nesse contexto, 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 que não haja subnotificação é preciso que seja efetivado o apoio institucional ao profissional que sofreu a violência, para que ele seja resguardado quanto à sua integridade moral no momento da notificação. E ainda que sejam tomadas medidas de punição ou repressão à violência, resguardadas as devidas gravidades das situações, para a manutenção da segurança no ambiente de trabalho.

A subnotificação das agressões no local de trabalho configura-se uma limitação para a prevenção da violência ocupacional. Por isso, acredita-se que pesquisas sobre esse tema reforçam a importância que a violência tem na saúde do trabalho de enfermagem.

Finalmente, ressalta-se a importância de a enfermagem — na condição de ciência e profissão — tentar compreender e descobrir meios para conseguir alterar as condições de trabalho, para que se caminhe rumo à qualidade dos serviços prestados e, conseqüentemente, se obtenha a garantia do reconhecimento social.

Por isso, torna-se fundamental a mudança de atitudes da sociedade, dos gestores, dos empregadores e dos profissionais para a prevenção

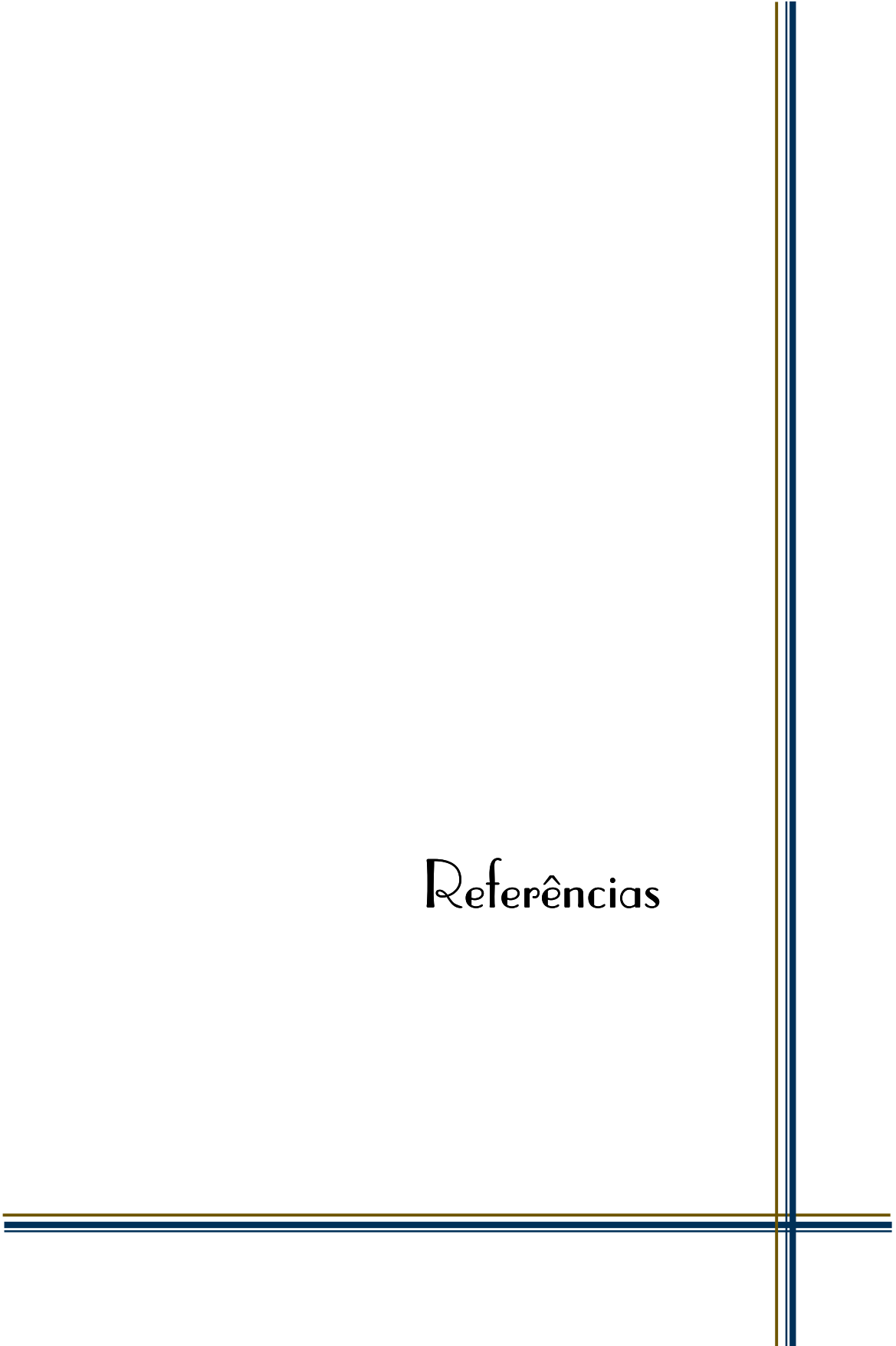
8 Tecendo Algumas Considerações Finais

de eventos violentos. Além disso, é preciso destacar que esse tema deve fazer parte do processo de formação em saúde dos profissionais e da dinâmica de trabalho dos serviços, em busca do enfrentamento desse problema.

Ao produzir o diagnóstico das condições de trabalho, pretendeu-se contribuir para a formulação de políticas de promoção para a saúde do trabalhador da área da saúde, a fim de que impactem positivamente na qualidade de vida desses trabalhadores.

Recomenda-se que estudos sobre essa temática sejam desenvolvidos em outros cenários assistências.

Referências



ADRIAENSSENS, J.; DE GUCHT, V.; MAES, S. The impact of traumatic events on emergency room nurses: finding from a questionnaire survey. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 49, n. 11, p. 1411-1422, nov. 2012.

AGROSINO, M. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

ALMEIDA, M. G. B. **A violência da sociedade contemporânea**. Prefácio de David Léo Levisky. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2010. Disponível em: <<http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/violencia.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2015.

AMERICAN FEDERATION OF STATE, COUNTY AND MUNICIPAL EMPLOYEES. **Survey of violence in the workplace for healthcare workers** (Appendix D). In: _____. Preventing workplace violence. Washington, DC, AFSCME, 1998. p. 56. Disponível em: <http://www.afscme.org/news-publications/publications/for-leaders/pdf/Preventing_Workplace_Violence.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2014.

ANDRADE, E. V.; BEZERRA JUNIOR., B. Uma reflexão acerca da prevenção da violência a partir de um estudo sobre a agressividade humana. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 445-453, mar-abr. 2009.

ARENDT, Hannah. **Sobre a Violência hoje**. São Paulo. Civilização Brasileira, 1999.

BALDIN, N.; MUNHOZ, E. M. B. Educação ambiental comunitária: uma experiência com a técnica de pesquisa snowball (bola de neve). **Revista Eletrônica do Mestrado em Educação Ambiental**, Rio Grande, v. 27, n. 2, 2011. Disponível em: <<http://www.seer.furg.br/remea/article/view/3193/1855>>. Acesso em: 30 jun. 2015.

BALDIN, N.; MUNHOZ, E.M.B. Educação ambiental comunitária: uma experiência com a técnica de pesquisa snowball (bola de neve). **Revista Eletrônica do Mestrado em Educação Ambiental**, Rio Grande, v. 27, n. 2, p. 46-60, 2011.

BARBOSA, R et al. Violência psicóloga na prática profissional da enfermeira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.45, n.1, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000100004&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 ago. 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARDIN, LAURENCE. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011; 229.
BARROS, T. S. et al. Violência de gênero como risco ocupacional contra enfermeiras da estratégia de saúde da família de campina grande – PB. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**. Três Corações, v. 12, n. 2, p. 659-667, ago/dez. 2014.

BATISTA, C. B. et al. Violência no trabalho em saúde: análise em unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 295-317, jul/out.2011.

BERTAUX, D. Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos. Trad. de Zuleide Alevés Cardoso Cavalcante e Denise Maria Gurgel Lavallée. **Revisão científica: Maria da Conceição Passegi e Márcio Venício Barbosa**. Natal: EDUFRN; São Paulo: Paulus, 2010. 167 p.

BLUMER, H. A natureza do interacionismo simbólico. In: MORTENSEN, C. D. **Teoria da comunicação**: textos básicos. São Paulo: Mosaico, 1980.

BLUMER, H. A sociedade concebida como uma interação simbólica. In: BIRNBAUM, P.; CHAZEL, F. **Teoria sociológica**. São Paulo: Hucitec, 1977. p. 36-40.

BLUMER, H. **Symbolic interactionism: perspective and method**. Berkeley: University of California Press, 1969.

BLUMER, H. **Symbolic interactionism: perspective and method**. University of California Press, 1986.

BRASIL. Ministério da saúde. **Prevenção de violência e cultura de paz II**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel_indicadores_sus_n5_p1.pdf>. Acesso: 04 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: cadernos de textos: cartilhas da política nacional de humanização**, Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. Disponível: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Recursos físicos – Hospitalar**. 2015. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leiintbr.def>. Acesso em: 10 nov. 2015.

CAMPOS, A. C.; PIERANTONI, C. R. Violência no trabalho em saúde: um tema para a cooperação internacional em recursos humanos para a saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewFile/709/1354>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

CAMPOS, F.; BRITO, P.; RIGOLI, F. O campo dos recursos humanos para a saúde no Mercosul. In: **Recursos humanos em saúde no Mercosul**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

CARVALHO, V. D. D.; BORGES, L. D. O.; RÊGO, D. P. D. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em Psicologia Social. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 146-161, maio. 2010.

CASAGRANDE, C. A. **G. H. Mead e a educação**. Belo Horizonte: Autentica, 2014.

CHARON, J. M. **Symbolic interactionism**: an introduction, an interpretation, an integration. 10th. New Jersey: Person Prentice Hall, 2010.

CHEREGATTI, A. L.; AMORIN, C. P. **Enfermagem unidade de terapia intensiva**. São Paulo: Martinari, 2010.

CHERNICHARO, I. M.; SILVA, F. D.; FERREIRA, M. A. Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem. **Esc. Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.18, jan/mar. 2014. Disponível: <<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140023>>. Acesso em: 09 nov. 2015.

CORRÊA, R. C. (Org.). **O enfrentamento à violência doméstica e familiar contra a mulher**: uma construção coletiva. Conselho Nacional de Procuradores-Gerais, 2011.
<<http://www.mppr.mp.br/arquivos/File/cartilhaViolenciaContraMulherWeb.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2015.

COSTA, T. P.; BORGES, L. O.; BARROS, S. C. Condições de trabalho e saúde psíquica: um estudo em dois hospitais universitários. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, Florianópolis, v. 15, n.1, p. 43-58. mar. 2015.

COSTENARO, 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. **Revista Gaucha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 3, 2008. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/6778/4081>>. Acesso em: 20 set. 2015.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v11s0/a07v11s0.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. Trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde das profissionais de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 439- 444, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/16975/18868>>. Acesso em: 5 set. 2015.

DALMOLIN, G. L.; LUNARDI FILHO W. D.; LUNARDI, V. L. O sofrimento moral dos profissionais de enfermagem no exercício da profissão. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1. 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0104-3552/2009/v17n1/a006.pdf>>. Acesso em 10. Nov. 2015.

DANTAS-BERGER, S. M.; GIFFIN, K. M. Serviços de saúde e a violência na gravidez: perspectivas e práticas de profissionais e equipes de saúde em um hospital público no Rio de Janeiro. *Interface: Comunicação, Saúde Educação* (Botucatu), v. 15, n. 37, p. 391-405, 2011.

DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho: Estudo de Psicopatologia do Trabalho**. São Paulo: Cortez. 1987.

DI MARTINO, V. / OIT. **Workplace violence in the health sector – Country case studies: Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, plus an additional Australian study: Synthesis report**. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, forthcoming working paper. 2002. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVsynthesisreport.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2015.

DOMINGUES, J. M. **Teorias sociológicas no século XX**. São Paulo: Record. 2001.

DONNELLY, E. Work-related stress and posttraumatic stress services. **Prehospital Emergency Care**. Philadelphia, v. 16, n. 1, p. 76-85, jan/mar. 2012.

EDWARD, K. L. et al. Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. **The British Journal of Nursing**, London, v. 23, n. 12, p. 653-654, jun/jul. 2014.

ERDMANN, A. G. **Violência no trabalho em saúde: o médico vítima de violência em unidades locais de saúde, policlínicas regionais e unidades de pronto-atendimento do município de Florianópolis-SC**. 2010. 109 f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

ESCORSIM, S. M. Violência de gênero e saúde coletiva: um debate necessário. **Revista Katál**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 235-241, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v17n2/1414-4980-rk-17-02-0235.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2015.

FARIA, H. X.; DALBELLO-ARAUJO, M. Precarização do trabalho e processo produtivo do cuidado. **Mediações**, Londrina, v. 16, n. 1, p. 142-156, jan/jul. 2011.

FARIA, H. X.; DALBELLO-ARAUJO, M. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos, **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n2/18.pdf>>. Acesso em: 2 jun. 2015.

FARIAS, S. M. C. et al. Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento. **Rev Esc Enferm USP**. 2011, v. 45, n. 3. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a25.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

FILLIEULE, O. Some elements of an interactionist approach to political disengagement. **Social Movement Studies, Journal of Social, Cultural and Political Protest**, Edinburgh, v. 9, n.1, p. 1-15, jan. 2010.

FONTANELLI, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.2, p. 389-394, fev. 2011

GALVÃO, V. A. B. M.; DIMENSTEIN, M. A VIOLÊNCIA E O PROTOCOLO DE NOTIFICAÇÃO COMO ANALISADORES DOS PROCESSOS DE TRABALHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE. **Cad. Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 2, n. 3. 2010. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1074>>. Acesso em: 10. nov. 2015.

GODOI, C. K.; MATTOS, P. L. C. L. Entrevista qualitativa: instrumento de pesquisa e evento dialógico. In: SILVA, A. B.; GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELO, R. (Org.). **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais**: paradigmas, estratégias e métodos. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 301-323.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. São Paulo: Record, 1997.

GOMES, K. O. et al. Atenção primária à saúde - a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciênc Saúde Colet**. 2011, v. 16. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16s1/a20v16s1.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

HAHN, S. et al. Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey. **Journal Advanced Nursing**, Oxford, v. 68, n. 12, p. 2685-2699, 2012.

HONNETH, A. **Luta por reconhecimento**: A gramática moral dos conflitos sociais. São Paulo: Ed. 34, 2003.

HOOPER, C, et al. Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. **Journal Emergency Nursing**, St. Louis, v. 36, n. 5, p. 420-427, set. 2010.

ILHA, M. M.; LEAL, S. M. C.; SOARES, J. S. F. Mulheres internadas por agressão em um hospital de pronto socorro:(in) visibilidade da violência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 328-334, jun. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE cidades@** Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS. 2015. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=411370&idtema=130&search=parana|londrina|estimativa-da-populacao-2015>>. Acesso em: 14 ago. 2015.

INTERNATIONAL LABOUR OFFICE; INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES; WORLD HEALTH ORGANIZATION; PUBLIC SERVICES INTERNATIONAL. **Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector**, Geneva: OIT/CIE/OMS/ISP; 2002. Disponível em: <http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/--ed_dialogue/---sector/documents/normativeinstrument/wcms_160908.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

LACAZ, F. A.C. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: desafios e dificuldades. In: LOURENÇO, E. et al. (Org.). **O avesso do trabalho II: trabalho, precarização e saúde do trabalhador**. São Paulo: Expressão Popular, 2010. p. 199-230.

LACMAN, S. et al. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**. 2009, v. 43, n. 4. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/7227.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

LESSA, A. B. S. L.; ARAÚJO, C. N. A enfermagem brasileira: reflexão sobre sua atuação política. **Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte, v. 17, n.2, abr/jun. 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/664>>. Acesso em: 20 set. 2015.

LEVISKY, D. L. Prefácio. In: _____. ALMEIDA, M. G.B. A violência da sociedade contemporânea. Disponível em: <<http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/violencia.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2015.

-
- MACHADO, M. H.; **VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E.** Construindo o perfil da enfermagem. **Enfermagem em Foco**. Brasília, v. 3, n. 3. 2012. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/294/156>>. Acesso em: 10 nov. 2015
- MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C.; BOBROFF, M. C. C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1107-1111, dez. 2010.
- MARX, Karl. **O Capital**. Vol. I. Tomo I. Coleção Os Economistas. Tradução Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. São Paulo: Abril Cultural, 1985.
- MATTOSINHO, M. M. S. et al. Mundo do trabalho: alguns aspectos vivenciados pelos profissionais recém- formados em enfermagem. **Acta paul. enferm.** 2010, v.23, n.4. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 nov. 2015.
- MAXIMIANO, A. C. M. **Introdução à administração**. São Paulo: Atlas, 2008.
- MELO, E. M. Podemos prevenir a violência? In: MELO, E. M. (Coord.) **Podemos prevenir a violência: teorias e práticas**. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2010. p. 1-24.
- MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 12 nov. 2015.
- MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação (Botucatu)**, v. 4, n. 6, p. 109-116, fev. 2000.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B., Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, set/dez. 2003.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

- NEFFA, J. C. O trabalho humano e a sua centralidade. **Revista Ciências do Trabalho**, São Paulo, n. 4, p. 7-26, jun. 2015. Disponível em: <<http://rct.dieese.org.br/rct/index.php/rct/issue/view/5/showToc>>. Acesso em: 09 jun. 2015.
- NJAINÉ, K.; REIS, A.C. Qualidade da informação sobre acidentes e violências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: MS, p.313-340. 2005.
- OLIVEIRA, L. L. Violência de gênero como risco ocupacional contra enfermeiras da estratégia de saúde da família de campina grande – PB. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*, v. 12, n. 2, p. 659-667, ago/dez. 2014. Disponível em: <[file:///C:/Users/hp1/Downloads/Dialnet-ViolenciaDeGeneroComoRiscoOcupacionalContraEnferme-4901241%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/hp1/Downloads/Dialnet-ViolenciaDeGeneroComoRiscoOcupacionalContraEnferme-4901241%20(1).pdf)>. Acesso em: 29 set. 2015.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: OMS; 2002.
- PARANÁ. Secretária da Saúde. Casa de Memória da Saúde Pública. **O centro de saúde de Londrina: memória**, Londrina: Secretária da Saúde, 1992.
- PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 739-744, set/out. 2009.
- PIROTTA, K. C. M. Enfrentamento da violência pela saúde. **BIS: Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 3, 2013. Editorial. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bisvl3_miolo.pdf>. Acesso em: 04 set. 2015.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. **Direcção-geral de Saúde (DGS)**. Violência interpessoal abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde, 2014. Disponível em: <<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violencia-interpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude.aspx>>. Acesso em: 22 ago. 2015.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE LONDRINA. **História da Cidade**. 2015. Disponível em: <http://www.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3&Itemid=5>. Acesso em: 10. Nov. 2015.
- RAMOS, D. K. R. et al. Paradigmas da saúde e a (des)valorização do cuidado em enfermagem. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 4, n. 1, 41-44, jan. 2013.

REDONDO, J.; PIMENTEL, I.; CORREA, A. (Coord). **Manual SARAR**: Sinalizar, Apoiar, Registrar, Avaliar, Referenciar: uma proposta de manual para profissionais de saúde na área da violência familiar / entre parceiros íntimos. Coimbra: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, 2012. Disponível em: <<http://material.violencia.online.pt//CONTEUDOS/SARAR/Manual%20SARAR%20site.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2015.

ROHM, R. H. D.; LOPES, N. F. O novo sentido do trabalho para o sujeito pós-moderno: uma abordagem crítica. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 332-345, abr/jun. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cebape/v13n2/1679-3951-cebape-13-02-00332.pdf>>. Acesso em 15 jun.2015.

ROMANELLI, G. Autoridade e poder na família. In: CARVALHO, M. C. B (org.). A família contemporânea em debate. EDUC / Cortez, São Paulo, 2003.

ROSA, C. M. R.; FONTANA R. T. A percepção de técnicos em enfermagem de uma unidade de terapia intensiva sobre a humanização no seu trabalho. **Cienc.Cuid. Saúde**, Maringá, v. 9, n.4. 2010. Disponível: <<http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i4.6654>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

RUDGER. F. A escola de Chicago e o interacionismo simbólico. In: _____. **As teorias da comunicação**. Por Alegre: Penso, 2011. p. 37-48.

SALBEGO, C. et al. Significado do cuidado para enfermagem de centro cirúrgico. **Rev Rene: Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 16, n. 1, p. 46-53, jan/fev. 2015. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1893>>. Acesso em: 15 abr. 2015.

SARTI, C. A. Famílias Enredadas. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (Orgs.). **Família: redes, laços e políticas públicas**. 3º Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, E. M.; RODRIGUES, T. H.; SANTOS, W. CARVALHO ALVES, EDVALDO Informação e trabalho na sociedade capitalista contemporânea, **Biblios**, Lima, n. 58, p. 33-41. 2015.

SOUZA, M. D. et al. A convivência em família com o portador de transtorno psíquico. **Rev Eletrônica Enferm**. 2009, v. 11, n.1, p. 124-32.

SOUZA, M. M. T, et al. Sofrimento e precarização do trabalho em enfermagem. **Revista Pesquisa: Cuidado é Fundamento**, Rio de Janeiro, v. 7. n. 1, p. 2072-2082, 2015.

SOUZA, M. M. T.; PASSOS, J. P.; TAVARES, C. M. M. Sofrimento e precarização do trabalho em enfermagem. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 7, n.1, jan/mar. 2015. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/1515/pdf_1457. Acesso em: 10 nov. 2015.

SPECTOR, P. E.; ZHOU, Z. E.; CHE, X. X. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: a quantitative review. **International Journal Nursing Studies**, Oxford, v. 51, n. 1, p. 72-84, jan. 2014.

SQUASSANTE, N. D.; ALVIM, N. A. T. Relação equipe de enfermagem e acompanhantes de clientes hospitalizados: implicações para o cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 11-17, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/02.pdf>. Acesso em: 10 set. 2015.

TENÓRIO, F. G. **Gestão de ONGs: principais funções gerenciais**. 11. ed. Rio de Janeiro: FVG, 2009.

THE GLOBAL GOALS. **Igualdade de gênero**. Brasil, 2015. Disponível: <http://www.globalgoals.org/pt/global-goals/gender-equality/>. Acesso em: 10 set. 2015.

THOFEHRN, M. B. et al.. A dimensão da subjetividade no processo de trabalho da enfermagem. **Revista Enfermagem Saúde**, Pelotas, v. 1, n. 1, p. 190-198, jan/mar. 2011.

TRINDADE, L. L. G et al. Absenteísmo na equipe de enfermagem no ambiente hospitalar. **Revista Enfermeria Global**, Murcia, n. 36, 2014. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/181541/166581>. Acesso em: 10 set. 2015.

VASCONCELLOS, I. R. R.; ABREU, A. M. M.; MAIA, E. L. Violência ocupacional sofrida pelos profissionais de enfermagem do serviço de pronto atendimento hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 167-175, 2012.

VELLOSO, I. S. C.; ARAUJO, M. T.; ALVES, M. Trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde na interface com a violência. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 4, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n4/a04v24n4.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2015.

WOLFF, S. O “trabalho informacional” e a reificação da informação sob os novos paradigmas organizacionais. In: ANTUNES, R.; BRAGA, R. (Org.). **Infoproletários: degradação real do trabalho virtual**. São Paulo: Boitempo: 2009. p. 89-112.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention. **Manual for estimating the economic costs of injuries due to interpersonal and self-directed violence**. Geneva: World Health Organization, 2008. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43837/1/9789241596367_eng.pdf>. Acesso: 2 jun. 2015.

YANG, H.; THOMPSON, C.; BLAND, M. The effect of clinical experience, judgment task difficulty and time pressure on nurses' confidence calibration in a high fidelity clinical simulation. **BMC: Medical Informatics Decision Making**, London, v. 3, n. 12, out. 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6947-12-113.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

Apêndices

APÊNDICE A

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu **Dayane Aparecida Scaramal, brasileira, solteira, aluna do mestrado de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina , inscrito(a) no CPF/ MF sob o nº 353.477.428-01**, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado “**Violência física ocupacional para a equipe de enfermagem em unidades de urgência e emergência hospitalares**”, a que tiver acesso nas dependências do das unidades de urgência e emergência dos Hospitais Drº Eulalino Ignácio da Silva e Drº Anisio Figueiredo.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. A não apropriar-me de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por meu intermédio, e obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e / ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada através da apresentação da tecnologia, a respeito de, ou, associada com a Avaliação, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios.

Informação Confidencial inclui, mas não se limita, à informação relativa às operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios revelados da tecnologia supra mencionada.

Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com a apresentação dos itens, acima mencionados. A vigência da obrigação de confidencialidade e sigilo, assumida pela minha pessoa por meio desse termo, terá a validade enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Local, ___/___/___.

Dayane Aparecida Scaramal
Aluna do mestrado em Enfermagem da UEL

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa “**SIGNIFICADO DA VIOLÊNCIA OCUPACIONAL PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE EMERGÊNCIA HOSPITALARES**”, realizada no Hospital Dr. Anísio Figueiredo e Hospital Dr. Eulalino Ignácio de Andrade. O objetivo da pesquisa é compreender o significado da violência ocupacional para a equipe de enfermagem em unidades de emergência de hospitais públicos de média complexidade do município Londrina-PR. A sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: Após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os trabalhadores de enfermagem serão entrevistados. Por meio desta entrevista pretende-se identificar as influências da violência física sofrida pelo profissional de enfermagem para a sua saúde e para o desenvolvimento de suas atividades laborais e identificar a maneira pelo qual o profissional interage com o seu cotidiano, com as dificuldades e, também às limitações emocionais advindas da circunstância de violência física. Gostaria de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. O benefício esperado é poder conhecer as fragilidades do ambiente de trabalho e dos próprios profissionais de enfermagem, permitindo que as Instituições possam produzir ações de enfrentamento da violência no trabalho.

Informo que o(a) senhor(a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode contactar Dayane Aparecida Scaramal, que pode ser encontrada na rua Carmela Dutra, nº 225, (43) 9984-5494, e-mail: days_02@hotmail.com ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Londrina, de de 2015.

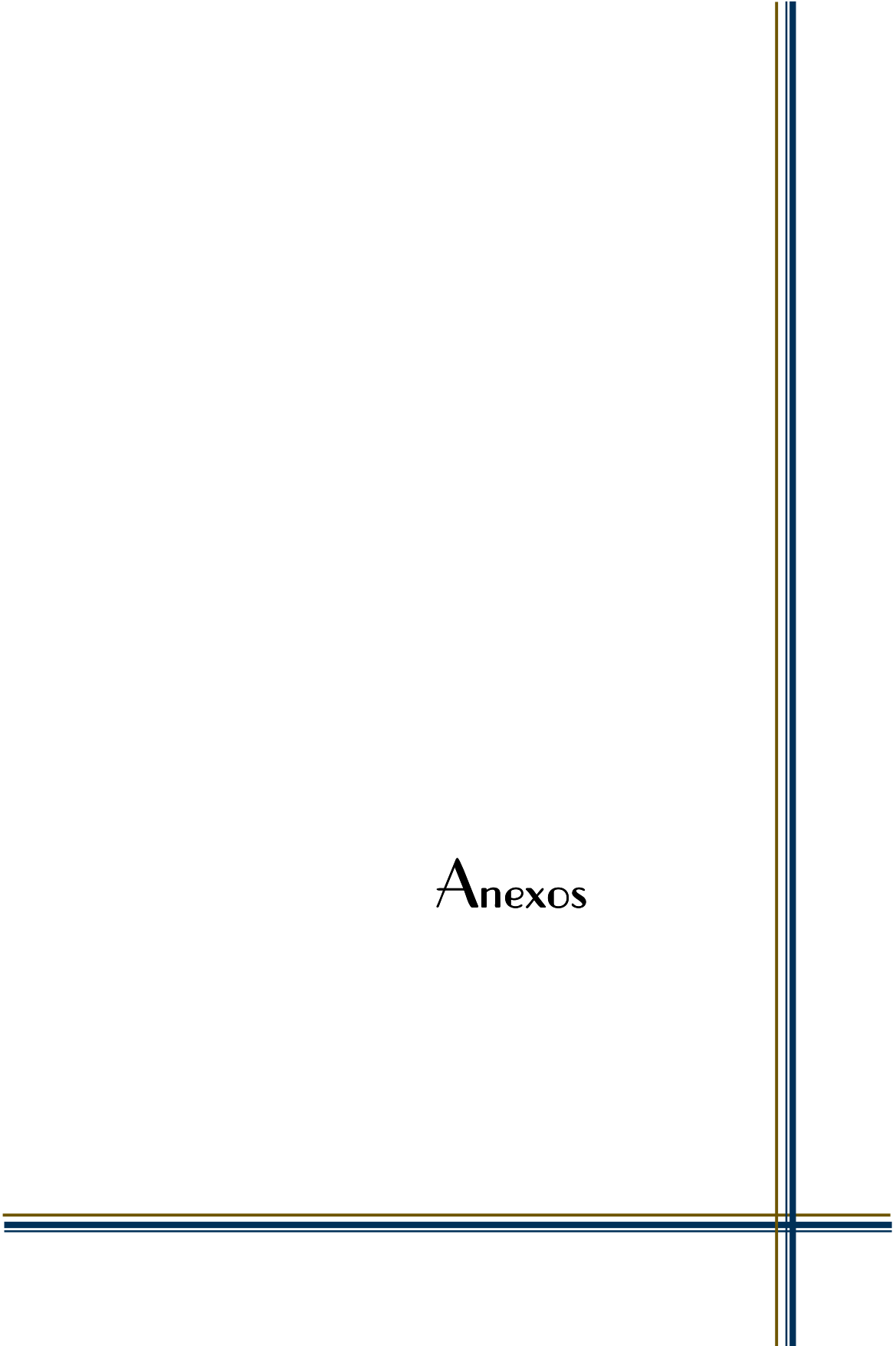
Dayane Aparecida Scaramal
RG: 46.245.560-9

_____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura: _____

Data: _____

Anexos



ANEXO A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



COMISSÃO DE ÉTICA EM
PESQUISA ENVOLVENDO
SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL/ HOSPITAL
REGIONAL DO NORTE DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Significado da violência ocupacional para a equipe de enfermagem em unidades de emergência hospitalares

Pesquisador: Dayane Aparecida Scaramal

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 37987014.0.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Departamento de Enfermagem - Mestrado em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.068.143

Data da Relatoria: 04/05/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma emenda ao projeto, cujo parecer favorável a sua execução foi em dezembro de 2014, parecer nº 900.248. A ementa se refere a uma nova análise dos dados. Inicialmente os resultados seriam analisados a partir de um referencial teórico (Interacionismo Simbólico). Agora a pesquisadora acha pertinente utilizar, além do mencionado, a Teoria do Cuidado de Callista Roy.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO:

Compreender o significado da violência ocupacional para a equipe de enfermagem em unidades de emergência hospitalares.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS:

Identificar as influências da violência física sofrida pelo profissional de enfermagem para a sua saúde e para o desenvolvimento de suas atividades laborais; Identificar a maneira pelo qual o profissional interage com o seu cotidiano, com as dificuldades e, também às limitações emocionais advindas da circunstância de violência física.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora responsável:

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



Conselho de Ética em
Pesquisa envolvendo
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL/ HOSPITAL
REGIONAL DO NORTE DO



Continuação do Parecer: 1.068.143

RISCOS:

Considerando que o tema violência física no ambiente de trabalho seja delicado, existe a possibilidade dos trabalhadores terem dificuldade em conversar sobre este assunto e possa se emocionar, sendo assim será necessário um suporte emocional do entrevistador.

BENEFÍCIOS:

Os acidentes e as doenças relacionadas ao trabalho são considerados pela Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador eventos previsíveis, e, por isso, passíveis de serem evitados, reconhecendo a necessidade de criar estratégias de prevenção, que garantam a segurança do trabalhador no local de trabalho (BRASIL, 2004a). Neste caso, considerando os episódios de violência nas atividades inerentes ao trabalho de enfermagem, estudos que se referem à violência no local de trabalho em especial da enfermagem, contribuem com as instituições de saúde na manutenção do ambiente de trabalho seguro e humanizado para o desenvolvimento das atividades laborais em saúde, conforme preconizado pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004b), além de evidenciar a temática na comunidade científica e colaborar com as discussões sobre o processo de trabalho em enfermagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram apresentados adequadamente.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se a aprovação da emenda.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Comitê de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL/ HOSPITAL
REGIONAL DO NORTE DO



Continuação do Parecer: 1.068.143

LONDRINA, 19 de Maio de 2015

Assinado por:

Paula Mariza Zedu Alliprandini
(Coordenador)

Prof.^a Dr.^a Alexandrina Aparecida Maciel Cardozo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos
Universidade Estadual de Londrina

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br