

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

DAIANE DAL PAI

**VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM PRONTO SOCORRO:
IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES**

Porto Alegre

2011

DAIANE DAL PAI

**VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM PRONTO SOCORRO:
IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES**

Linha de Pesquisa:
Gestão em Saúde e Enfermagem e Organização do Trabalho

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem *stricto sensu* da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde

Orientadora: Dra Liana Lautert

Porto Alegre

2011

CIP - Catalogação na Publicação

Dal Pai, Daiane

Violência no trabalho em pronto socorro:
implicações para a saúde mental dos trabalhadores /
Daiane Dal Pai. -- 2011.
216 f.

Orientadora: Liana Lautert.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2011.

1. Violência. 2. Saúde do Trabalhador. 3. Saúde
Mental. 4. Recursos Humanos em Saúde. 5. Enfermagem.
I. Lautert, Liana, orient. II. Título.

DAIANE DAL PAI

Violência no trabalho em pronto socorro: implicações para a saúde dos trabalhadores.

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 16 de dezembro de 2011.

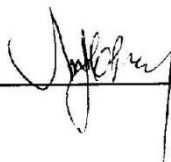
BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Liana Lautert: _____



Presidente – PPGENF/UFRGS

Profa. Dra. Maria Helena Palucci Marziale: _____



Membro – USP-RP

Prof. Dr. Alvaro Roberto Crespo Merlo: _____




Membro – PPGMED/UFRGS

Profa. Dra. Sônia Beatriz Cocaro de Souza: _____



Membro – PPGENF/UFRGS

Profa. Dra. Gisela Maria Schebella Souto de Moura: _____



Membro – PPGENF/UFRGS

Dedico esta tese...

*... e o meu reconhecimento, aos
trabalhadores da equipe de saúde do
hospital de pronto socorro onde este
estudo foi realizado.*

*... e o meu amor profundo, ao meu
marido, Jefferson Silva Krug.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por guiar os meus passos e acolher as minhas preces;

Ao meu grande amor, Jefferson Silva Krug, pela dedicação à minha/nossa felicidade. Obrigada pela vida plenamente compartilhada. Eu desejo casar contigo todos os dias!

À minha orientadora, Dra Liana Lautert, pelo carinho, confiança e ensinamentos nessa trajetória. Tens minha amizade, gratidão e admiração;

Aos meus pais, Roseli e Nelso, por terem oportunizado o alcance de objetivos que culminaram nesta conquista. Obrigada por acreditarem em mim;

Às minhas irmãs, Dinara e Débora, por me apoiarem incondicionalmente. Obrigada pela cumplicidade e o amor de vocês;

À minha avó, Helsina, "minha Ominha", pelos cuidados. Lembrarei eternamente dos teus carinhos;

À minha família de Tuparendi, tias(os) e primas(os), pelo apoio em todas as horas;

Ao meu cunhado Thiago, pelo carinho e ajuda;

À minha família de Porto Alegre, sogra, sogro, avó e cunhada, pelo afeto caloroso;

*Às amigas mais que amigas, Fernanda, Cíntia, Adriana, Fabiane e Dariéli,
é muito bom sentir a força da nossa amizade. Vocês, e os respectivos
companheiros, moram no meu coração;*

*Aos amigos especiais, Karina e Luciano, William e Brenda, pela amizade
sincera e parceria em todas as horas;*

*À amiga querida, Maria Elena, pelo acolhimento às minhas lágrimas e
experiências compartilhadas;*

*À “equipe de coleta”, Dayane, Meira, Déborah e Andreia, pela competência e
parceria. Sem vocês teria sido muito difícil cumprir as metas desejadas;*

*Aos professores Dra Maria Helena P. Marziale, Dr Álvaro R. Crespo Merlo,
Dra Sônia Beatriz Cocco Souza, Dra Clarice Maria Dall’Agnol e Dra
Gisela M. S. Souto de Moura, pelo carinho e contribuições ao meu trabalho;*

Aos colegas do GISO, pela amizade e conhecimento adquirido;

*Aos professores do Programa de Pós-Graduação, pela qualidade da formação
que recebi;*

*Ao hospital, local deste estudo, pela permissão da coleta dos dados e
oportunidade de aprender;*

Meus sinceros agradecimentos a todos que contribuíram com este resultado.

De coração: Muito Obrigada!

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar a violência sofrida por trabalhadores de saúde de um hospital público de pronto socorro e as suas implicações na saúde mental desses profissionais. Desenvolveu-se um estudo transversal, de abordagem quantiquantitativa. Na primeira etapa da investigação foram mensuradas as características demográficas e laborais dos trabalhadores, a ocorrência da violência nos últimos 12 meses, bem como os Transtornos Psíquicos Menores pela aplicação do *Self-Report Questionnaire* e a Síndrome de *Burnout* com uso do *Maslach Inventory Burnout*. A seleção dos trabalhadores (n=269) foi realizada por sorteio aleatório proporcional ao estrato das categorias profissionais. Na segunda etapa do estudo foram entrevistados 20 sujeitos vítimas da violência, selecionados intencionalmente e definidos por saturação dos dados. Utilizou-se a estatística descritiva e analítica para os dados quantitativos, considerando estatisticamente significativo $p \leq 0,05$. Os dados qualitativos foram submetidos à análise temática, confrontados aos dados quantitativos e analisados a luz da psicodinâmica do trabalho. Obteve-se aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS (nº 001.014667.11.8). Na amostra prevaleceram mulheres (58,4%), com idade média de 49 anos ($\pm 7,4$) e experiência de 24,8 anos ($\pm 7,8$) no setor de saúde. Auxiliares/técnicos de enfermagem representaram 45,4% da amostra, 33,5% eram médicos, 10% enfermeiros e 11,1% outros profissionais da equipe. A violência no trabalho foi referida por 63,2% dos participantes e prevaleceu no sexo feminino ($p=0,001$), entre auxiliares/técnicos de enfermagem ($p=0,014$), com médias inferiores de idade ($p=0,044$) e de anos de escolaridade ($p=0,036$), e maior carga horária semanal ($p=0,012$). Também se associaram à violência os acidentes de trabalho ($p=0,009$), os dias ausentes ($p=0,018$), a preocupação com a violência ($p<0,001$) e a insatisfação no trabalho ($p=0,026$). A agressão verbal foi o tipo de violência que fez mais vítimas (48,7%), seguida da intimidação/assédio moral (24,9%), da violência física (15,2%), da discriminação racial (8,7%) e do assédio sexual (2,5%). Os pacientes foram os principais perpetradores da violência no trabalho (35,4%), o que foi destinado aos efeitos de drogas, à situação clínica, à condição de “bandido” ou decorrente do atendimento precário. A violência nas interações socioprofissionais expressou o abandono dos trabalhadores diante da precariedade do trabalho. Regras de ofício se mostraram fontes de fragilização das relações por resultarem de acordos que negam e racionalizam os constrangimentos do trabalho. Os Transtornos Psíquicos Menores atingiram 17,1% da amostra e associaram-se à violência ($p<0,05$). O aumento da exposição a cada tipo

de violência cresceu em 60% as chances desses transtornos (IC95%:1,2-2,1). As dimensões do *Burnout* tiveram associação com a violência no trabalho ($p<0,05$). O reconhecimento no trabalho se mostrou menos frequente dentre as vítimas da violência ($p=0,001$) e se associou inversamente à prevalência dos agravos ($p<0,05$). Medidas de segurança e espaços coletivos de negociação foram identificados como dispositivos para a promoção da saúde e a proteção à violência no trabalho. Diante dos resultados, consideram-se urgentes os investimentos com vistas a reconhecer as necessidades dos trabalhadores no que se refere à violência e seus danos à saúde do trabalhador.

Descritores: Violência. Saúde do Trabalhador. Saúde Mental. Recursos Humanos em Saúde. Psicodinâmica do Trabalho. Enfermagem.

Título: Violência no Trabalho em Pronto Socorro: implicações para a saúde mental dos trabalhadores

ABSTRACT¹

The objective of this study was analyzing the violence suffered by health-care workers at an emergency public hospital and its implications for the mental health of these professionals. A cross-sectional study of quantitative and qualitative approach was carried out. The first stage of the investigation measured the demographic and labor features of the workers, the occurrence of violence in the last 12 months as well as the Minor Psychic Disorders by applying the *Self-Report Questionnaire*, and the *Burnout Syndrome* by using the *Maslach Inventory Burnout*. The selection of workers (n=269) was performed by random sampling in proportion to the stratum of the professional categories. Upon the second stage of the study, an interview was made with 20 subjects, victims of violence who were selected intentionally and defined by the criteria of data saturation. The descriptive and analytical statistics was utilized for the quantitative data by considering $p \leq 0.05$ statistically significant. The qualitative data were submitted to the thematic analysis, then confronted with the quantitative data and analyzed in the light of the labor psychodynamics. Approval was obtained from the Ethics and Research Committee of the Municipal Health Secretariat of Porto Alegre, RS (n° 001.014667.11.8). The sampling had the prevalence of women (58.4%), with mean age of 49 (± 7.4) and 24.8 years (± 7.8) of experience in the health sector. Nursing assistants and technicians represented 45.4% of the sampling while 33.5% were physicians, 10%, nurses and 11.1%, other professionals of the team. Labor violence was reported by 63.2% of the participants and prevailed among female subjects ($p=0.001$) and nursing assistants and technicians ($p=0.014$) with lower age means ($p=0.044$) and schooling years ($p=0.036$) besides higher week working hours ($p=0.012$). In connection with violence, there were also labor accidents ($p=0.009$), days of absence from work ($p=0.018$), concern with violence ($p<0.001$) and job dissatisfaction ($p=0.026$). Verbal abuse was the kind of violence that made more victims (48.7%), followed by intimidation/bullying (24.9%), physical violence (15.2%), racial discrimination (8.7%) and sexual harassment (2.5%). Patients were the main perpetrators of violence in the work (35.4%) what was connected with effects of drugs, the clinical condition, “bandit” condition or derived from precarious attendance. Violence within social and professional interactions expressed the abandonment of the workers before the job precariousness. Occupational rules have shown themselves as sources of fragile relations

¹ Responsável pela Tradução: Professora Arlene Fritzen

because they result from agreements that deny and rationalize labor embarrassments. Minor Psychic Disorders affected 17.1% of the sampling and were connected with violence ($p<0.05$). The increase of exposure to each type of violence led to an addition of 60% on the chances of these disorders (IC95%:1.2-2.1). And, Burnout dimensions were connected with labor violence ($p<0.05$). Job recognition was reported as less frequent among violence victims ($p=0.001$) and it was inversely connected with the prevalence of the offenses ($p<0.05$). Safety measures and collective spaces for negotiation were identified as devices for health promotion and protection against labor violence. In view of the results, investments are considered urgent with the objective of recognizing the workers' needs regarding violence and its damages to the workers' health.

Descriptors: Violence. Occupational Health. Mental Health. Health Manpower. Psychodynamics of work. Nursing.

Title: Violence at emergency hospital work: implications for the workers' mental health.

RESUMEN²

El objetivo de este estudio fue analizar la violencia sufrida por los trabajadores de salud de un hospital público de emergencia y sus implicaciones en la salud mental de estos profesionales. Se desarrolló un estudio transversal, de abordaje cuantitativo y cualitativo. En la primera etapa de la investigación se mensuraron las características demográficas y laborales de los trabajadores, la ocurrencia de violencia en los últimos 12 meses, así como los Trastornos Psíquicos Menores a través la aplicación del *Self-Report Questionnaire*, y el Síndrome de *Burnout* con el uso del *Maslach Inventory Burnout*. La selección de los trabajadores (n=269) fue realizada por sorteo aleatorio proporcional al estrato de las categorías profesionales. En la segunda etapa del estudio, fueron entrevistados 20 sujetos víctimas de la violencia, seleccionados intencionalmente y definidos por saturación de los datos. Se utilizó la estadística descriptiva y analítica para los datos cuantitativos, considerándose $p \leq 0,05$ como estadísticamente significativo. Los datos cualitativos fueron sometidos al análisis temático, siendo confrontados con los datos cuantitativos y analizados a la luz de la psicodinámica del trabajo. Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética y Pesquisa de la Secretaría Municipal de Salud de Porto Alegre/RS (nº 001.014667.11.8). En el muestreo prevalecieron mujeres (58,4%), con edad media de 49 años ($\pm 7,4$) y experiencia de 24,8 años ($\pm 7,8$) en el sector de salud. Auxiliares y técnicos de enfermería representaron 45,4% del muestreo, siendo 33,5% médicos, 10%, enfermeros y 11,1%, otros profesionales del equipo. La violencia en el trabajo fue informada por 63,2% de los participantes y prevaleció en el sexo femenino ($p=0,001$), entre auxiliares y técnicos de enfermería ($p=0,014$), con medias inferiores de edad ($p=0,044$) y de años de escolaridad ($p=0,036$) y mayor carga horaria semanal ($p=0,012$). También estuvieron asociados a la violencia los accidentes de trabajo ($p=0,009$), los días ausentes ($p=0,018$), la preocupación con la violencia ($p<0,001$) y la insatisfacción laboral ($p=0,026$). La agresión verbal fue el tipo de violencia que hizo más víctimas (48,7%), seguida de la intimidación y del acoso moral (24,9%), de la violencia física (15,2%), de la discriminación racial (8,7%) y del acoso sexual (2,5%). Los pacientes fueron los principales perpetradores de la violencia en el trabajo (35,4%), lo que se atribuyó a los efectos de drogas, a la situación clínica, a la condición de “bandido” o resultante del atendimento precario. La violencia en las interacciones sociales y profesionales expresó el abandono de los trabajadores delante de la

² Responsável pela Tradução: Professora Arlene Fritzen

precariedad del trabajo. Reglas de oficio se mostraron fuentes de fragilidad en las relaciones visto que resultan de acuerdos que niegan y racionalizan los constreñimientos del trabajo. Los Trastornos Psíquicos Menores afectaron 17,1% del muestreo y estuvieron asociados a la violencia ($p < 0,05$). El crecimiento de la exposición a cada tipo de violencia aumentó en 60% las chances de estos trastornos (IC95%:1,2-2,1). Las dimensiones del *Burnout* tuvieron asociación con la violencia en el trabajo ($p < 0,05$). El reconocimiento en el trabajo se mostró menos frecuente entre las víctimas de violencia ($p = 0,001$) y se asoció inversamente a la prevalencia de los agravios ($p < 0,05$). Se identificaron medidas de seguridad y espacios colectivos de negociación como dispositivos para promoción de la salud y protección contra la violencia en el trabajo. Delante de los resultados, se consideran urgentes las inversiones con vistas a reconocer las necesidades de los trabajadores en lo que se refiere a la violencia y a sus daños a la salud laboral.

Descriptores: Violencia. Salud Laboral. Salud Mental. Recursos Humanos en Salud. Psicodinámica del Trabajo. Enfermería.

Título: Violencia en el trabajo en un hospital de emergencia: implicaciones en la salud mental de los trabajadores.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 -	Comparativo das proporções de cada categoria profissional na amostra da primeira etapa do estudo. Porto Alegre/RS, 2011.....	47
QUADRO 2 -	Categorias formadas a partir do agrupamento dos principais temas encontrados na análise das entrevistas.....	55
GRÁFICO 1 -	Distribuição do número de diferentes tipos de violência segundo o percentual de trabalhadores. Porto Alegre/RS, 2011.....	73
GRÁFICO 2 -	Distribuição da violência contra o trabalhador segundo o tipo. Porto Alegre/RS, 2011.....	74
GRÁFICO 3 -	Perpetradores da violência no trabalho segundo o tipo de violência. Porto Alegre/RS, 2011.....	89
GRÁFICO 4 -	Reconhecimento no trabalho segundo o percentual de trabalhadores vítimas e não vítimas da violência. Porto Alegre/RS, 2011.....	154
GRÁFICO 5 -	Percepção do reconhecimento no trabalho segundo a frequência dos atores sociais do trabalho em saúde. Porto Alegre/RS, 2011.....	155
GRÁFICO 6 -	Medidas para lidar com a violência no trabalho segundo a frequência de respostas confirmatórias da sua existência.....	162
GRÁFICO 7 -	Médias e Desvios-padrão da avaliação atribuída pelos trabalhadores à importância das medidas para melhoria do local de trabalho.....	167

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	Distribuição dos participantes do estudo segundo características demográficas e laborais. Porto Alegre/RS, 2011.....	60
TABELA 2 -	Distribuição dos participantes da entrevista segundo as principais características demográficas e laborais. Porto Alegre/RS, 2011.....	62
TABELA 3 -	Distribuição dos trabalhadores expostos e não expostos à violência nos últimos 12 meses, segundo características demográficas e laborais. Porto Alegre/RS, 2011.....	65
TABELA 4 -	Distribuição dos trabalhadores expostos e não expostos à violência nos últimos 12 meses, segundo intercorrências e prestígios laborais. Porto Alegre/RS, 2011.....	70
TABELA 5 -	Distribuição dos trabalhadores expostos e não expostos à violência física, segundo o sexo e a categoria profissional. Porto Alegre/RS, 2011.....	76
TABELA 6 -	Distribuição dos trabalhadores expostos e não expostos à agressão verbal, segundo o sexo e a categoria profissional. Porto Alegre, RS, 2011.....	78
TABELA 7 -	Distribuição dos trabalhadores expostos e não expostos à intimidação/assédio moral, segundo o sexo e a categoria profissional. Porto Alegre/RS, 2011.....	83
TABELA 8 -	Distribuição dos trabalhadores expostos e não expostos ao assédio sexual, segundo o sexo e a categoria profissional. Porto Alegre/RS, 2011.....	86
TABELA 9 -	Distribuição dos trabalhadores expostos e não expostos à discriminação racial, segundo o sexo e a categoria profissional. Porto Alegre/RS, 2011	88
TABELA 10 -	Distribuição das reações, providências, ajuda do supervisor e consequências para o agressor, segundo a violência física e psicológica. Porto Alegre/RS. 2011.....	120
TABELA 11 -	Médias e desvios-padrão da avaliação dos trabalhadores sobre os incômodos vivenciados após a última ocorrência de cada tipo de	

	violência física e psicológica. Porto Alegre/RS, 2011.....	128
TABELA 12 -	Médias e desvios-padrão da avaliação dos trabalhadores sobre os incômodos vivenciados após a última ocorrência da violência psicológica, segundo um ou mais tipos. Porto Alegre/RS, 2011.....	131
TABELA 13 -	Distribuição dos Transtornos Psíquicos Menores e escores do SRQ-20 segundo amostra total, vítimas da violência e o número de tipos diferentes de violência sofrida no trabalho. Porto Alegre, 2011.....	144
TABELA 14 -	Modelo de Regressão de Poisson para variáveis associadas aos Transtornos Psíquicos Menores. Porto Alegre/RS, 2011.....	145
TABELA 15 -	Distribuição das médias e níveis das dimensões do <i>Burnout</i> , bem como da Síndrome de <i>Burnout</i> , segundo a exposição dos trabalhadores à violência e ao número de tipos. Porto Alegre/RS. 2011.....	147
TABELA 16 -	Modelo de Regressão Linear Múltipla para a Dimensão Exaustão Emocional. Porto Alegre/RS. 2011.....	149
TABELA 17 -	Modelo de Regressão Linear Múltipla para a Dimensão Realização Profissional. Porto Alegre/RS. 2011.....	150
TABELA 18 -	Modelo de Regressão Linear Múltipla para a Dimensão Despersonalização. Porto Alegre/RS. 2011.....	151
TABELA 19 -	Distribuição dos Transtornos Psíquicos Menores e da Síndrome de <i>Burnout</i> para as vítimas da violência no trabalho, segundo a presença ou ausência do reconhecimento. Porto Alegre/RS, 2011.....	159
TABELA A -	Distribuição dos Transtornos Psíquicos Menores segundo as características demográficas e laborais dos trabalhadores. Porto Alegre/RS, 2011.....	206
TABELA B -	Distribuição das médias de Exaustão Emocional segundo características demográficas e laborais dos trabalhadores. Porto Alegre/RS, 2011.....	208
TABELA C -	Distribuição das médias de Realização Profissional segundo características demográficas e laborais dos trabalhadores. Porto Alegre/RS, 2011.....	210
TABELA D -	Distribuição das médias de Despersonalização segundo características demográficas e laborais dos trabalhadores. Porto Alegre/RS, 2011.....	212

LISTA DE SIGLAS

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAP/SOP - Centro de Avaliação Psicológica, Seleção e Orientação Profissional do Instituto de Psicologia
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa
COMPESQ – Comissão de Pesquisa
DC – Diário de Campo
DP – Desvio Padrão
GISO – Grupo Interdisciplinar de Saúde Ocupacional
ICN - *International Council of Nurses*
IIQ – Intervalo Interquartilico
MBI – *Maslach Inventory Burnout*
NEST - Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Trabalho
OMS - Organização Mundial da Saúde
OIT – Organização Internacional do Trabalho
PSI - *Public Services International*
RP – Razão de Prevalência
SAE – Serviço de Atendimento Externo
SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*
SRQ - *Self-Report Questionnaire*
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TPM – Transtornos Psíquicos Menores
UFMS – Universidade Federal de Santa Maria
UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
2	OBJETIVOS DO ESTUDO.....	27
2.1	OBJETIVO GERAL.....	27
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	28
3.1	A VIOLÊNCIA E O TRABALHO.....	28
3.2	PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: ELEMENTOS INSINUANTES DA VIOLÊNCIA LABORAL.....	32
3.3	REPERCUSSÕES DA VIOLÊNCIA SOBRE A SAÚDE DO TRABALHADOR.....	37
3.4	PSICODINÂMICA DO TRABALHO: BASES PARA A COMPREENSÃO DA RELAÇÃO TRABALHO-SAÚDE.....	40
4	MATERIAIS E MÉTODOS.....	45
4.1	LOCAL E PARTICIPANTES.....	45
4.2	PRIMEIRA ETAPA DO ESTUDO.....	46
4.2.1	Amostra.....	47
4.2.2	Técnicas e Instrumentos para Coleta dos Dados.....	48
4.2.3	Análise dos Dados Quantitativos.....	50
4.3	SEGUNDA ETAPA DO ESTUDO.....	51
4.3.1	Participantes.....	52
4.3.2	Técnica e Instrumento para Coleta dos Dados.....	53
4.3.3	Análise dos Dados Qualitativos.....	53
4.4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DA PESQUISA.....	56
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	59
5.1	CARATERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	59
5.2	VIOLÊNCIA LABORAL NO HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO.....	62
5.2.1	Circunstâncias de Violência: vítimas e vivências.....	64
5.2.1.1	Violência Física.....	74

5.2.1.2	Agressão Verbal.....	78
5.2.1.3	Intimidação/Assédio Moral.....	81
5.2.1.4	Assédio Sexual.....	85
5.2.1.5	Discriminação Racial.....	87
5.2.2	Origem da Violência: quem (ou o que) violenta?.....	89
5.2.2.1	Pacientes: agressores “sem culpa”.....	91
5.2.2.2	Organização e Condições de Trabalho: (por) onde operam as violências laborais.....	96
5.2.2.2.1	A revolta como Manifesto: a agressão dos agredidos.....	97
5.2.2.2.2	Trabalho sem Regra e as Regras do Ofício: engendramentos da violência entre profissionais.....	108
5.3	REPERCUSSÕES DA VIOLÊNCIA SOBRE O TRABALHADOR E A SUA SAÚDE.....	119
5.3.1	Reações e Sentimentos Gerados pela Experiência da Violência.....	119
5.3.2	Estratégias de Enfrentamento à Violência: mediações do sofrimento no trabalho.....	132
5.3.3	Agravos à Saúde Mental dos Trabalhadores: desfechos da violência no hospital de pronto socorro.....	143
5.3.3.1	Transtornos Psíquicos Menores.....	144
5.3.3.2	Síndrome de <i>Burnout</i>	146
5.4	DISPOSITIVOS PROMOTORES DA SAÚDE E PROTETORES DA VIOLÊNCIA NO TRABALHO.....	152
5.4.1	Reconhecimento no Trabalho: entre a identidade e o adoecimento.....	152
5.4.2	Medidas de Segurança e Espaços de Negociação: imperativos da mudança no hospital que pede socorro.....	161
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	173
6.1	RECOMENDAÇÕES.....	177
	REFERÊNCIAS.....	179
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	194
	APÊNDICE B – Questionário de Pesquisa.....	195
	APÊNDICE C – Tabela A.....	206
	APÊNDICE D – Tabela B.....	208

APÊNDICE E – Tabela C.....	210
APÊNDICE F – Tabela D.....	212
APÊNDICE G – Roteiro de Entrevista.....	214
ANEXO A – Documento de Aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS.....	215
ANEXO B – Documento de Aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa.....	216

1 INTRODUÇÃO

O fenômeno da violência tem caracterizado historicamente as relações humanas na sociedade e expressa e dramatiza processos históricos complexos marcados por uma estrutura desigual e injusta⁽¹⁾. No mundo do trabalho, a violência se potencializa pelas típicas relações de exploração, autoritarismo, subordinação e punição que configuram a sociedade capitalista e que tomam o ser humano como peça descartável no engendramento das relações de mercado.

Questionar a violência no trabalho remete à era da escravidão da mão de obra humana, período em que se ignorou a dignidade, o reconhecimento dos direitos da pessoa e das garantias fundamentais que integram a existência de todo cidadão⁽²⁾. Contudo, o olhar atento à atualidade permite observar que, em diferentes setores produtivos, a sujeição encontra-se vestida pelas roupagens da gestão pelo medo, das práticas participativas forçadas, da imposição sutil de autoaceleração, da multifuncionalidade, dentre outros métodos voltados ao controle maximizado. São processos de dominação que mesclam insegurança, incerteza, sujeição, competição, proliferação da desconfiança e do individualismo, sequestrando o tempo e a subjetividade do trabalhador⁽³⁾.

Além disso, os vínculos cada vez mais frágeis de trabalho, à sombra do alto índice de desemprego, fazem com que os limites humanos sejam escondidos ou subjugados frente ao medo da discriminação e da exclusão, sentimento que coloca os sujeitos contemporâneos à margem do conformismo e da submissão às situações precárias de trabalho⁽³⁾. Em decorrência disso, os riscos para a vida e a vulnerabilidade ao adoecimento tendem a ser negados, inclusive pelo próprio trabalhador, mesmo quando se apresentam na forma de doenças relacionadas ao trabalho, acidentes, ou, ainda, sob forma de patologias silenciosas, sem nexo causal direto ou específico com o processo de produção⁽⁴⁾.

Desse modo, as relações de trabalho cada vez mais perversas têm ocasionado transformações que modificam o sentido do trabalho, de fonte de realização e emancipação para fonte de servidão. Como servidão, o trabalho exerce a função de aprisionar o trabalhador nas armadilhas dos modos de gestão e da organização do trabalho, dando lugar à violência e excluindo o trabalhador da sua condição de alteridade⁽⁵⁾.

O progressivo e constante aumento das situações de violência no âmbito laboral vem se constituindo em um importante problema de Saúde Pública, que tem impacto na dignidade e na qualidade de vida dos trabalhadores. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência no trabalho como resultado da interação complexa de diversos fatores, onde se

destacam as condições e a organização do trabalho, bem como a interação trabalhador-agressor⁽⁶⁻⁷⁾.

Para a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a violência no âmbito laboral caracteriza-se por incidentes envolvendo abuso, ameaça ou ataque em circunstâncias de trabalho, incluindo os trajetos até/do trabalho. Nesse sentido, as manifestações da violência se configuram como malefícios explícitos ou implícitos à segurança, bem-estar ou saúde do trabalhador⁽⁸⁾.

Cabe ressaltar que, mesmo quando percebida de forma objetiva, a violência resulta em danos difíceis de avaliar, principalmente os não físicos, uma vez que frequentemente o trabalhador opta pelo silêncio como resposta à agressão devido à vergonha, humilhação ou medo de represálias. No entanto, ao sofrê-la, o trabalhador experimenta a perda da autoestima e da confiança sobre as suas competência profissionais, gerando sentimentos de impotência e de insatisfação, tendências depressivas, transtornos sexuais, absenteísmo e desinteresse pelo trabalho⁽⁹⁾.

O setor da saúde apresenta elevado potencial para a ocorrência de agressões a trabalhadores, pois, além de inúmeros riscos aos quais os profissionais da saúde encontram-se expostos, esses trabalhadores ainda estão em contato constante com o público, com quem interagem intensamente⁽¹⁰⁾. Essa interação humana, além de ser constante, permeia aspectos da dor, do sofrimento e da morte, o que potencializa e tensiona conflitos antes próprios do convívio interpessoal.

Diante desse cenário, pesquisas sinalizam as consequências da violência para a saúde dos trabalhadores. Estudo de coorte realizado em 10 países da Europa⁽¹¹⁾ mostrou que a exposição dos cuidadores à violência está relacionada à ocorrência da Síndrome de *Burnout*. Uma pesquisa canadense⁽¹²⁾ apontou que a violência no local de trabalho aumenta significativamente a probabilidade de absenteísmo dos enfermeiros, de insatisfação no trabalho e de prejuízo à saúde física e mental, o que pode impactar negativamente na qualidade dos cuidados prestados à saúde da população.

Ainda quanto às repercussões da violência, estudo desenvolvido na China⁽¹³⁾ apontou que a violência no trabalho representa um importante fator de risco à capacidade para o trabalho entre profissionais da saúde. Em Taiwan⁽¹⁴⁾, a violência que atinge profissionais enfermeiros repercutiu em pior avaliação de saúde geral, saúde mental e qualidade de vida, além de maior demanda psicológica e baixo controle nas atividades laborais.

Assim, a violência no âmbito dos serviços de saúde tem se apresentado como um fenômeno global, como indica pesquisa realizada conjuntamente pela Organização

Internacional do Trabalho (OIT), o International Council of Nurses (ICN), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Public Services International (PSI)⁽¹⁰⁾. Essa pesquisa investigou países como a Bulgária, Líbano, Portugal, África do Sul, Tailândia, Austrália e Brasil, apontando os trabalhadores de saúde como vítimas da violência no trabalho.

O Brasil integrou o estudo mencionado, onde se fez um diagnóstico da violência no setor de saúde do Rio de Janeiro encontrando-se 46,7% de trabalhadores vítimas de pelo menos um episódio de violência no último ano. Os auxiliares de enfermagem constituíram o grupo mais vulnerável à agressão física e discriminação racial, sendo esses fenômenos perpetrados principalmente pelos pacientes e familiares⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Nessa pesquisa, os enfermeiros foram as maiores vítimas das agressões verbais originadas por colegas e chefias. Esses protagonistas da violência no trabalho ainda foram os mais apontados para o assédio moral e o assédio sexual⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Outro estudo brasileiro⁽⁹⁾, realizado em um serviço obstétrico de um hospital universitário da Região Nordeste, destacou a característica relacional do trabalho em saúde como fator determinante para a exposição dos trabalhadores à violência verbal e não verbal. A pesquisa ainda sinalizou para a vulnerabilidade das auxiliares de enfermagem frente às agressões praticadas pelos pacientes sob seus cuidados, as quais comprometem inevitavelmente a relação dessas trabalhadoras com o seu labor.

Uma investigação⁽¹⁸⁾ realizada em um setor de urgência e emergência do Estado do Mato Grosso apontou as violências estrutural/institucional e comportamental/relacional como vias pelas quais o fenômeno da violência opera no trabalho em saúde. Focalizando o trabalho da enfermagem, o estudo apontou a alta demanda do serviço como fator que compromete a organização do trabalho e contribui para a produção de violências menores nesse contexto, resultado também apontado por pesquisa realizada no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, Rio Grande do Sul⁽¹⁹⁾.

No estudo⁽²⁰⁾ realizado em um hospital público do Estado de Santa Catarina, a violência no contexto de trabalho em saúde pôde ser comparada a uma moeda com duas faces. Essa analogia se deve à constatação de que ora o profissional é o agredido, ora ele representa o agente perpetrador da violência.

Nos serviços de pronto-atendimento de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, 83,3% dos médicos foram vítimas da violência no trabalho, a qual se originou dos pacientes e familiares, na maioria das situações. Os mesmos profissionais relataram o abandono ao posto de trabalho como alternativa frente às repercussões da violência laboral⁽²¹⁾.

Em um serviço de urgência da cidade de Londrina, Estado do Paraná, também se constatou grande número de profissionais vítimas de violência, para os quais essas ocorrências estiveram relacionadas em mais de 50% à superlotação do ambiente, sobrecarga de trabalho e ao mau atendimento recebido pelos pacientes⁽²²⁾. Todos esses resultados apontam a violência como resultante de um contexto estrutural que não oferece suporte suficiente para a construção de relações humanas saudáveis no âmbito da saúde.

Tendo isso em vista, cabe considerar a atual conjuntura precária dos serviços de saúde brasileiros, que coloca os trabalhadores e pacientes à mercê da violência estrutural, tornando esses grupos mais vulneráveis ao sofrimento e à morte⁽²³⁻²⁴⁾. Na vida do trabalhador, a violência estrutural pode ser entendida como aquela que submete o profissional a jornadas duplas e intensas de trabalho, condições insalubres e desfavoráveis ao labor, bem como a relações humanas agressoras, estimuladas pelo tipo de organização do trabalho⁽¹⁸⁾. Além disso, os acidentes podem ser considerados uma forma de violência estrutural, uma vez que, frequentemente, não se trata de eventos isolados⁽²⁴⁾.

Assim, considera-se importante ressaltar o caráter enigmático e de invisibilidade de alguns percalços constituintes do trabalho, o que, no contexto da saúde, permite expor os profissionais a diferentes formas de violência ocultadas na relação de serviço⁽⁹⁾. Desse modo, os profissionais de saúde enfrentam no seu cotidiano de trabalho tipos específicos de violências que podem ser mais ou menos acentuadas de acordo com o local de atuação, junto ao qual se legitimam poderes simbólicos⁽²⁴⁾ que instalam violências identificáveis e menos explícitas, mas igualmente prejudiciais pelos danos que acarretam nos profissionais⁽¹⁸⁾.

Observa-se, portanto, que, no cenário brasileiro, tanto a violência estrutural quanto a relacional têm caracterizado o trabalho em saúde e, diante desses dados, constata-se um fenômeno preocupante, uma vez que se está falando de setor responsável pela produção de cuidados à saúde. Assim, o interesse em aprofundar questões relacionadas à violência no trabalho em saúde surgiu dessa preocupação e também foi instigado pelos resultados da dissertação de mestrado realizada pela pesquisadora, intitulada “Enfermagem, Trabalho e Saúde: cenas e atores de um serviço público de pronto socorro”⁽¹⁹⁾. Esse estudo teve por objetivo compreender a relação entre trabalho e saúde no cotidiano da enfermagem que atua na unidade de urgência e emergência, e encontrou a violência como fator atravessador dessa relação.

A pesquisa de campo realizada para a construção da referida pesquisa possibilitou presenciar cenas de agressividade na interação entre profissionais e usuários do serviço. Além disso, os trabalhadores de enfermagem se denominaram vítimas frequentes da violência,

principalmente manifestas por gritos, palavrões e ameaças, mas também na forma física. Dessa maneira, o fenômeno da violência foi observado de forma explícita na organização do trabalho da unidade de emergência e, implicitamente, na relação com a saúde dos trabalhadores de enfermagem.

Assim, o presente projeto de tese buscou dar continuidade e profundidade ao estudo desse fenômeno e à trajetória da pesquisadora no campo da saúde do trabalhador. Tratou-se, portanto, de uma investigação vinculada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS e inserido na linha de pesquisa Gestão em Saúde e Enfermagem e Organização do Trabalho. Além disso, é importante mencionar que essa trajetória tem sido percorrida juntamente com o Grupo Interdisciplinar de Saúde Ocupacional (GISO/UFRGS), espaço de estudos e pesquisas sobre o mundo do trabalho e as relações com os agravos à saúde dos trabalhadores.

A iniciação da pesquisadora ao estudo dessa temática se deu ainda na graduação em Enfermagem junto à Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul. Nessa ocasião, a participação no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Trabalho (NEST/UFSM) despertou o olhar à questão e às primeiras leituras relacionadas ao tema.

O tempo dedicado ao estudo da relação trabalho-saúde permite afirmar um posicionamento que parte da compreensão de trabalho como uma atividade eminentemente humana e fornecedora de saúde ou de adoecimento, o que está baseado na abordagem da psicodinâmica do trabalho de Christophe Dejours^a (26). Nessa vertente, entende-se que as repercussões do trabalho na saúde do indivíduo estão diretamente relacionadas às condições de trabalho e, mais ainda, à organização do labor, a qual é caracterizada pelas dimensões da divisão do trabalho e das pessoas.

Desse modo, a organização do trabalho é influenciada pela evolução dos laços sociais e da história, indo muito além da racionalidade que tenta controlar as situações cotidianas. Assim, pensar na organização do trabalho requer extrapolar aspectos físicos, alcançando a subjetividade individual, as relações interpessoais e a sutil rede intersubjetiva mobilizada pelo trabalho^(5,27), bem como os valores simbólicos⁽²⁵⁾ agregados ao contexto social do trabalho.

Nesse sentido, o reconhecimento pelo trabalho seria uma das principais formas de mobilização e potencialização da saúde do sujeito. Em seus diferentes modos de expressão, o

^a Christophe Dejours é psiquiatra, psicanalista e professor no *Conservatoire National des Arts et Métiers*, em Paris. Como pesquisador, dirige o Laboratório de Psicologia do Trabalho e da Ação e é reconhecido mundialmente pelas suas contribuições ao estudo da relação entre saúde e trabalho. Sua teoria para a compreensão dessa relação partiu de investigações das psicopatologias laborais e evoluiu para o estudo da psicodinâmica do trabalho, a qual está apoiada em uma teoria do sujeito e em uma teoria do trabalho, sendo que a primeira refere-se aos pressupostos freudianos e a segunda, à ergonomia francesa.

reconhecimento funciona como mediador da construção da identidade no campo social, promovendo realização, emancipação e saúde⁽²⁶⁾.

No entanto, nas atividades de serviços de saúde, em que a produção é imaterial, há uma tendência de que a contribuição do trabalhador seja invisível, uma vez que a dimensão relacional dos cuidados parece resistir a uma análise em termos de saber-fazer ou de habilidades, pois o “relacional” se define muito mais facilmente na esfera do saber-ser, do não trabalho, do que propriamente na esfera laboral. Essa invisibilidade expõe o trabalhador a um contexto menos favorável à transformação do sofrimento em prazer⁽²⁸⁻²⁹⁾.

Ainda sobre essa questão, entende-se que o trabalhador que é acometido pela violência tem afetadas, antes de tudo, as suas necessidades de retribuição subjetiva e objetiva do labor, no nível do reconhecimento. Oposto a isso, a violência é justamente o modo mais agudo de revelar o total desrespeito e desconsideração pelo outro⁽³⁰⁾.

Segundo a psicodinâmica do trabalho, o reconhecimento é uma retribuição simbólica do labor, o qual se dá pelo julgamento de utilidade e de estética sobre as contribuições do trabalhador. Nessa perspectiva, o reconhecimento de utilidade se origina dos chefes (superiores) e dos usuários (consumidores), enquanto que a beleza é a contribuição de pertencimento e singularidade do sujeito para com os pares (colegas)⁽²⁸⁾.

Diante do exposto, a problemática da violência inserida no setor de saúde, sendo provocada pelos pares, pelos superiores, pelos pacientes ou pela própria estrutura dos serviços, leva a questionar sobre as suas repercussões à saúde do trabalhador. Isso ganha destaque justamente porque as agressões são originadas por aqueles de quem o trabalhador deseja e necessita de reconhecimento.

Assim, além dos danos objetivos, entende-se que a violência no labor danifica o sujeito quanto ao reconhecimento, deixando-o exposto ao sofrimento e, por consequência, ao adoecimento. Compreende-se sofrimento no trabalho como uma vivência individual e/ou compartilhada, consciente e/ou inconsciente, de experiências dolorosas como angústia, medo e insegurança, provenientes dos conflitos entre as necessidades de gratificação das pessoas e as restrições impostas pelo ambiente⁽⁵⁾.

Frente a essa suposição, o que preocupa é o resultado que isso traz à produção quando se trata da prestação de serviços de saúde, uma vez que esta se destina ao cuidado de pessoas. Dessa forma, a investigação realizada partiu da compreensão de que o fenômeno da violência está presente no trabalho em saúde, mas que ainda é necessário desvelar associações que permitam discutir sobre as suas implicações subjetivas e objetivas para a saúde dos profissionais, bem como sobre o trabalho em si.

Diante do exposto, tomou-se um hospital de importância singular na atenção à saúde da população do Estado do Rio Grande do Sul para questionar: Como a violência se apresenta neste cenário e que implicações ela traz à saúde dos trabalhadores?

Essas questões nortearam o desenvolvimento do estudo, que recorreu a uma abordagem quantiqualitativa para sustentar a **tese de que a violência laboral^b que acomete trabalhadores de um hospital público de pronto socorro influencia na saúde mental desses profissionais.**

Assim, a investigação desenvolvida partiu da pressuposição de que essa implicação poderia estar concretizada na vivência de doenças psíquicas. Tem-se, portanto, a **hipótese de que a violência no trabalho se associa aos danos à saúde mental, dentre os quais poderiam estar a Síndrome de *Burnout* e/ou Transtornos Psíquicos Menores.**

A suposição baseada nesses agravos esteve pautada na frequência com que tais desordens têm sido identificadas em profissionais da saúde⁽³¹⁻⁴⁰⁾. A Síndrome de *Burnout* é caracterizada pela vivência de alta exaustão emocional e despersonalização, com baixa realização profissional⁽⁴¹⁻⁴²⁾; e os Transtornos Psíquicos Menores são descritos pela presença de sintomas depressivos, ansiosos e psicossomáticos⁽⁴³⁻⁴⁵⁾.

Além da hipótese inicial, a investigação foi conduzida por pressupostos não mensuráveis, mas que permitiram agregar e aprofundar reflexões acerca de elementos subjetivos e objetivos implicados na experiência da violência e na sua repercussão para a saúde dos trabalhadores. Assim, **o estudo ainda se baseou nos seguintes pressupostos:**

- **A violência laboral causa sofrimento ao trabalhador devido às repercussões que ocasiona no seu reconhecimento, elemento essencial para a manutenção da sua saúde;**
- **A violência é influenciada pela organização do trabalho;**
- **Os trabalhadores não são indiferentes à violência laboral, reagem a ela de forma consciente ou inconsciente, a fim de se protegerem contra o adoecimento.** A escuta dessa vivência ofereceu subsídios para a identificação de medidas de proteção e promoção da saúde, controle e prevenção da violência no trabalho.

O objeto de estudo vislumbrado pela presente tese exigiu o alcance de elementos manifestos e latentes do processo de trabalho em saúde, os quais foram buscados pela abordagem aos protagonistas deste campo: os trabalhadores do setor de saúde. Contudo, o alcance dessa meta de investigação foi, antes de tudo, um desafio, pois mesmo o mais óbvio

^b Com base no referencial da psicodinâmica do trabalho, o presente estudo considera violência laboral como sinônimo de violência no trabalho.

dos atos violentos, a agressão física, não é tão simples de ser identificado, porque pode envolver tantas sutilezas e tantas mediações que, muitas vezes, vem a ser descaracterizado como violência⁽⁴⁶⁾.

2 OBJETIVOS DO ESTUDO

A fim de responder às proposições e à hipótese que orientaram a presente pesquisa, apresentam-se neste capítulo os objetivos almeçados.

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a violência sofrida por trabalhadores de saúde de um hospital público de pronto socorro e as suas implicações na saúde mental desses profissionais.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar a ocorrência da violência no contexto de trabalho em saúde e caracterizá-la quanto ao tipo, suas vítimas e perpetradores.
- b) Verificar associações e correlações entre violência, Síndrome de *Burnout* e Transtornos Psíquicos Menores.
- c) Compreender as repercussões da experiência da violência laboral, bem como a influência da organização do trabalho nessas vivências.
- d) Identificar dispositivos protetores e promotores da saúde no trabalho frente à experiência da violência laboral.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os conceitos apresentados e discutidos neste tópico versam sobre as temáticas: violência, trabalho e saúde. Além disso, o referencial que deu suporte ao estudo da relação entre esses construtos está pautado em conceitos da psicodinâmica do trabalho, os quais são mais explorados no quarto item do presente capítulo.

3.1 A VIOLÊNCIA E O TRABALHO

A problemática da violência na contemporaneidade atingiu tamanha magnitude que não é mais possível estar alheio a ela, uma vez que o medo e a insegurança passaram a ter destaque entre as preocupações do mundo atual. No âmbito da saúde pública, o fenômeno já é considerado uma epidemia, atribuindo ao Sistema Único de Saúde o desafio de dar solução para as consequências da violência sobre a manutenção da saúde e da vida. Enquanto isso, para a sociedade como um todo, a complexidade do fenômeno exige mais do que medidas de punição para o combate da violência⁽⁴⁷⁾.

Segundo o Relatório Mundial sobre a Violência e a Saúde, publicado pela OMS em 2002, a violência integra um processo histórico e, para mudar o curso da mesma, é necessário uma restauração da funcionalidade social, de suas instituições básicas formais e não formais, além da própria família. Cada vítima da violência é apenas uma expressão momentânea da sua magnitude e, por isso, todas as instituições devem atentar para os diversos aspectos implicados na violência e na ruptura dos laços de convivência que tornam a sociedade vulnerável a ela⁽⁶⁻⁷⁾.

A violência é, portanto, um fenômeno que resulta da interação complexa de fatores individuais, relacionais, culturais e ambientais, sendo o seu combate necessário sempre que ela diz respeito à saúde ou ao bem-estar dos indivíduos. A OMS conceitua a violência como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação⁽⁴⁸⁾.

Nessa conceituação, é possível perceber a intencionalidade da ação, bem como a inclusão de atos que resultam de uma relação de poder, como ameaça, intimidação,

negligência ou atos de omissão. Assim, podem-se chamar de violência as situações de injúria psicológica, privação e desenvolvimento precário. A abrangência do termo permite também considerar os malefícios que não produzem sofrimento ou morte, mas impõem condições adversas aos indivíduos, famílias, comunidades e sistemas de saúde em todo o mundo⁽⁴⁹⁾.

Quanto às consequências da violência, é possível compreendê-las como imediatas ou latentes. Assim, pressupõe-se que a sua duração pode se estender por muitos anos após o ato abusivo inicial, o que impõe, portanto, ir além da análise baseada exclusivamente nos ferimentos ou na morte, quando se busca vislumbrar os efeitos da violência⁽⁴⁹⁾.

Na perspectiva do agressor, a violência pode ser compreendida como autoinfligida, a qual inclui comportamento suicida e autoagressão. A violência interpessoal pode ser entendida como aquela que se origina da família e/ou dos parceiros íntimos, enquanto que a violência na comunidade tem como fonte instituições como escolas, locais de trabalho, prisões e asilos. A violência coletiva engloba o âmbito social, político e econômico, podendo ser cometida por grandes grupos ou por países, com motivações múltiplas⁽⁴⁹⁾.

Aprofundando as questões colocadas, pode-se dizer ainda que a violência existe quando há persuasão ao ponto da pessoa ter suas realizações efetivas, somáticas e mentais abaixo de suas realizações potenciais. Isso poderia ocorrer nas formas de: violência clássica; pobreza ou privação de necessidades materiais básicas; repressão ou privação de desejos humanos, e alienação ou privação de necessidades maiores⁽⁵⁰⁾.

Dessa maneira, além da dimensão direta e pessoal da violência clássica, o abuso pode ocorrer de forma indireta e estrutural, cuja origem e as repercussões carecem de maior análise, pois tendem a ser menos visíveis ou ocultas, resultando nas três formas de privação antes descritas e que compõe a violência estrutural. A violência estrutural inscreve-se na estrutura da sociedade, não tendo assim um autor, senão um estado permanente de violência que não pode ser classificado como natural ou inevitável, pois é algo inerente à estrutura social⁽⁵⁰⁾.

Acrescido a isso, a violência estrutural também é considerada como aquela que oferece um marco à violência do comportamento e se aplica tanto às estruturas organizadas e institucionalizadas da família como aos sistemas econômicos, culturais e políticos. Ela conduz à opressão de grupos, classes, nações e indivíduos, aos quais são negadas conquistas da sociedade, tornando-os mais vulneráveis que outros ao sofrimento e à morte⁽⁵¹⁾.

No Relatório Mundial sobre Violência e a Saúde⁽⁶⁻⁷⁾, é descrita a necessidade de compreender o fenômeno da violência a partir da relação entre os fatores individuais e contextuais, sendo a violência um produto das múltiplas influências do contexto sobre o comportamento. Assim, se propõe interligar fatores de ordem individual às relações

interpessoais ou familiares, ao nível comunitário e social, como sendo um conjunto de forças que potencializam, facilitam ou estão na origem da violência.

Ao abordar de onde se origina a violência, além dos fatores biológicos e demográficos da história pessoal e do comportamento do perpetrador, como a impulsividade, o baixo nível educacional, o abuso de substância química e a história passada de agressão e abuso, devem ser consideradas as relações sociais próximas, com companheiros, parceiros íntimos e membros da família. Esses, por sua vez, teriam o potencial de moldar o comportamento violento do indivíduo e o âmbito de sua experiência⁽⁶⁻⁷⁾.

Além disso, a violência é influenciada pelos contextos comunitários nos quais estão inseridas as relações sociais, tais como escolas, locais de trabalho e bairros. Assim, torna-se necessário caracterizar os cenários associados ao fato dos indivíduos ou coletivos serem vítimas ou agressores. Os fatores da sociedade tornam-se significativos para a análise da violência, os quais incluem o clima aceitável para o ato abusivo/agressivo, bem como aqueles que diminuem as inibições contra ela ou sustentam normas que, de alguma forma, combatem a violência, seja mediante políticas de saúde, educacionais, econômicas ou sociais⁽⁶⁻⁷⁾.

É preciso, portanto, compreender o tema da violência como uma necessidade de saúde pública e assumi-lo não pelo paradigma da repressão ou da punição, mas como um fenômeno que precisa ser prevenido tendo por base o referencial da promoção da saúde humana^(48,52), cuja proposta está atrelada às noções de “estilo de vida” e “ação intersetorial”⁽⁵³⁾.

Frente ao exposto, destacam-se aqui os cenários onde a violência tem sido menos visível do que no contexto das ruas, por exemplo, mas também com efeitos devastadores sobre os seres humanos. Fala-se, a partir daqui, especificamente sobre os ambientes de trabalho, os quais são espaços coletivos que refletem os conflitos histórico-sociais da humanidade e, assim, a violência também se expressa no uso do poder, tendo como pano de fundo os múltiplos interesses envolvidos nas relações estabelecidas.

Diante da problemática, acredita-se que a investigação da violência no trabalho deve ser pautada com base nas experiências cotidianas, uma vez que ela nem sempre se apresenta como um ato facilmente identificável, mas muitas vezes se insinua como um fato natural, cuja essência passa despercebida. Assim, identificar uma violência, por vezes, pode demandar esforços na tentativa de superar sua aparência como ato rotineiro, natural e inscrito na ordem das coisas⁽⁴⁶⁾, como se fossem conflitos próprios do trabalho. Essa questão foi apontada no relatório do projeto de vigilância da violência, do Ministério da Saúde, o qual sinalizou que, em muitos cenários, a violência pode ser de difícil vigia por ser tolerada, silenciada ou desculpada⁽⁵⁴⁾.

Na abordagem da violência no mundo do trabalho, o fenômeno tem sido analisado pela OIT nas modalidades de agressão física e psicológica, sendo a primeira resultante do emprego da força física contra outra pessoa ou grupo, a qual produz danos físicos, sexuais ou psicológicos, incluindo empurrões, tapas, socos, punhaladas, tiros, dentre outras formas. A violência psicológica, por sua vez, tem sido observada pelo uso deliberado do poder ou ameaças de se utilizar da força física contra outra pessoa ou grupo, o que pode prejudicar o desenvolvimento moral, físico, mental, espiritual ou social. Assim, também têm sido considerados como violência psicológica a agressão verbal (definida pelo comportamento humilhante e desrespeitoso à dignidade), a intimidação/assédio moral (definida pela humilhação com ataques persistentes), o assédio sexual (ofensa ou constrangimento de natureza sexual) e a discriminação racial (conduta ofensiva com base em raça, cor, nacionalidade, religião ou associação com uma minoria)^(8,17).

Na determinação da violência psicológica, há nomenclaturas específicas que vêm sendo utilizadas na avaliação das relações que desmoralizam o trabalhador. Os termos *mobbing*, *bullying*, assédio moral ou assédio psicológico no trabalho têm sido usados para definir a violência pessoal, moral e psicológica, vertical ou horizontal, no ambiente de trabalho⁽⁵⁵⁾.

Nessa perspectiva, os assédios podem se instaurar como ataques destinados a pessoas de níveis hierárquicos superiores (assédio ascendente) ou trabalhadores do mesmo nível (assédio horizontal). No entanto, a forma mais comum de assédio no trabalho tem sido aquela em que a pessoa que detém o poder, através de depreciação, falsas acusações, insultos e ofensas, mina a esfera psicológica do trabalhador (assédio descendente)⁽⁵⁵⁾.

Estudo recente⁽⁵⁶⁾ afirma que o assédio moral é uma violência que, em maior ou menor grau, pode ser sofrida, testemunhada e praticada simultaneamente pelo(s) indivíduo(s). Dessa forma, os papéis assumidos pelos profissionais podem variar de acordo com as particularidades dos contextos laborais.

Embora a violência moral e a psicológica sejam mais pesquisadas nos países desenvolvidos, devido ao prejuízo que trazem para a força de trabalho e, conseqüentemente, ao setor econômico, a sua ocorrência e impacto podem ser confirmadas mundialmente, assinalando uma síndrome psicossocial multidimensional. Isso acontece porque esse tipo de abuso no trabalho está relacionado a um complexo de sintomas físicos e psíquicos específicos e inespecíficos, não redutíveis a uma configuração típica e facilmente diagnosticável, mas com conseqüências para o indivíduo, o grupo de trabalho e a organização. Além disso, esses abusos produzem disfunções em nível individual e coletivo, que se originam e se

desenvolvem articulados a todos os níveis hierárquicos da organização, trazendo importantes repercussões externas⁽⁵⁵⁾.

No trabalho junto ao setor de saúde, o assédio moral tem se apresentado sob a forma de humilhações e ameaças em público e a portas fechadas, bem como por meio da depreciação da imagem profissional, boatos e rumores maldosos e cobranças exageradas ou incoerentes por parte das chefias⁽⁵⁷⁾. Além disso, as situações geradoras de sofrimento moral pelos trabalhadores da saúde têm sido associadas à carência de recursos materiais e à sobrecarga de trabalho, a qual está relacionada à insuficiência de recursos humanos⁽⁵⁸⁾.

Por outro lado, os pacientes têm sido apontados como principais perpetradores da violência no setor de saúde⁽⁸⁾. Sobre essa questão, convém destacar que, quando as regras e formas de funcionamento do serviço geram insatisfação, frustração e sentimento de injustiça, isso passa a influenciar diretamente na relação entre o trabalhador e o público, já que as interações são intensas durante as atividades de cuidado à saúde. Assim, os trabalhadores, vistos como atores de tal funcionamento e de determinadas regras, tornam-se vulneráveis às reações agressivas por parte dos usuários⁽⁵⁹⁾.

Dessa forma, na interação entre o trabalhador e o agressor, múltiplos níveis de determinação se articulam, dentre os quais se destacam as condições e a organização do trabalho⁽⁵⁹⁾. Diante disso, pode-se dizer ainda que a violência no setor de saúde tem origem na força/poder institucional⁽⁶⁰⁾, junto com a qual se propagam outras formas de violência⁽⁶¹⁾.

Tendo isso em vista, torna-se relevante buscar subsídios teóricos acerca do processo de trabalho em saúde, pois este constitui e é constituído de relações que produzem ou potencializam determinadas formas de viver e organizar o trabalho, incluindo aquelas promotoras de saúde ou da violência laboral. Diante disso, o tópico seguinte se propõe a apresentar elementos que caracterizam o processo de trabalho em saúde e que, no percurso da produção, de alguma forma, podem se constituir em aspectos que insinuam a violência laboral.

3.2 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: ELEMENTOS INSINUANTES DA VIOLÊNCIA LABORAL

O trabalho em saúde, apesar de compartilhar características do processo de produção do setor de prestação de serviços, apresenta peculiaridades que o diferenciam dos demais, pois

se destina à manutenção de condições essenciais à vida humana, ocorrendo de forma indissociável das relações entre quem necessita do serviço e quem o presta. A produção originada desse processo se caracteriza pela sua imaterialidade – o cuidado terapêutico – o qual se completa na própria ação de sua realização e tem seu produto inseparável do processo que o produz⁽⁶²⁾.

Trata-se, contudo, de um fazer determinado pelo processo histórico-social, o qual tem sido influenciado pelo paradigma da ciência em relação às concepções de saúde e de doença, pelos recursos tecnológicos disponíveis, bem como pela organização do trabalho e modo de produção. Outro determinante do trabalho em saúde são as demandas sociais em relação à saúde, além da influência da lógica da acumulação de capital e das inovações dos outros setores produtivos, sob a pressão da sociedade civil e de consumo⁽⁶²⁾.

Dessa forma, pode-se dizer que o trabalho em saúde tem sido diretamente afetado pelas inovações na biotecnologia, na produção de equipamentos e medicamentos, nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos e na utilização dos recursos da informática, informação e comunicação⁽⁶²⁻⁶³⁾. Assim, a organização do trabalho desse setor foi intensamente afetada pelo desenvolvimento tecnológico e pela especialização, mas a implicação dessa mudança não se deu com a substituição dos trabalhadores por equipamentos, como ocorreu em outros setores, mas sim com mudanças no arranjo tecnológico das práticas de saúde⁽⁶⁴⁾.

Além disso, os discursos gerenciais com base na ideologia da excelência também têm atingido o setor de serviços e, dessa forma, no campo da saúde igualmente se tem utilizado recursos sedutores e promessas falaciosas, alinhados aos mais profundos e primários desejos dos sujeitos. Essa ideologia, por sua vez, tem representado terreno fértil para a instauração de patologias como a sobrecarga, aceleração, servidão voluntária e as práticas de violência⁽⁵⁾.

Assim, a manipulação por meio de ameaças, alimentada pelo medo e o sofrimento no ambiente de trabalho tem sido utilizada, perversa e frequentemente, como instrumento de gestão. Diante disso, o sofrimento fica facilmente oculto atrás das vitrines do progresso para os diversos setores produtivos⁽⁵⁾.

Ainda no que tange à inovação tecnológica em saúde, a relação entre os recursos disponíveis para a assistência e o aumento ou diminuição das cargas de trabalho estaria associada à maneira como se utilizam essas tecnologias e como ela se insere e modifica a organização do trabalho no cotidiano. Nessa direção, “a tecnologia não é a simples aplicação e transferência de uma técnica neutra, mas acontece mediada pelas condições de trabalho e pelo sujeito trabalhador”⁽⁶⁵⁾.

Para a psicodinâmica do trabalho, as transformações técnicas e organizacionais introduzidas nos processos de trabalho têm suscitado um acentuado desgaste no trabalhador, revelado através de distúrbios orgânicos, psíquicos ou mistos. Nessa vertente de análise, as repercussões do trabalho sobre o trabalhador são derivadas tanto das condições como da organização do trabalho⁽⁶⁶⁾.

Cabe considerar, sobretudo, que o processo de trabalho em saúde se organiza tendo como finalidade a ação terapêutica destinada a indivíduos ou grupos sadios, doentes ou expostos a riscos. Assim, apesar da objetividade que caracteriza o conhecimento da clínica e as tecnologias a ele associadas nas ações terapêuticas, o trabalho em saúde tem a subjetividade como um elemento intrínseco ao processo, uma vez que o ser humano – objeto de trabalho – interfere constantemente no processo de produção⁽⁶⁷⁾.

As práticas de intervenção em saúde constituem uma dimensão relevante na vida humana, em que, além do saber-fazer profissional e dos conhecimentos e competências envolvidos, estão relacionadas as condições objetivas de vida e trabalho no contexto social, permeando as ações dos atores sociais por intermédio dos processos de intersubjetivação⁽⁶⁸⁾. Assim, o processo de trabalho em saúde sempre é constituído por interações intersubjetivas mediadas pela estrutura das organizações de saúde e das instituições sociais.

Nessa perspectiva, pode-se afirmar que todo trabalho em saúde é feito do encontro entre sujeitos – usuários e trabalhadores – com importantes diferenças em relação aos seus desejos, interesses, saberes e coeficientes de poder. Dessa maneira, a produção em saúde seria sempre uma coprodução, que acontece no âmbito dos encontros de sujeitos singulares em um dado contexto organizacional, cultural, político e social⁽⁵³⁾.

Além disso, a desigualdade de domínio de cada trabalhador sobre o processo de produção é fator fundamental na compreensão do trabalho em saúde, pois ela define a fragmentação do objeto de trabalho por meio do parcelamento de tarefas e do saber^(62,69-70). Desse modo, a organização do trabalho em saúde possui uma divisão técnica que absorve as características de manufatura, parcelando o trabalho em tarefas isoladas, fortemente marcadas pela hierarquia de profissionais e serviços que, acrescida do conhecimento e das habilidades manuais do trabalhador, constitui-se no fundamento da produção no setor⁽⁷⁰⁾.

Essas características tornam-se determinantes da produção de sujeitos que se mostram implicados com sua prática, solidários, sofridos, indicando que neste trabalho é impossível sair intacto, ou seja, é impossível não ser atravessado pelo que é vivido no trabalho. Isso indica que as vivências neste trabalho modulam particularidades, envolvendo sentimentos, valores e modos de viver⁽⁷¹⁾.

Dentre as particularidades moduladas, cabe destacar que o cuidado recebido pelo usuário dos serviços de saúde é produto da soma de pequenos cuidados parciais, que vão se complementando, explícita ou implicitamente, a partir da interação entre os vários trabalhadores que operam no hospital. Assim, os atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes se complementam para compor o cuidado em saúde, ao mesmo tempo em que se acirram os processos de disputa⁽⁶⁴⁾ e os jogos de saber/poder. Esses jogos envolvem, de alguma maneira, todos os atores do cenário da saúde⁽⁷¹⁾.

Essas relações também resultam da divisão do trabalho entre aquele de concepção e o de execução das tarefas, os quais geram mais ou menos *status*, autonomia e poder para alguns em detrimento de outros. Sabe-se, contudo, que é no centro dessas relações que se expressa o reconhecimento entre os pares, do qual o trabalhador necessita para o equilíbrio das necessidades psíquicas⁽²⁸⁾. Por outro lado, o seu não reconhecimento pode ser demonstrado na forma da não cooperação, do desprezo ou mesmo do abuso que violenta.

Nessa vertente, a violência reflete uma diferença transformada em desigualdade, uma forma de dominação e de não reconhecimento do outro, subtraindo a condição humana das pessoas⁽⁵⁾. Além disso, a violência pode estar na própria fragmentação do trabalho em atividades isoladas e sem sentido, uma violência que expropria a humanidade e a dignidade, restringindo o trabalho a um fazer mecânico e fragmentado⁽⁷²⁾.

Frente a essas questões, torna-se relevante destacar que no setor de saúde as tarefas mais intensas, repetitivas e menos valorizadas do ponto de vista social e financeiro têm sido atribuídas aos auxiliares e atendentes. Assim, as atividades realizadas pelos profissionais de nível médio são, em sua maioria, manuais e de execução do que fora concebido por outro(s) profissional(is), o que no cerne do modelo clínico encontra-se destinado ao médico e, frequentemente, sob a coordenação do enfermeiro ou outro profissional graduado⁽⁷⁰⁾.

Assim, pode-se inferir que a divisão do trabalho no modelo clínico de atenção – predominante no contexto hospitalar – revela a supremacia do trabalho médico na organização do trabalho. Isso se institui atrelado à centralidade do profissional médico em relação ao diagnóstico, aos exames complementares, à terapêutica medicamentosa, ao uso dos equipamentos, à internação e à alta hospitalar⁽⁶²⁾.

A partir disso, as relações de força na imposição dos demais valores caracterizam poderes assimétricos entre os profissionais do setor de saúde. Pode-se dizer então, que o caráter hegemônico dos saberes da clínica e das práticas médicas traz consequências a todas as dimensões da organização do trabalho e revela assimetrias e conflitos no cotidiano do setor de saúde. O estudo da categoria da enfermagem revela conflitos derivados de relações

autoritárias, envolvendo humilhações e ofensas, conduzindo a sentimentos de medo de demissão, falta de autonomia e a atitudes de passividade e não enfrentamento destas situações^(18,58).

Apesar da dimensão coletiva do processo terapêutico, o trabalho em saúde concentra poderes que determinam as possibilidades de concepção sobre a produção, além de reconhecimentos desiguais na colaboração de cada grupo profissional. Dessa forma, a divisão do trabalho em saúde está pautada em valores que afirmam as diferenças⁽⁶⁷⁾, os quais se encontram primeiramente no âmbito simbólico e atribuem variados prestígios e aquisições aos profissionais⁽⁷³⁾.

Os sistemas simbólicos são instrumentos estruturados e estruturantes de comunicação e de conhecimento que cumprem a sua função política impondo ou legitimando a dominação. Estas, por sua vez, contribuem para assegurar a dominação de uma classe sobre a outra (circunstância de violência simbólica), dando reforço de sua própria força às relações que domesticam os dominados⁽²⁵⁾.

Assim, dos diferentes domínios da realidade, e seus sistemas simbólicos, emergem forças que, por vezes, produzem ações indesejadas e causadoras de prejuízos aos indivíduos que dividem o espaço social do setor de saúde. Destaca-se, contudo, a violência produzida nesse cenário, que está implicada pelas relações hierárquicas e de poder entre as diversas categorias profissionais que compõem o mundo do trabalho em saúde e os desejos de cada trabalhador, bem como no encontro destes com os usuários e suas necessidades.

Diante do exposto, cabe sinalizar que a inserção social específica do grupo de trabalhadores que compõe o setor de saúde lhe confere vivências particulares, produto e produtoras de um processo de trabalho marcado pela característica peculiar do objeto de trabalho (o ser humano), a finalidade da produção (o cuidado, sempre influenciado pelo processo) e os instrumentos e meios para o trabalho (tecnologias em constante avanço e sob influências gerenciais de outros setores produtivos, bem como conhecimentos e habilidades para além de cognitivas). Esses aspectos determinam na organização do trabalho condições próprias para o viver e o adoecer do trabalhador, assim como podem se configurar em elementos que insinuam a violência laboral.

Ainda sobre o processo de viver e adoecer relacionados ao trabalho, expõem-se a partir daqui alguns aspectos considerados importantes no que tange às repercussões da violência sobre a saúde dos trabalhadores.

3.3 REPERCUSSÕES DA VIOLÊNCIA SOBRE A SAÚDE DO TRABALHADOR

Na relação entre os efeitos do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores, é necessário considerar que as manifestações da saúde ou da doença do ser humano são resultantes de uma inserção social específica de um grupo. Ou seja, o modo de viver das pessoas, determinado historicamente, definido e diferenciado socialmente, esculpe o corpo humano e se expressa em modos de adoecer e morrer⁽⁷⁴⁾.

Antes da era cristã, nos impérios grego e romano, as doenças e mortes do trabalho ocorriam com escravos e servos, sobretudo na mineração. Na Idade Média e durante o mercantilismo, os agravos do trabalho vão além das doenças de embate com a natureza, estando relacionadas à expansão dos negócios. Com o advento da Revolução Industrial e burguesa, e a intensificação da exploração humana no/e pelo trabalho, ocorre uma explosão de doenças, acidentes e mortes vinculadas ao trabalho. Frente a essas mudanças, constata-se que a determinação das patologias dos trabalhadores não pertence à ocupação, à profissão ou ao trabalho em si, mas à expropriação que impõe a difusão e a intensificação de determinados tipos de atos abusivos laborais sobre os grupos humanos⁽⁴⁾.

Entende-se, contudo, que as questões mais importantes relacionadas ao adoecimento associado ao trabalho são a intensidade e o tempo de sujeição. No entanto, antes de se ter essa compreensão, muitas metateorias tentaram, e ainda tentam, definir o que sejam acidente e doença do trabalho. Dentre elas está a lógica de que o risco é sempre de natureza material, ambiental, físico ou químico, e faz parte do processo de produção e do nível tecnológico predominante. Além disso, por vezes se disse que o risco tem um caráter ocupacional e a responsabilidade sobre ele está na escolha da ocupação pelo sujeito, ou ainda, que o risco parte de uma predisposição individual dos que adoecem ou se acidentam, uma vez que a obediência às normas de segurança e o uso dos equipamentos de proteção disponíveis seriam suficientes para evitar ou manter a frequência das doenças e acidentes dentro dos limites social, moral e tecnicamente aceitáveis⁽⁴⁾.

No entanto, entender o trabalho como situação implica vinculá-lo aos laços sociais e às relações interpessoais nos quais está inserido^(5,26). Essas relações dizem respeito à maneira como a divisão técnica e social do trabalho (hierarquia, controle, ritmo, estilo gerencial, etc.) repercutem sobre a saúde psíquica dos trabalhadores, causando-lhes sofrimento, acidentes, doenças físicas e mentais⁽⁷⁵⁾.

Assim, a doença, em qualquer denominação, não deixa de ser uma manifestação de uma vivência em que os vínculos entre trabalho, saúde e doença se expressam em um determinado contexto sociocultural. Tarefas sem sentido, projetos desconectados da realidade, controles excessivos e conflitos dificultam a busca e manutenção do equilíbrio psíquico no trabalho, resultando em males típicos do labor⁽⁷⁵⁾.

Um exemplo disso está na instauração de patologias como a Síndrome de *Burnout*, observada principalmente em ocupações com exigências relacionais, como ensino e assistência à saúde, sendo caracterizada pelo esgotamento físico e emocional do trabalhador exposto de forma prolongada aos estressores laborais e à falta de apoio social. O *Burnout* é considerado uma condição de estresse crônico laboral limitador das capacidades físicas, emocionais e intelectuais dos indivíduos^(32,34,41).

A Síndrome de *Burnout* é caracterizada por três dimensões: a exaustão emocional, a despersonalização e a diminuição da realização pessoal. A primeira dimensão consiste em sentimentos de fadiga do indivíduo frente à percepção de exigências laborais excessivas, uma vez que o mesmo se sente esgotado quanto às energias emocionais^(35,41-42).

Além disso, o *Burnout* inclui uma dimensão acerca das atitudes negativas de frieza, dureza e distanciamento excessivo dos trabalhadores em relação ao objeto de cuidado, ou seja, às pessoas receptoras do serviço, da assistência. Essa dimensão é chamada de despersonalização e reflete os aspectos interpessoais implicados na Síndrome de *Burnout*. A última questão que caracteriza essa síndrome diz respeito ao sentimento de incompetência e ao desempenho insatisfatório no trabalho, os quais configuram uma baixa realização pessoal. Dessa forma, a terceira dimensão da Síndrome de *Burnout* é a autoavaliação negativa do trabalhador sobre o seu papel no trabalho^(35,41-42).

Agregando a leitura da psicodinâmica do trabalho sobre a dimensão da autoavaliação do trabalhador sobre o seu labor, pode-se dizer que ela resulta do reconhecimento, uma vez que o olhar sobre si mesmo parte da percepção do julgamento do outro sobre si⁽²⁶⁾.

Na atualidade, vários estudos brasileiros têm se dedicado à análise dessa síndrome em trabalhadores da saúde^(31-32,34-35,40), sendo todos eles justificados com base no desgaste provocado pelo estreitamentos das relações interpessoais nesse tipo de labor. Apesar disso, nenhum estudo brasileiro investigou a sua relação com a violência, embora na literatura internacional essa associação já seja constatada⁽¹¹⁾.

Essa relação pode estar pautada na compreensão de que a ausência de um sistema de reciprocidade se expressa em uma desigualdade associada e produtora de violência⁽³⁰⁾. Para a saúde do trabalhador, as repercussões e manifestações da violência laboral têm representado

grandes desafios, dada a diversidade e a complexidade de formas como as transformações do trabalho atuam na vida das pessoas^(5,28,76).

Os atos de violência no trabalho provocam alterações que podem ser imediatas e duradouras sobre as relações interpessoais, a organização do trabalho e o contexto laboral como um todo⁽⁵⁵⁾. Em revisão sobre as consequências adversas da violência à saúde dos trabalhadores, estudos^(5,55) apontam que essa condição desfavorece a saúde psíquica e física dos profissionais. Foram descritas consequências como insônia, apatia, ansiedade, depressão, obsessões, fobias, agressividade, dificuldade de concentração ou de pensar claramente, isolamento e solidão, deterioração das relações interpessoais, sentimento de indefensibilidade e culpabilidade, vergonha, injustiça e desconfiança, crises de autoestima, pensamentos suicidas, aumento de peso ou emagrecimento exagerado. Sintomas psicossomáticos, como tremores e palpitações, aumento da pressão arterial, redução da libido, cefaleia, transtornos digestivos e cardiovasculares, também foram descritos como resultados da violência.

Além do sofrimento psíquico, acidentes físicos também têm sido apontados como principais repercussões do assédio moral no trabalho. Dentre as consequências de toda essa conjuntura, se destaca a vivência de desânimo, cansaço, ansiedade, estresse, tendência suicida, insegurança, vergonha e hipersensibilidade⁽⁷⁷⁾.

Especificamente no trabalho do setor de saúde, a violência laboral tem repercutido em maiores índices de depressão, queixas psicossomáticas, ansiedade e irritabilidade em profissionais que afirmaram violência no local de trabalho. Acrescido a isso, foram apontados efeitos comportamentais como o uso abusivo de álcool e tabaco, bem como conflitos familiares como resultados da experiência da violência no labor do setor de saúde⁽⁵⁵⁾.

As preocupações acerca da saúde dos profissionais do setor supracitado levaram o Relatório Mundial da Saúde de 2006⁽⁷⁸⁾ a mencionar as situações de afastamento dos profissionais desse campo como constituintes de uma crise na área dos recursos humanos em saúde. O mesmo relatório apontou a necessidade de medidas para assegurar a saúde e a segurança dos trabalhadores desse setor, relacionadas a doenças e acidentes, assim como para proteger os profissionais em ambientes de conflito e áreas perigosas, e desenvolver e implementar táticas contra a violência, tratando dos riscos ocupacionais dos trabalhadores da saúde⁽⁷⁹⁾.

Tendo isso em vista, pesquisas com base na psicodinâmica do trabalho apontam a relação estreita entre o aumento progressivo de adoecimento dos trabalhadores e o crescimento de patologias sociais como a sobrecarga de trabalho, a servidão voluntária e a violência^(5,28,80). Sobre esse aspecto, os problemas psicossomáticos, como as lesões por

esforço repetitivo e doenças osteomusculares, também podem ser compreendidos como resultados da autoaceleração, uma defesa primária à condição de sobrecarga de trabalho⁽⁵⁾.

Assim, as patologias “tradicionais” do trabalho se associam cada vez mais às patologias sociais da contemporaneidade. Uma questão crucial para a compreensão das situações que levam à sobrecarga, servidão voluntária e violência no trabalho são os interesses atrelados aos valores de consumo, para os quais a razão econômica e financeira permanece acima da razão ética e política. Esse valor perpassa não só os instrumentos de gestão em que os fins justificam os meios, mas a própria passividade coletiva dos trabalhadores, traduzida em resignação silenciosa e servidão consentida, as quais se sustentam por estratégias perversas da organização do trabalho, um tipo “evoluído” de violência no trabalho^(5,81).

Pode-se dizer ainda que as técnicas de sedução e servidão que acompanham secularmente o capitalismo por meio dos discursos gerenciais⁽⁸¹⁾ ganham, no âmbito do setor de saúde, estímulos relacionados ao apelo caritativo e vocacional da prestação desse serviço como doação humana ao reestabelecimento da saúde do indivíduo doente. Esse apelo, por vezes, tende a provocar a sujeição do trabalhador a condições impróprias de trabalho em nome da moralidade imbuída do discurso da “humanização” do setor de saúde e pelo uso da “aptidão natural” de cuidar⁽²⁹⁾. Gerenciado por esta causa, o trabalhador convive com diversas facetas da violência, que vão da precarização do trabalho à revolta dos usuários frente aos serviços com baixa qualidade, ou mesmo os abusos entre colegas.

Essa questão remete ao estudo do fenômeno da violência laboral com base também na vivência subjetiva dos que trabalham e, para subsidiar essa busca na presente pesquisa, toma-se a psicodinâmica do trabalho, proposta por Christophe Dejours, como teoria de sustentação da análise a ser desenvolvida.

3.4 PSICODINÂMICA DO TRABALHO: BASES PARA A COMPREENSÃO DA RELAÇÃO TRABALHO-SAÚDE

A teoria dejouriana tem origem na busca pela compreensão dos impactos da organização do trabalho sobre a saúde do trabalhador e as suas diversas formas de adoecer. A primeira referência teórico-científica a essa compreensão foi chamada de psicopatologia do trabalho, para a qual se dedicaram muitos estudos da saúde do trabalhador a partir da Revolução Industrial⁽⁸²⁾.

A evolução dessa vertente de estudos, contudo, permitiu abandonar o foco dado à materialidade das atividades e patologias laborais para se interessar na imaterialidade das vivências psíquicas como experiências de prazer ou de sofrimento determinantes do adoecimento^(22,66). Assim, o enigma nos estudos da psicodinâmica pertence não apenas às formas de adoecer, mas às vivências que permitem a manutenção do equilíbrio mediando e, para tanto, levando em conta o sofrimento, as defesas e o adoecimento⁽⁸²⁾.

Salienta-se, portanto, o caráter ambivalente do trabalho para a saúde humana, uma vez que o labor pode ser mediador da saúde e da realização e, simultaneamente, ser fonte de sofrimento. Frente a esse aspecto, estudos brasileiros em psicodinâmica do trabalho têm identificado como manifestações do sofrimento laboral os sentimentos de medo, insatisfação, desvalorização, insegurança, impotência, alienação, vulnerabilidade, frustração, angústia, agressividade, culpa, tensão e raiva. Por outro lado, sentimentos de reconhecimento, identificação, orgulho, realização e liberdade também têm sido relacionados às vivências de prazer no trabalho⁽⁸³⁾.

Ainda sobre o caráter dialético da vivência laboral, deve-se compreender a mobilização do sujeito trabalhador para transformar vivências de sofrimento patogênico em sofrimento criativo. Diante disso, o sofrimento pode se transformar em prazer quando a organização do trabalho não impede a engenhosidade do indivíduo, ou seja, quando o trabalhador encontra possibilidades de fazer uso de um talento próprio relacionado à habilidade e à destreza com as relações e os objetos de trabalho⁽⁸⁴⁾.

Não havendo esse espaço para o indivíduo, as estratégias de defesa funcionam como articulações coletivas criadas nas relações intersubjetivas. Essas defesas permitem modular as situações que poderiam ser danosas à saúde dos trabalhadores, principalmente no que se refere às diferenças entre as necessidades singulares do sujeito e as exigências do trabalho^(26,80).

Estudos apontam que as estratégias de defesa mais observadas em contextos laborais brasileiros são a negação da realidade de trabalho, a racionalização, a aceleração das cadências, o uso do humor, o embotamento afetivo, o distanciamento do cliente/usuário, o individualismo e a passividade⁽⁸³⁾. Nessa direção, estudos voltados ao labor em saúde apontaram que os trabalhadores têm recorrido ao distanciamento emocional dos problemas relacionados ao paciente, à racionalização com valorização dos procedimentos técnicos e ao uso de brincadeiras durante as atividades como principais formas de enfrentamento do sofrimento engendrado pelos constrangimentos do trabalho ao equilíbrio psíquico⁽⁸⁵⁻⁸⁸⁾.

Entende-se, portanto, que interessam à psicodinâmica as relações sociais que se estabelecem no trabalho cotidiano, pois os conflitos, o sofrimento e o prazer que emergem das situações de trabalho se devem também à organização do trabalho e à dinâmica das equipes, em decorrência das tensões que aparecem no confronto entre a situação laboral e as necessidades da esfera privada⁽²⁸⁾. O confronto do indivíduo com a realidade de trabalho está na origem da relação entre a história singular do trabalhador e as situações de trabalho, suas prescrições, procedimentos, instrumentos e finalidade, bem como a hierarquia, colegas e clientes/usuários com os quais é necessário interagir para alcançar o objetivo da produção. É a confrontação com esses elementos no exercício do trabalho que leva o indivíduo a pensar e agir de forma diferente do previsto pela organização do trabalho⁽⁸⁴⁾.

Com base nisso, percebe-se a necessidade de se atentar para a defasagem entre o que é solicitado/prescrito e a atividade real necessária para o alcance da produção. O que é previsto para o labor chama-se, para a psicodinâmica do trabalho, de trabalho prescrito, enquanto que a ação concreta de produção nomeia-se de trabalho real^(26,80).

O trabalho real é concebido como o conjunto de atividades exercidas pelo trabalhador face ao que não pode ser prescrito por regras e normas da organização do trabalho e seus modelos de gestão. Dessa forma, o trabalho é sempre humano, pois se executa na invenção, nos investimentos do corpo, da intuição e da percepção para possibilitar que o prescrito alcance à produção almejada^(26,80).

Assim, trabalhar implica defrontar-se com dificuldades concretas que levam ao afastamento das prescrições para dar início à atividade de interpretação, a partir da qual o trabalhador mobiliza a inteligência prática e constrói caminhos para solucionar os impasses do processo de produção, os quais não são possíveis de serem capturados pela prescrição, uma vez que não estão baseados em questões técnicas apenas, mas são produto das relações sociais⁽²⁸⁾.

Com base nessa compreensão é que se pode inferir que os modos operatórios novos, criados pelo trabalhador a fim de transcender a prescrição da atividade, são originários também do prazer e da identidade. Isso se torna possível por meio da cooperação, da confiança, da mobilização subjetiva e do reconhecimento possibilitados pelas relações humanas no trabalho, os quais sempre incluem as necessidades dos sujeitos às demandas laborais. Ao contrário disso, quando as normas organizacionais são rígidas a ponto de limitar a contribuição original dos trabalhadores sobre o processo de produção, há menos espaço para a contribuição do fazer à identidade e margem maior à alienação⁽²⁸⁾.

Compreende-se, então, o trabalho como mediador essencial da vida social e alicerce da constituição do sujeito e sua rede de significados, uma vez que o lugar do trabalho na constituição da identidade está pautado na compreensão da atividade como via da sua conquista no campo social. Essa conquista, por sua vez, ocorre por meio do reconhecimento que se origina da relação entre o sujeito, a realidade e o olhar do outro^(26,80).

O reconhecimento passa por julgamentos que revelam o valor atribuído pela ação do trabalhador ao processo de produção. Esses julgamentos versam sobre a qualidade, a utilidade, a invenção dos modos de fazer e a singularidade da contribuição do trabalhador sob o ponto de vista da hierarquia e dos colegas⁽⁸⁴⁾.

Os processos de reconhecimento, gratificação e mobilização subjetiva estão ligados à constituição da identidade. É no exercício da engenhosidade, da cooperação e da inteligência prática que se encontra a mobilização singular da contribuição do trabalhador, ou seja, o ponto a ser reconhecido. Esse reconhecimento, por sua vez, é uma retribuição de natureza fundamentalmente moral-simbólica, necessária à identidade e, por consequência, à saúde⁽²⁶⁻⁸⁰⁾.

Estudos da psicodinâmica do trabalho acerca do labor no setor de saúde têm apontado que a falta de reconhecimento no trabalho está associada às características da organização do trabalho, como restrição de tempo e de espaço para discutir aspectos relacionados às tarefas, sobrecarga de trabalho, falta de comunicação e forte hierarquização das relações. Além disso, no cenário da saúde, o sofrimento dos profissionais parece se originar da identificação com a dor e o sofrimento do objeto de cuidado – o paciente –, mas também da vulnerabilidade às agressões cometidas justamente por estes, de quem os trabalhadores necessitam reconhecimento⁽⁸⁰⁾.

Assim, o trabalhar sempre situa o indivíduo em uma dinâmica coletiva com e para o outro⁽⁸⁴⁾, e passa por uma forma específica de cooperação entre trabalhadores contra o sofrimento e na luta contra as imposições danosas da organização do trabalho. Nessa concepção, o fortalecimento de cada sujeito está nos laços da cooperação coletiva e o aparecimento do sofrimento decorre da degradação do coleguismo entre trabalhadores, da desconfiança e exacerbação de conflitos que levam os indivíduos a um fechamento sobre si mesmos^(26,80).

No entanto, resistir aos efeitos das condições impróprias de trabalho sempre foi um talento dos grupos humanos em solidariedade e cooperação. No entanto, as transformações do mundo do trabalho têm fragilizado essa forma de proteção e é justamente no âmbito dessa

fragilidade que está uma explicação para o aumento do adoecimento relacionado ao trabalho⁽²⁶⁾.

Dessa maneira, a psicodinâmica entende que os constrangimentos do trabalho, como o assédio moral, por exemplo, sempre existiram, mas o que trouxe o crescimento desmesurado das patologias decorrentes dessas perseguições foi o sofrimento solitário do trabalhador. Isso ocorre porque falta sentido comum de justiça e, por consequência, são escassas as mobilizações coletivas em todos os níveis de luta contra a intensificação do trabalho imposta como exigência do processo de mudanças no trabalho⁽²⁶⁾.

Contudo, se no trabalho contemporâneo falta sentido comum de justiça, e ao mesmo tempo não há mobilização coletiva de enfrentamento, ocorre que a falta de negociação da realidade transforma os conflitos próprios da diferença em geradores de agressão. Isso acontece em detrimento de que, em qualquer cultura ou sistema social, até para que exista a possibilidade de negociação, é necessário que haja uma noção minimamente compartilhada de justiça⁽³⁰⁾.

O trabalho, *locus* principal do aprendizado da democracia e do exercício da cidadania, historicamente associado à consolidação de um espaço público de interação e negociação política⁽³⁰⁾, tem sido cada vez mais caracterizado por valores de mercado e de consumo, deixando de o ser pela sociabilidade que outrora marcou o espaço do trabalho na vida humana. Dessa maneira, ganham espaço as relações de competição e a banalização dos comportamentos desleais entre colegas^(5,26).

Com base no exposto, acredita-se que a psicodinâmica do trabalho possa oferecer subsídios analíticos à compreensão das relações de violência que caracterizam o espaço social do trabalho na contemporaneidade, as quais o presente trabalho pretende analisar junto ao campo da saúde.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

O caminho metodológico escolhido para dimensionar e compreender a manifestação da violência no trabalho em saúde parte do entendimento de que a violência é um objeto de estudo complexo e com dimensões quantitativas e qualitativas⁽⁸⁹⁾. Portanto, essas dimensões foram pautadas neste estudo mensurando a violência física e psicológica^c que atinge os trabalhadores de um hospital público, bem como aprofundando reflexões acerca dos aspectos subjetivos que permeiam essa experiência no âmbito laboral.

Para tanto, utilizou-se uma estratégia de investigação mista, de delineamento quantiquantitativo, no qual “o pesquisador baseia a investigação na suposição de que a coleta de diversos tipos de dados proporciona um melhor entendimento do problema da pesquisa. O estudo começa com um levantamento amplo para generalizar os resultados para a população e depois, em uma segunda fase, concentra-se em entrevistas qualitativas abertas visando a coletar pontos de vista detalhados dos participantes”⁽⁹⁰⁾.

No campo da saúde, a interação dialógica entre os métodos quantitativos e qualitativos constitui um importante avanço para a compreensão da relação saúde-doença. Em conjunto, os métodos promovem uma construção mais elaborada e completa da realidade⁽⁹¹⁾.

Assim, o presente estudo foi desenvolvido mediante a realização de uma pesquisa de campo, efetuada por meio de duas etapas sequenciais e inter-relacionadas, focalizadas nos trabalhadores de uma instituição hospitalar, conforme descrito a seguir.

4.1 LOCAL E PARTICIPANTES

O estudo foi desenvolvido em um hospital público de pronto socorro, situado em Porto Alegre (Rio Grande do Sul). A escolha desse local se justificou pelo fato de se tratar de um cenário onde a violência já havia sido percebida por estudo anterior voltado à unidade de urgência e emergência⁽¹⁹⁾. O referido hospital é referência na atenção a usuários da cidade de Porto Alegre e de todo o Estado do Rio Grande do Sul.

^c Este estudo utiliza a definição de violência psicológica da OIT, conforme descrito da fundamentação teórica, agregando a esta a agressão verbal, a intimidação/assédio moral, o assédio sexual e a discriminação racial.

Os atendimentos prestados nessa instituição se iniciam pela unidade de urgência e emergência, e contam com todas as instalações para o tratamento e a recuperação das pessoas vítimas de causas externas ou gravidades clínicas. Para tanto, o hospital possui unidades de internação, cirurgia e tratamento intensivo⁽⁹²⁾.

Administrado pela Prefeitura, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, o hospital funciona 24 horas por dia e realiza mais de 900 atendimentos diários em diversas especialidades ambulatoriais e todas as especialidades médicas e odontológicas necessárias ao atendimento de politraumatizados, sendo considerado o principal serviço de emergência do Rio Grande do Sul⁽⁹²⁾.

Atualmente o hospital conta com 1.359 trabalhadores, dentre os quais estão os profissionais da saúde, os servidores técnico-administrativos e dos serviços de apoio. Estes, por sua vez, se destinam ao atendimento constante dos pacientes que chegam ao hospital e, além de representar uma importante porta de entrada ao sistema de saúde, ele oferece o cuidado e tratamento contínuo aos pacientes hospitalizados nos 139 leitos de que dispõe⁽⁹²⁾.

Os participantes desta investigação foram os trabalhadores da equipe de saúde de todos os setores da instituição (serviço de atendimento externo – SAE, unidades de internação e de terapia intensiva, bloco cirúrgico, centro de material e esterilização, radiologia e banco de sangue). Desses setores, foram abordados os profissionais auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e outros profissionais da saúde (nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, odontólogos, psicólogos e técnicos de radiologia).

A captação das informações utilizadas no desenvolvimento da investigação realizou-se em duas etapas, que serão descritas juntamente com o processo de seleção e amostragem dos participantes.

4.2 PRIMEIRA ETAPA DO ESTUDO

Nesta etapa fez-se uma pesquisa de abordagem quantitativa transversal⁽⁹³⁾, que teve como variável principal a violência no trabalho (presença ou ausência), bem como sua caracterização quanto à frequência, tipo e perfil dos agressores e vítimas. Também foram estudadas a Síndrome de *Burnout*, os Transtornos Psíquicos Menores e variáveis como sexo, idade, tempo de serviço, categoria profissional, setor e turno de trabalho, dentre outras variáveis demográficas e laborais relacionadas à ocorrência da violência.

4.2.1 Amostra

A amostra do estudo foi composta por 269 sujeitos, definida segundo cálculo amostral probabilístico sobre a população de 1.025 trabalhadores da equipe de saúde, considerando um nível de confiança de 95% e estimativa de erro de 5%. Para compor essa amostra, fez-se a seleção dos sujeitos mediante sorteio aleatório estratificado conforme as categorias profissionais listadas no Quadro 1.

Quadro 1 - Comparativo das proporções de cada categoria profissional na amostra da primeira etapa do estudo. Porto Alegre/RS, 2011

Profissionais no hospital	População	Amostra
Auxiliares/técnicos de enfermagem*	482	122
Enfermeiros	103	27
Médicos	349	90
Outros profissionais da saúde [†]	91	30
TOTAL	1.025	269

*Auxiliares e técnicos de enfermagem foram incluídos no mesmo grupo por atuarem sem distinção de tarefas no hospital onde a pesquisa ocorreu.

[†]Foram incluídos 17 técnicos de radiologia, 4 assistentes sociais, 4 odontólogos, 2 fisioterapeutas, 2 nutricionistas e 1 psicólogo, utilizando-se como critério para essa amostragem a proporção de cada profissional no hospital.

O sorteio dos profissionais que compuseram a amostra desta etapa do estudo foi realizado mediante a lista de funcionários do hospital, disponibilizada pela direção da instituição após aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética e Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Assim, foram incluídos no sorteio os trabalhadores em cargo de provimento efetivo e regidos pelo Estatuto dos Funcionários Públicos do Município de Porto Alegre.

Outras condições para inclusão dos sujeitos na amostra foi ter o tempo mínimo de um ano de serviço no hospital, estar ativo no período da coleta dos dados e concordar em responder aos questionamentos propostos pela pesquisa.

Diante do que foi dito, portanto, os critérios de exclusão do estudo foram: estar atuando no hospital há menos de um ano, não estar desempenhando suas funções no período da coleta devido a férias, afastamentos ou licenças e, por fim, recusar-se a participar da pesquisa. Em vista da recusa, sete sujeitos foram substituídos por trabalhadores da mesma

lista, categoria e setor, a fim de garantir que a amostra fosse estatisticamente representativa da população.

A todos os sujeitos sorteados foi solicitada a compreensão, a concordância e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Antes de dar início à abordagem desses trabalhadores, foram distribuídos cartazes informativos da pesquisa em todos os setores do hospital. Essas comunicações continham a apresentação do estudo, esclarecendo seu principal objetivo, o período previsto para a coleta de dados e o telefone de contato para dúvidas.

4.2.2 Técnicas e Instrumentos para Coleta dos Dados

Para o levantamento dos dados foi utilizado o *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector*, proposto pela Organização Mundial da Saúde, Organização Internacional do Trabalho e de Serviços Públicos e Conselho Internacional de Enfermagem⁽¹⁰⁾, traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Palacios et al.⁽¹⁷⁾.

O questionário utilizado possui 29^d perguntas relacionadas a aspectos demográficos e laborais, 18 abordando a ocorrência da violência física e 13 para cada tipo de violência psicológica (agressão verbal, intimidação/assédio moral, assédio sexual e discriminação racial). Por fim, três questões abordaram medidas institucionais de controle da violência no trabalho.

Junto a esse instrumento, escalas de avaliação da Síndrome de *Burnout* e de rastreamento de Transtornos Psíquicos Menores também compuseram o questionário de pesquisa (APÊNDICE B) utilizado na coleta dos dados.

A Síndrome de *Burnout* foi avaliada por meio da *Maslach Inventory Burnout* (MBI), que procura identificar aspectos que desencadeiam a síndrome e que estão associados às relações e condições de trabalho, avaliando por meio de uma escala do tipo Likert com sete pontos e 22 questões, dentre as quais nove avaliam o desgaste emocional, cinco avaliam a despersonalização e oito avaliam, com escore inverso, a realização profissional^(42,94). Essa

^d O modelo inicialmente proposto pela OIT consta de 22 questões sobre dados demográficos e laborais. Sobre estas, algumas adaptações foram necessárias tendo em vista a característica específica do local de estudo, excluindo-se questões sobre o tipo de vínculo empregatício e sobre processo de migração territorial. A literatura consultada apontou a necessidade de incluir questionamentos sobre escolaridade, tabagismo, uso de álcool, horas diárias de sono, data de admissão na instituição, satisfação, reconhecimento, relacionamentos interpessoais e acidentes de trabalho.

escala também foi traduzida para o português e validada com profissionais enfermeiros em 1995⁽³¹⁾ e com educadores em 2001⁽⁹⁵⁾.

Para avaliar os Transtornos Psíquicos Menores foi utilizado o *Self-Report Questionnaire* (SRQ), recomendado pela OMS e validado para a população brasileira em 1986⁽⁹⁶⁾. O instrumento possui 20 questões com respostas "sim" e "não", que avaliam sintomas psicossomáticos, como dores de cabeça, má digestão e sensações desagradáveis no estômago; sintomas depressivos, como tristeza, choro frequente e perda de interesse; e sintomas ansiosos, como dormir mal, assustar-se com facilidade, tremores e nervosismo.

Quanto ao desempenho do SRQ-20, estudos^(43,97) demonstraram coeficiente de consistência interna geral e padronizado superior a 0,80, apontando desempenho aceitável para avaliar os Transtornos Psíquicos Menores no rastreamento da saúde mental em âmbito ocupacional. No entanto, anteriormente, o mesmo instrumento já foi considerado mais específico do que sensível⁽⁴⁴⁻⁴⁵⁾.

Ainda vale mencionar que o SRQ-20 tem sido utilizado em estudos voltados à saúde dos profissionais do setor de saúde^(33,36-39). E, na relação com a violência, o instrumento tem sido utilizado para investigar transtornos psíquicos em mulheres vítimas de violência⁽⁹⁸⁾, assim como um estudo⁽⁹⁹⁾ apontou a agressão física como um dos principais eventos causadores de Transtornos Psíquicos Menores. Esses dados sugeriram o uso do SRQ-20 na avaliação da relação que a violência laboral estabelece com a saúde dos profissionais da saúde.

Assim, compuseram o questionário de coleta de dados da primeira etapa do estudo o *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector* (mensurando o fator em estudo – violência), o MBI e o SRQ-20 (mensurando os desfechos – Síndrome de *Burnout* e Transtornos Psíquicos Menores). Esses instrumentos foram respondidos num período médio de trinta minutos, sendo a aplicação conduzida pela pesquisadora responsável ou integrante da equipe de coletadores.

As cinco pessoas envolvidas no processo de coleta dos dados tinham iniciação na área da pesquisa em saúde e, além de conhecerem as variáveis contidas no questionário, foram orientados segundo os seguintes critérios: (1) Certificar-se de que o participante tivesse compreendido os objetivos do estudo, bem como seus direitos éticos; (2) Conduzir a aplicação dos questionamentos acerca da violência^e, informando aos participantes os conceitos adotados para cada tipo de violência mensurada, conforme consta no próprio instrumento; (3)

^e A ocorrência da violência se referiu especificamente a episódios vivenciados nos últimos 12 meses, como pode ser conferido no instrumento em anexo.

Oportunizar aos participantes a autoaplicação do MBI e do SRQ-20, contanto que isso se desse na presença dos pesquisadores.

A coleta dos dados foi realizada nas dependências da instituição hospitalar, em locais e horários de disponibilidade dos trabalhadores selecionados. Todos os coletadores utilizaram crachás de identificação para entrar no hospital, bem como durante a permanência necessária para as abordagens.

A aplicação dos questionários se iniciou em junho de 2011 e encerrou-se em agosto do mesmo ano. Os primeiros 10 instrumentos aplicados serviram como teste piloto quanto a questões técnico-operacionais envolvidas. Não houve ajustes no questionário após a aplicação do teste piloto, possibilitando que esses sujeitos fossem incluídos na amostra.

Durante o período de coleta dos dados ocorreram quatro encontros dos integrantes da equipe de coletadores com a pesquisadora responsável, a fim de que experiências e dúvidas fossem compartilhadas e o processo de coleta dos dados ocorresse adequadamente.

4.2.3 Análise dos Dados Quantitativos

Os dados coletados foram codificados e posteriormente tabulados pela própria pesquisadora, com auxílio do *Microsoft Windows Excel*. A análise empregou técnicas estatísticas assessoradas por profissional com expertise e utilizou o *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 18.0.

Para a leitura dos resultados, as variáveis categóricas (qualitativas) foram descritas por meio de frequências absolutas e proporções, ao passo que as variáveis de natureza quantitativa (contínuas e escalares) foram descritas por meio de medidas de tendência central e dispersão: média, desvio padrão, mediana e intervalos interquartílicos (IIQ).

O fator em estudo foi analisado com categorias dicotômicas (vítimas e não vítimas da violência) apresentadas por meio de frequências absolutas e proporções. Quanto às escalas utilizadas (MBI e SRQ-20), inicialmente foi calculado o *Alpha de Cronbach* para verificar sua consistência interna e confiabilidade para a amostra em estudo. Na sequência, procedeu-se à análise dos dados das escalas, sendo considerados para o MBI escores superiores ou iguais ao percentil 75 nas subescalas de despersonalização e exaustão emocional, e percentil até 25 na subescala realização profissional. O ponto de corte na escala do SRQ-20 foi de 7 respostas positivas para ambos os sexos⁽⁹⁷⁾.

Com os resultados das escalas MBI e SRQ-20, foram criados grupos dicotômicos, ou seja, um grupo composto pelos sujeitos com escores compatíveis à Síndrome de *Burnout* e aos Transtornos Psíquicos Menores e, outro com os sujeitos que não apresentaram o desfecho. Mediante isso, foram verificadas associações entre os grupos por meio do teste qui-quadrado. As diferenças entre médias foram analisadas por meio do Teste T (para variáveis com distribuição normal) e teste de *Mann-Witney* (para variáveis com distribuição assimétrica).

A violência também foi tratada como variável contínua (quantos tipos de violência o indivíduo sofreu no último ano), da mesma forma como as escalas MBI e SRQ-20 geraram escores que puderam ser tratados quantitativamente. Nesse tipo de análise foram empregados testes de correlação de *Person* e *Spearman*. Para comparação de médias em grupos politômicos, utilizaram-se os testes *Kruskal-Wallis* e ANOVA.

Os Transtornos Psíquicos Menores e as Dimensões do *Burnout* foram considerados os desfechos do estudo (variáveis dependentes) e, para realizar análise de regressão múltipla, verificou-se primeiramente a influência das variáveis independentes sobre os desfechos, conforme tabelas em apêndice (APÊNDICES C, D, E e F). A partir dessa análise, foram selecionadas as variáveis com $p < 0,15$ para compor o processo analítico, permanecendo no modelo final as variáveis com $p < 0,10$.

Realizaram-se as análises de regressão múltipla de Poisson para os Transtornos Psíquicos Menores e regressão linear múltipla para as Dimensões do *Burnout*. Consideraram-se estatisticamente significativos os valores de $p \leq 0,05$.

4.3 SEGUNDA ETAPA DO ESTUDO

Nesta etapa, a busca pelas informações focalizou as vivências dos trabalhadores acerca da violência no trabalho em saúde a partir de uma abordagem qualitativa. A opção fundamentou-se na necessidade de explorar com maior profundidade o fenômeno, tentando desvelar questões subjetivas por vezes ocultas no cotidiano de trabalho em saúde.

A pesquisa qualitativa se preocupa com uma parte da realidade que não pode ser quantificada. Ela propõe vislumbrar o “universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”⁽¹⁰⁰⁾.

4.3.1 Participantes

Participaram desta etapa os trabalhadores com respostas positivas para a violência no *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector*. Dessa forma, ter sofrido algum episódio de violência no último ano foi o primeiro critério de seleção, seguido da identificação dos trabalhadores dispostos a discorrer sobre a temática.

Com base nesses aspectos, foram escolhidos intencionalmente 20 trabalhadores vítimas de violência no último ano e que estavam dispostos a relatar suas experiências e sentimentos acerca do ocorrido. A escolha intencional se baseou no pressuposto de que o conhecimento do investigador sobre a população pode ser utilizado para selecionar os melhores informantes acerca do objeto de investigação^(90,93).

A escolha dos sujeitos a partir das impressões originadas pela interação feita na coleta de dados da primeira etapa do estudo se justificou pela necessidade de dar voz às demandas dos trabalhadores, as quais devem representar o disparador da escuta da investigação. Entende-se que seja por meio do espaço dedicado à linguagem que o sujeito conseguirá expressar como ele vive e sofre no trabalho⁽²⁸⁾.

O número de sujeitos entrevistados (n=20) foi definido pelo critério de saturação das informações, ou seja, pelo alcance da compreensão da lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo. Essa compreensão pode ser alcançada à medida que se conseguiu o entendimento da homogeneidade, da diversidade e da intensidade das informações necessárias⁽⁹¹⁾. Assim, na abordagem qualitativa o número de interlocutores não teve tanta importância quanto o aprofundamento das questões relevantes e a abrangência dos atores principais sobre o tema⁽⁹¹⁾.

4.3.2 Técnica e Instrumento para Coleta dos Dados

Foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas⁽⁹¹⁾, conforme roteiro (APÊNDICE G). Os questionamentos dessa entrevista almejavam desvelar as implicações subjetivas da violência laboral, bem como as maneiras de conviver e sobreviver a ela no contexto de trabalho.

Os participantes foram abordados no próprio espaço de trabalho, nos meses de agosto e setembro de 2011, em data escolhida pelo participante, cuja assinatura do TCLE ocorreu previamente, na primeira etapa do estudo, quando o trabalhador era informado de que poderia vir a ser convidado para participar de mais uma etapa de coleta de informações. Nas entrevistas, as falas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas, o que permitiu o aproveitamento completo das informações e sentidos atribuídos ao fenômeno da violência e suas implicações para a saúde dos trabalhadores.

Embora se tenha se almejando que as entrevistas fossem realizadas em local confortável e que assegurasse a privacidade do trabalhador, isso nem sempre foi possível. Algumas entrevistas tiveram que ser conduzidas em locais com circulação de pessoas, devido à indisponibilidade de outro espaço para a atividade, ou ainda pela impossibilidade do trabalhador de se afastar do seu setor de trabalho.

4.3.3 Análise dos Dados Qualitativos

As informações colhidas nas entrevistas, depois de transcritas, foram submetidas à análise temática com intuito de descobrir os núcleos de sentido que compuseram a comunicação. Por meio dessa técnica se identificaram temas significantes das estruturas de relevância, dos valores de referência e dos modelos de comportamento subjacentes ao discurso⁽⁹¹⁾.

Na operacionalização dessa técnica, fez-se, primeiramente, a pré-análise, por meio da leitura flutuante do material, com contato direto e intenso com o conjunto das comunicações, a fim de permitir a impregnação do conteúdo das falas. Nessa fase da análise, o material foi explorado a ponto de confirmar ou refutar as hipóteses da pesquisa, além de se assegurar de que o material coletado apresentava validade qualitativa pelos critérios de exaustividade,

representatividade, homogeneidade e pertinência. A pré-análise foi finalizada com a determinação de palavras-chaves, os recortes, a codificação e os conceitos teóricos que orientaram a análise⁽⁹¹⁾.

Na fase de exploração do material, as unidades temáticas foram classificadas a fim de alcançar o núcleo de compreensão do texto. Dessa forma, identificaram-se as categorias a partir das quais as falas foram organizadas⁽⁹¹⁾.

Por fim, realizaram-se o tratamento dos resultados e as interpretações, inter-relacionando as categorias encontradas com o aporte teórico e os dados quantitativos. Ainda cabe considerar que novas dimensões teóricas e interpretativas foram buscadas após a análise, como já previsto inicialmente pela técnica de análise utilizada⁽⁹¹⁾.

O Quadro 2 apresenta as categorias encontradas na análise temática e as suas respectivas subcategorias e unidades temáticas.

Quadro 2 - Categorias formadas a partir do agrupamento dos principais temas encontrados na análise das entrevistas.

Categorias	Subcategorias	Unidades Temáticas
Violência no trabalho	Circunstâncias de violência	Situações violência física Situações agressão verbal Situações intimidação/assédio moral Situações assédio sexual Situações discriminação racial
	Origem da violência	“Perfil” dos pacientes -Alcoolizados e drogaditos -Bandidos e mocinhos Condições de Trabalho - Pacientes se revoltam - Trabalhadores se revoltam - Abandono/desamparo Organização do Trabalho - Trabalho sem regra - Regra do mais antigo - Reprodução da violência
Implicações da violência	Repercussões da violência	Medo, desconforto e sofrimento Recursos e providências Estratégias de enfrentamento
Necessidades diante da vivência da violência	Saúde e Proteção no Trabalho	Reconhecimento dos Pacientes Reconhecimento dos Colegas Busca pela identidade e prazer no trabalho Medidas a serem adotadas

As etapas de coleta das informações foram sequenciais e inter-relacionadas. Dessa maneira, a segunda etapa foi iniciada concomitantemente ao processo de finalização da primeira. O mapeamento prévio da violência no hospital permitiu conduzir as entrevistas com mais precisão sobre as questões a serem aprofundadas.

Embora cada etapa tenha originado resultados próprios, o enfoque atribuído às buscas permitiu a sua complementaridade, conferindo maior profundidade e consistência interpretativa à análise. Isso foi possível pela confrontação das variáveis quantitativas com o quadro de categorias qualitativas, dando origem a um conjunto textual que sustenta a tese do presente estudo.

Para tanto, além de tabelas e gráficos, utilizam-se trechos das falas dos participantes como recursos provocativos e ilustrativos da discussão construída. Para o uso dos fragmentos das falas, empregaram-se identificações organizadas conforme a ordem cronológica com que as abordagens foram sendo feitas, com intuito de preservar o anonimato dos sujeitos, conforme explicado no tópico que trata das considerações éticas.

Ainda é necessário constar que vícios de linguagem (“né”, “assim”, “entendeu”) e palavras repetidas foram retirados dos trechos que compõem este relatório. Essa conduta se fez coerente na medida em que facilita a leitura das falas sem causar perdas sobre o seu conteúdo, além de ser uma maneira de preservar os participantes.

Além do olhar sobre o conjunto de trabalhadores entrevistados, os participantes foram vislumbrados com base na identificação de que, nesse grupo de vítimas da violência, 10 trabalhadores não apresentaram nenhum dos desfechos mensurados (Síndrome de *Burnout* e/ou Transtornos Psíquicos Menores), e 10 trabalhadores eram portadores de pelo menos uma dessas condições. A inclusão dessas informações no tratamento das entrevistas permitiu incluir na discussão o processo de subjetivação dos sujeitos mediante a violência e o adoecimento no trabalho em saúde.

Complementando as entrevistas, alguns registros efetuados em diário de campo durante a primeira etapa da coleta dos dados foram incluídos à discussão e são identificados pelas iniciais DC (Diário de Campo), uma vez que além das respostas às questões fechadas que compunham o questionário de pesquisa, fatos e sentimentos foram relatados durante esse procedimento. Esses registros foram agregados aos achados qualitativos durante a análise temática.

4.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DA PESQUISA

O estudo desenvolvido atendeu às prerrogativas éticas da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução 196, de 1996, do Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁰¹⁾. Todas as informações que resguardam os direitos dos sujeitos da pesquisa foram explicadas verbalmente aos participantes do estudo, assim como os objetivos da pesquisa e o compromisso assumido pela pesquisadora de contribuir com a construção do conhecimento no campo de estudos e práticas da saúde do trabalhador. Essas informações também constaram no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado em duas vias, pelo participante e pelo pesquisador, ficando uma das vias de posse do trabalhador e a outra do pesquisador.

O projeto foi certificado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (Anexo A) e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde Porto Alegre, sob o número 001.014667.11.8 (Anexo B).

Os TCLEs que estavam com o pesquisador foram entregues a esse CEP, sendo essa conduta recomendada pelo mesmo. Os questionários e as gravações das entrevistas serão guardados pelo período mínimo de cinco anos e, passado esse tempo, serão inutilizados, de acordo com a Lei dos Direitos Autorais nº 9610, de 1998⁽¹⁰²⁾.

Sabia-se, contudo, que abordar a violência no trabalho implicaria na revelação de comportamentos ou situações que ferem os direitos trabalhistas e humanos, e que, por isso, poderia ser gerado nos participantes o medo de uma posterior represália por terem exposto uma condição que desmoraliza a instituição ou os indivíduos cuidados. Diante disso, os participantes foram conscientizados de que o anonimato seria mantido frente às informações colhidas pela investigação.

Com essa intenção, os participantes do estudo não tiveram sua função e setor divulgados na redação dos resultados e na discussão da tese, sendo para tanto adotados os seguintes critérios:

- a) Utilização de trechos das falas gravadas e transcritas sem identificação dos setores ou categorias nem das pessoas que responderam ao roteiro de entrevista, utilizando-se somente como código a letra E (simbolizando a palavra “entrevista”) seguida por um número que indica a ordenação da coleta dos dados. Exemplo: E1, E2, etc.
- b) Omissão de nomes (de pessoas ou locais) citados nas falas, os quais foram substituídos por generalizações do termo, ou simbologias, a fim de preservar qualquer forma de identificação das pessoas participantes.

Além da garantia do anonimato, assegurou-se aos sujeitos que a sua colaboração era voluntária e passível de desistência a qualquer momento. Ainda foi sinalizado ao participante que a sua contribuição no estudo não envolvia riscos, mas que o seu benefício estaria no auxílio ao reconhecimento de um fenômeno presente, embora pouco vislumbrado, no processo de trabalho em saúde.

No entanto, ao propor a aplicação do questionário de pesquisa e ao realizar as entrevistas semiestruturadas, os trabalhadores já estavam sendo estimulados a certo grau de conscientização da problemática. Dessa forma, ao dar voz ao silêncio, paisagens antes embaçadas puderam ser enxergadas⁽⁵⁾.

Frente a isso, uma questão ética foi merecedora de destaque, a qual se refere à possível abertura dada pela pesquisa à confrontação do sujeito com uma problemática passível de gerar sentimentos de diversas naturezas. Além disso, a escuta oferecida pela pesquisa poderia desencadear relatos de abuso e maus tratos que necessitariam de adequado encaminhamento.

Para atender a esta necessidade de cuidado ético na presente pesquisa, as demandas relacionadas a essa questão foram encaminhadas para o serviço de atenção psicológica da instituição com a qual está vinculada a pesquisadora. A prestação desse serviço foi articulada previamente, ao início da coleta dos dados, por meio de parceria com o Centro de Avaliação Psicológica, Seleção e Orientação Profissional do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CAP-SOP/UFRGS).

Acredita-se que a produção científica resultante deste estudo represente uma contribuição para a área da saúde e, mais especificamente, para o campo da saúde do trabalhador, e em especial para os trabalhadores da instituição sede do estudo. Os participantes não tiveram recompensas de ordem financeira ou de qualquer outra natureza.

Os resultados do estudo foram divulgados em defesa pública da tese de doutorado ao término da pesquisa. O relatório da mesma ficará disponível ao público pelas bases de consulta bibliográfica *on-line* da CAPES, bem como em cópia física disponível na biblioteca da Escola de Enfermagem da UFRGS e na instituição hospitalar onde ocorreu a coleta dos dados.

Após a defesa e aprovação desta tese, também será entregue cópia do relatório final da pesquisa à Comissão de Saúde e Segurança do Trabalhador da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Além disso, artigos e eventos científicos serão utilizados como veículos de divulgação dos resultados. Essas medidas buscam fomentar (novos) debates no campo da saúde do trabalhador, a fim de promover melhorias ao setor da saúde, sinalizando assim o comprometimento ético implicado no desenvolvimento do estudo.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados apresentados e discutidos nesta sessão se originaram da busca por informações quantiqualitativas, e foram confrontados a fim de possibilitar a construção da discussão que sustenta a tese de que a violência que acomete trabalhadores de um hospital público de pronto socorro implica na saúde mental desses profissionais.

Após apresentar as principais características dos participantes da pesquisa, o presente capítulo aborda a violência no trabalho hospitalar a partir da sua ocorrência, tipos, vítimas e situações vivenciadas pelas mesmas. Na sequência discutem-se as origens da violência no trabalho por meio da identificação dos perpetradores apontados por suas vítimas e, mais do que isso, pela análise de elementos cotidianos associados à experiência da violência laboral cooptados durante os relatos disparados pelas entrevistas.

Posteriormente também são apresentadas e discutidas as repercussões da violência no trabalho para o trabalhador e seu contexto laboral. Discutem-se as reações e providências quanto ao ocorrido, bem como os problemas vivenciados e agravos à saúde associados à vivência da violência.

Por fim, abordam-se os dispositivos promotores da saúde e protetores da violência no trabalho, expondo-se, ainda, as mudanças necessárias (e urgentes) a partir dos dados levantados pelo estudo.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram da presente pesquisa 269 trabalhadores abordados nos seus locais de trabalho. O perfil demográfico e laboral dessa amostra encontra-se descrito na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes do estudo segundo características demográficas e laborais. Porto Alegre/RS, 2011

Variáveis	(n = 269)
Sexo*	
Feminino	157 (58,4)
Masculino	112 (41,6)
Idade†	
	49 (\pm 7,4)
Cor da pele*	
Branca	209 (77,7)
Outra	60 (22,3)
Situação conjugal*	
Com companheiro(a)	172 (63,9)
Sem companheiro(a)	97 (36,1)
Nº de filho(s)‡	
	2 (1-2)
Escolaridade (em anos de estudo)‡	
	17 (14-21)
Tempo de experiência na saúde†	
	24,8 (\pm 7,8)
Tempo de trabalho na instituição†	
	16,2 (\pm 7,7)
Categoria profissional*	
Auxiliar/técnico de Enfermagem	122 (45,4)
Enfermeiro	27 (10,0)
Médico	90 (33,5)
Outra	30 (11,1)
Sector de trabalho*	
SAE	59 (21,9)
Unidade crítica	119 (44,2)
Unidade de internação	48 (17,8)
Outro	43 (16,0)
Turno*	
Diurno	106 (39,4)
Noturno	75 (27,9)
Plantão	88 (32,7)
Carga Horária Semanal‡	
	40 (30-40)
Atua em outra instituição*	
Sim	99 (36,8)
Não	170 (63,2)
Cargo de Chefia*	
Sim	24 (8,9)
Não	245 (91,1)

* n (%); † Média (\pm Desvio Padrão); ‡ Mediana (intervalos interquartílicos).

Legenda: SAE – Serviço de Atendimento Externo – contempla os setores de recepção e atendimento a politraumatizados, suturas, urgências oftalmo-otorrino-buco-maxilio-facial e urgências clínicas; Unidade crítica – contempla a Unidade de Terapia Intensiva e o Bloco Cirúrgico; Plantão – regime de trabalho que inclui trabalho diurno e noturno.

A Tabela 1 apresenta uma amostra formada em sua maioria por mulheres (58,4%), com média de 49 anos de idade (\pm 7,4) e cor da pele branca (77,7%). Destaca-se sobre esses dados que a média de idade avançada dos trabalhadores está atrelada ao fato de se tratar de um serviço público, o qual costuma oportunizar uma carreira longa de atuação profissional devido ao vínculo estável com o trabalho.

A amostra foi composta por sujeitos que, em sua maioria, possuíam companheiros fixos (63,9%) e dois filhos (IIQ:1-2). A escolaridade dos participantes se distribuiu em torno de 17 anos de estudo (IIQ:14-21). Sobre essa questão, cabe mencionar que, dentre os participantes do estudo, havia trabalhadores que encerraram sua formação escolar com curso profissionalizante frequentado junto ao ensino médio, assim como também outros sujeitos afirmaram estar frequentando continuamente cursos de formação, como pós-graduação ou mesmo diferentes cursos de graduação. Destaca-se, portanto, a heterogeneidade da amostra quanto à escolaridade e a mesma tabela ainda descreve a extensa experiência profissional do grupo, com média de 24,8 anos de atuação na área da saúde ($\pm 7,8$) e 16,2 anos na instituição ($\pm 7,7$).

A distribuição dos participantes quanto à categoria profissional obedece à estratégia de amostragem, conforme descrito no Capítulo 4, junto ao percurso da investigação. Tem-se, portanto, um grupo de participantes composto proporcionalmente às categorias profissionais pertencentes ao hospital no período da coleta. Dessa forma, a amostra possui em sua maioria auxiliares/técnicos de enfermagem (45,4%), seguidos de médicos (33,5%), outros profissionais (11,1%) e enfermeiros (10%).

A maioria dos participantes (44,2%) atuava em unidades críticas, as quais incluem Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) e Bloco Cirúrgico (BC), seguidos pelo SAE (Serviço de Atendimento Externo) (21,9%) e unidades de internação (17,8%). Em outros setores (16%) foram enquadrados os trabalhadores de serviços especializados (banco de sangue, radiologia, fisioterapia, psicologia, serviço social, dentre outros).

A distribuição da amostra quanto ao turno de trabalho apontou que 39,4% dos participantes atuavam somente no período diurno e 27,9% somente no noturno. O regime de plantão (com períodos que incluem dia e noite) foi referido por 32,7% dos participantes.

A carga horária semanal da amostra se distribuiu em torno de 40 horas semanais (IIQ:30-40). A maioria dos participantes (63,2%) referiu não trabalhar em outra instituição e 8,9% dos trabalhadores possuíam algum cargo de chefia.

Ainda sobre as características dos partícipes da pesquisa, um subgrupo da amostra referida também contribuiu com a segunda etapa do estudo, revelando experiências e opiniões acerca da violência. Dessa forma, a abordagem qualitativa do estudo se restringiu ao enfoque exclusivo dos sujeitos que afirmaram terem sido vítimas de violência no último ano, dentre os quais foram selecionados os melhores informantes. Os 20 trabalhadores que responderam à entrevista semiestruturada têm suas principais características apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos participantes da entrevista segundo as principais características demográficas e laborais. Porto Alegre/RS, 2011

Variáveis	(n = 20)
Sexo*	
Feminino	16 (80)
Masculino	4 (20)
Idade[†]	45 (\pm 5,8)
Escolaridade (em anos de estudo)[‡]	15 (12-19)
Categoria profissional*	
Auxiliar/técnico de Enfermagem	14 (70)
Enfermeiro	2 (10)
Médico	3 (15)
Outro	1 (5)
Setor*	
SAE	6 (30)
Unidade crítica	7 (35)
Unidade de internação	4 (20)
Outro	3 (15)
Turno*	
Diurno	11 (55)
Noturno	6 (30)
Plantão	3 (15)

*n (%); [†]Média (\pm Desvio Padrão); [‡]Mediana (intervalos interquartílicos).

Diante da caracterização dos trabalhadores, destaca-se a participação do sexo feminino (80%) e da categoria de auxiliares/técnicos de enfermagem (70%). Esses dados refletem as proporções de vítimas da violência no cenário do estudo.

Os participantes da entrevista estiveram distribuídos entre todos os setores do hospital, com predomínio de trabalhadores das unidades críticas (35%). Quanto ao turno de trabalho, a maioria dos participantes atuava no período diurno (55%).

5.2 VIOLÊNCIA LABORAL NO HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO

[...] pode ser mascarada ou às vezes pode não ser mascarada, mas existe a violência. (E9)

Assim como anunciado nas palavras de um trabalhador da equipe de saúde, a violência encontra-se presente no cotidiano laboral do hospital público de pronto socorro. Sua natureza revelou-se complexa, com múltiplas expressões, e impactante sobre a saúde dos trabalhadores e o cotidiano do trabalho.

Para desvelar essa realidade, a pesquisa realizada abordou 269 trabalhadores de um hospital público de pronto socorro, dentre os quais, **63,2% afirmaram terem sido vítimas de algum tipo de violência nos últimos 12 meses**. Esse dado demonstrou uma elevada ocorrência do fenômeno, o qual se encontra superior às estatísticas de estudos que utilizaram a mesma estratégia de inquérito, no Rio de Janeiro (46,7%) e em países como Portugal (37%), Tailândia (54%) e África do Sul (61%). Contudo, a violência mensurada da mesma forma apresentou mais vítimas na Austrália (67,2%) e na Bulgária (75,8%)⁽¹⁰⁾.

Com relação às estatísticas brasileiras, acredita-se que o resultado superior aqui encontrado possa estar atrelado ao aumento gradativo da violência na atualidade, ou ainda, ao tipo de serviço estudado, uma vez que aqui se focalizou um hospital público de pronto socorro, ao passo que, na pesquisa do Rio de Janeiro, a amostra era procedente de diferentes serviços de saúde, incluindo estabelecimentos públicos e privados, com características variadas. A justificativa dada para os diferentes resultados se fortalece ao se constatar que as unidades de emergência juntamente com as de psiquiatria foram apontadas como os serviços onde a violência mais afeta os profissionais da saúde, da mesma forma que os estabelecimentos públicos tiveram uma frequência maior de casos, chegando a índices 8,8% superiores aos constatados nos serviços de emergência privados⁽¹⁵⁾.

Todavia, em Londrina/PR, 88,9% dos trabalhadores foram vítimas da violência em um serviço de urgência, descrevendo, portanto, percentuais ainda maiores, embora neste caso a amostra tenha sido menor⁽²²⁾. O mesmo ocorreu em Belo Horizonte, onde 83,3% dos médicos atuantes em serviços de pronto atendimento municipais afirmaram serem vítimas de pelo menos um tipo de violência durante o ano⁽²¹⁾.

Além dessas mensurações, estudos qualitativos também têm contribuído para dar visibilidade às circunstâncias de violência nos serviços de saúde, em especial, hospitais públicos de pronto socorro e unidades de emergência^(18-19,24,69).

Assim, já se sabe que nesses serviços há peculiaridades que tornam o convívio do trabalhador com a violência um imperativo diário. Nessa direção, deve-se dizer que o contexto de trabalho no qual as interações humanas acontecem interfere diretamente na gênese da violência, ao mesmo tempo em que o próprio contexto se consolida pelas relações que nele se estabelecem.

A identificação de 63,2% de sujeitos submetidos a situações de violência no último ano representa um resultado provocativo no que tange à saúde desses trabalhadores, bem como à qualidade do serviço prestado à população. Ao mesmo tempo, esse resultado desperta

inquietação acerca das circunstâncias nas quais esses fenômenos têm ocorrido, o que é apresentado e discutido a seguir.

5.2.1 Circunstâncias de violência: vítimas e vivências

No cenário estudado, a violência fez vítimas em todos os setores e categorias profissionais. No entanto, os resultados da análise apontam diferenças entre o perfil do grupo de trabalhadores que afirmou ter sido vítima de violência, em relação ao grupo que negou essa vivência.

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos trabalhadores expostos e não expostos à violência no trabalho, segundo características demográficas e laborais. Dessa maneira, podem-se observar as características que se associaram à ocorrência da violência no contexto do estudo.

Tabela 3 - Distribuição dos trabalhadores expostos e não expostos à violência nos últimos 12 meses, segundo características demográficas e laborais. Porto Alegre/RS, 2011

Variáveis	Violência no Trabalho		p
	Sim (n = 170)	Não (n = 99)	
Sexo*			0,001 [§]
Feminino	112 (65,9)	45 (45,5)	
Masculino	58 (34,1)	54 (54,5)	
Idade[†]	48,5 (\pm 6,9)	49,8 (\pm 8,2)	0,044
Cor da pele*			0,065 [§]
Branca	126 (74,1)	83 (83,8)	
Outra	44 (25,9)	16 (16,2)	
Situação conjugal*			0,078 [§]
Com companheiro	102 (60,0)	70 (70,7)	
Sem companheiro	68 (40,0)	29 (29,3)	
Nº de filho(s)[‡]	1 (1-2)	2 (1-2)	0,179 [¶]
Escolaridade (em anos de estudo)[‡]	17 (14-20)	18 (14-23)	0,036 [¶]
Média de horas de sono[†]	6,4 (\pm 1,4)	6,6 (\pm 1,1)	0,373
Tabagismo*			0,488 [§]
Sim	22 (12,9)	10 (10,1)	
Não	148 (87,1)	89 (89,9)	
Consumo álcool por semana*			0,102 [§]
Nenhum	99 (58,6)	45 (45,5)	
1 a 2 dias	56 (33,1)	45 (45,5)	
\geq 3 dias	14 (8,3)	9 (9,1)	
Tempo de experiência na saúde[†]	24,6 (\pm 7,4)	25,2 (\pm 8,5)	0,331
Tempo de trabalho na instituição[†]	15,9 (\pm 6,9)	16,6 (\pm 8,9)	0,275
Setor de trabalho*			0,104 [§]
SAE	43 (25,3)	16 (16,2)	
Unidade crítica	67 (39,4)	52 (52,5)	
Unidade de internação	34 (20)	14 (14,1)	
Outro	26 (15,3)	17 (17,2)	
Categoria profissional*			0,014 [§]
Auxiliar/técnico de enfermagem	88 (51,8)	34 (34,3)	
Enfermeiro	19 (11,2)	8 (8,1)	
Médico	47 (27,6)	43 (43,4)	
Outro	16 (9,4)	14 (14,1)	
Turno de trabalho*			0,110 [§]
Diurno	70 (41,2)	36 (36,4)	
Noturno	52 (30,6)	23 (23,2)	
Plantão	48 (28,2)	40 (40,4)	
Carga horária semanal[‡]	40 (30-40)	36 (30-40)	0,012 [¶]
Atua em outra instituição*			0,145 [§]
Sim	57 (33,5)	42 (42,4)	
Não	113 (66,5)	57 (57,6)	
Cargo de chefia*			0,941 [§]
Sim	15 (8,8)	9 (9,1)	
Não	155 (91,2)	90 (90,9)	
Pacientes que atende*			0,353 [§]
Crianças/adolescentes	8 (4,7)	4 (4)	
Adultos/idosos	75 (44,1)	52 (52,5)	
Ambos	86 (50,6)	41 (41,4)	
Nº profissionais presentes no local[‡]	6 (4-9)	6,5 (4-9)	0,363 [¶]

* n (%); [†] Média (\pm Desvio Padrão); [‡] Mediana (intervalos interquartílicos); [§] Qui-quadrado; ^{||} t de Student; [¶] Mann-Witney.

A análise dos dados revela uma distribuição maior do sexo feminino no grupo de trabalhadores expostos à violência (65,9%), com uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,001$). Este dado vai ao encontro de outras pesquisas que apontaram as mulheres como vítimas mais frequentes da violência no trabalho em saúde^(11,17), embora haja estudos que descrevam a prevalência maior de homens^(22,60).

Quanto à cor da pele, não houve diferenças na distribuição entre os grupos de trabalhadores vítimas e não vítimas da violência no trabalho. Embora não se tenha encontrado associação entre violência e a cor da pele das vítimas, deve-se atentar à compreensão de que as relações que se estabelecem no âmbito do trabalho são produto de uma construção socio-histórica, na qual raça e etnia têm sido variantes implicadas no exercício do poder e da dominação⁽¹⁰³⁾.

A situação conjugal não apresentou diferenças estatísticas quanto à exposição dos trabalhadores à violência, embora a frequência de profissionais sem companheiro no grupo exposto seja maior do que no grupo não exposto, se assemelhando a resultados de outra investigação⁽¹⁷⁾. Em serviços de saúde portugueses, não se verificou relação entre situação conjugal e violência no trabalho⁽⁶⁰⁾. Ainda, a diferença de medianas do número de filhos não foi significativa na comparação entre os trabalhadores que sofreram ou não violência.

A variável escolaridade se apresentou estatisticamente diferente entre os grupos ($p=0,036$), destinando aos trabalhadores com menor tempo de estudo a maior exposição à violência, corroborando com dados de outra pesquisa⁽¹⁰⁴⁾. Estima-se que a variável escolaridade tenha se associado com a violência por interferência da ocupação exercida pelos trabalhadores com mais ou menos anos de estudo.

Trabalhadores vítimas da violência apresentaram médias inferiores nas horas de sono. Embora não tenha havido diferenças estatisticamente significativas na comparação entre os grupos de vítimas e não vítimas, deve-se saber que há menção aos distúrbios do sono na literatura que versa sobre a violência no trabalho⁽¹⁰⁵⁻¹⁰⁶⁾.

Os hábitos de fumar e consumir álcool não se mostraram mais presentes no grupo de trabalhadores expostos, distinguindo-se do que é sugerido na literatura⁽¹⁰⁵⁾. O estudo da relação entre o álcool e as vivências do trabalho tem identificado o uso abusivo do álcool como forma de autoagressão nas ocupações socialmente desprestigiadas, nas quais se trabalha sob tensão constante e sem apoio social e reconhecimento⁽¹⁰⁷⁾.

Além disso, destaca-se a maior exposição de trabalhadores jovens à violência, sendo a idade média deste grupo estatisticamente menor que o grupo de trabalhadores que negou episódios de violência no último ano ($p=0,044$). Essa realidade vai ao encontro de outros

estudos^(11,60,104,108-110), fazendo identificar a vulnerabilidade dos profissionais mais jovens nos serviços de saúde, enquanto que a experiência parece fornecer habilidades para a proteção no mundo do trabalho.

Reforçando esse dado, constatou-se que os trabalhadores expostos à violência possuíam mais tempo de experiência no setor de saúde do que o grupo não exposto, o que também se deu quanto ao tempo de trabalho na instituição. Esses resultados ainda foram apontados pelos entrevistados, os quais revelaram o tempo na instituição como aspecto que atribui algum nível de *status* e poder no que tange à organização do trabalho.

Contudo, apesar das médias comportarem-se de formas distintas nos grupos de expostos e não expostos, essa diferença não foi estatisticamente significativa. Em outras pesquisas, a violência fez mais vítimas entre trabalhadores com maior tempo de experiência, embora também não se tenham comprovado diferenças estatísticas^(17,60).

Na análise realizada sobre o setor de trabalho, observou-se uma frequência maior de vítimas no SAE (25,3%) e nas unidades de internação (20%), enquanto que, no grupo de não expostos, a distribuição maior foi nas unidades críticas (52,5%). Não houve diferença estatisticamente significativa nessa distribuição, mas pode-se inferir com base nas entrevistas que a exposição maior do trabalhador do SAE esteja relacionada ao fato de ser o setor que contempla as salas de atendimento ao público que chega ao hospital. Nesse local frequentemente há filas de espera pelo atendimento e é de onde emergem conflitos com os usuários, os quais por vezes se transformam em violência.

Ao encontro dessa questão, em outra pesquisa que abordou diversos setores de trabalho também foram apontadas as unidades públicas de emergência como as áreas com maior prevalência de vítimas da violência no trabalho, chegando a atingir frequências de 75,5% em um ano⁽¹⁷⁾. Cabe complementar que o risco elevado da violência nos setores de emergência é tema frequente de pesquisas internacionais, sendo voltadas principalmente às agressões de pacientes e familiares nesses setores^(11,111-112).

Por outro lado, o presente estudo aponta as unidades críticas como locais de menor frequência da violência, o que pode estar atrelado ao fato de os pacientes encontrarem-se mais tempo sedados e sob maior vigilância dos profissionais. Assim, tem-se uma justificativa relacionada ao perfil dos pacientes, mas quanto aos demais perpetradores não foi constatada nas entrevistas qualquer diferença entre os setores no que tange à exposição à violência. Também não foram encontrados na literatura estudos focados nessa relação.

A categoria profissional prevalente dentre as vítimas da violência no trabalho foi a de auxiliares e técnicos de enfermagem (51,8%). Também os enfermeiros estiveram em maior

frequência no grupo exposto (11,2%). Essa diferença na distribuição das categorias profissionais foi estatisticamente significativa ($p=0,014$), atribuindo à equipe de enfermagem a maior exposição à violência.

A avaliação da violência em serviços de saúde portugueses apontou os enfermeiros, seguidos dos médicos, como principais vítimas⁽⁶⁰⁾. No Brasil, estudos têm destacado enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem como os profissionais mais vulneráveis à violência no trabalho em saúde^(15,22).

Não obstante, devem-se atrelar os dados que resultam da exposição maior da enfermagem aos descritos na variável sexo. Acredita-se que a enfermagem esteja mais exposta à violência pelo perfil das suas atividades⁽¹¹³⁾, mas também pelo predomínio de trabalhadoras mulheres, colocando em relevo a implicação do gênero como agravante. Um estudo verificou a exposição de enfermeiras de um hospital geral de São Paulo à violência de gênero, encontrando nessa classe risco aumentado à violência devido à sobreposição de ataques e agressões do trabalho com a violência doméstica⁽¹¹⁴⁾.

Não se constatou diferenças na distribuição do turno de trabalho e a ocorrência da violência, embora no grupo de vítimas haja prevalência do período diurno (41,2%) e noturno (30,6%). Esse achado se difere de pesquisa que identificou a maior exposição dos trabalhadores sob regime de plantão e atuação noturna⁽¹⁷⁾. Em serviços de saúde portugueses, nenhuma diferença foi encontrada para os turnos de trabalho⁽⁶⁰⁾. Entretanto, apoiados em revisão de estudos sobre a violência no cenário internacional da saúde, pesquisadores afirmam a relação do fenômeno com o trabalho noturno^(11,105,108-109), especialmente para vítimas do assédio sexual⁽¹¹⁰⁾.

Frente a isso, deve-se considerar que a organização temporal do trabalho em turnos, no hospital, envolve dinâmicas que colocam o trabalhador à mercê de maiores prejuízos sobre a sua saúde⁽¹¹⁵⁻¹¹⁶⁾. Somadas às alterações fisiológicas, o trabalhador da noite frequentemente encontra maiores restrições de recursos de apoio funcional e na equipe de trabalho que, além de interferirem sobre o desempenho da assistência, podem interferir sobre a sua exposição à violência. Assim, os prejuízos do trabalho noturno sobre a saúde dos profissionais podem ser potencializados pela maior exposição à violência, embora não haja consenso sobre o tema na literatura.

Com base na Tabela 3, vê-se que o cumprimento de maior carga horária semanal na instituição se associa à exposição do trabalhador à violência ($p=0,012$). Deve-se, no entanto, esclarecer que os contratos de trabalho variam de 40 a 30 horas, sendo a equipe de enfermagem contratada sob regime de 40 horas, ao passo que médicos e outros profissionais

cumprem menores tempos de trabalho no hospital onde se deu a investigação. Assim, pode-se atrelar à carga horária o maior tempo de exposição à violência, além de considerar a sua interferência sobre os papéis das categorias profissionais.

Apesar de essa inferência estar sendo explicada pelas particularidades do serviço, é preciso informar que o dado encontrado confirma estudos sobre o cenário internacional, onde se tem de mostrado que os trabalhadores com maior carga horária estiveram mais expostos à violência^(11,60,108-109).

Possuir outro vínculo empregatício não se apresentou como variável associada ao fator em estudo. Entretanto, em outra pesquisa, a sobrevivência dos trabalhadores em múltiplos empregos, agregada à precarização dos contratos de trabalho foram determinantes na gravidade da violência que acomete os profissionais da saúde⁽¹⁷⁾. Nesse comparativo, deve-se considerar que todos os profissionais participantes do presente estudo tinham vínculo estável no emprego, como servidores públicos, o que não lhes conferiu imunidade quanto à precarização do trabalho, a qual se faz por outra via: as extensas horas extras de trabalho para sustentar déficits de pessoal. Essa informação também se relaciona ao achado que versa sobre a carga horária de trabalho.

Acrescenta-se à caracterização das vítimas que os quantitativos de pessoal no local de trabalho tiveram distribuição muito semelhante entre os grupos de profissionais expostos e não expostos, o que indica não haver proteção maior ou menor devido ao número de colegas de trabalho que compartilham o mesmo espaço físico. Embora a literatura sinalize uma exposição maior à violência no trabalho solitário⁽¹⁰⁵⁾, essa situação foi inexpressiva no hospital em estudo, sendo que a relação entre o número de pessoas no local e a ocorrência da violência também não se confirmou em outro estudo, apesar de apontar indícios de maior prevalência de assédio moral em locais com mais pessoas⁽⁶⁰⁾.

Não foram constatadas diferenças entre os grupos quanto a possuir cargo de chefia. Neste caso, acredita-se que um possível fator de confusão possa ter sido o perfil do cargo denominado de cargo de chefia, pois permaneceram no mesmo grupo chefias administrativas, supervisões de serviço ou área e, ainda, cargos relacionados a outras atividades chefiadas no hospital, como a chefia da residência médica, por exemplo. Sobre essa questão, outra pesquisa apontou que chefias intermediárias são muito acometidas por agressões e atribui esse achado ao fato de necessitarem mediar demandas de diferentes níveis hierárquicos, encontrando-se por muitas vezes sob tensão⁽¹⁷⁾.

Quanto à faixa etária dos pacientes mais frequentemente atendidos pelos participantes do estudo, houve semelhança na distribuição entre as vítimas e não vítimas da violência. O mesmo ocorreu em outro estudo⁽⁶⁰⁾.

Além das características mencionadas, constataram-se relações entre a violência e outras intercorrências e prestígios do trabalho. Essas relações são apresentadas na Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição dos trabalhadores expostos e não expostos à violência nos últimos 12 meses, segundo intercorrências e prestígios laborais. Porto Alegre/RS, 2011

Variáveis	Violência no Trabalho		p
	Sim (n = 170)	Não (n = 99)	
Acidentes de Trabalho*			0,009 [‡]
Sim	96 (56,5)	43 (43,4)	
Não	74 (43,5)	56 (56,6)	
Nº de acidentes[†]	1 (0-2)	0 (0-1)	0,045 [§]
Dias ausentes do último ano[†]	0 (0-10)	0 (0-3)	0,018 [§]
Satisfeito com local de trabalho*			0,026 [‡]
Sim	92 (54,1)	66 (68)	
Não	78 (45,9)	31 (32)	
Avaliação dos relacionamentos interpessoais[†]	4 (4-4)	4 (4-4)	0,058 [§]
Preocupação com a violência[†]	4 (3-5)	2 (1-3)	<0,001 [§]

* n (%); [†] Mediana (intervalos interquartílicos); [‡] Qui-quadrado; [§] Mann-Witney.

Nota: A avaliação dos relacionamentos interpessoais foi realizada com escala de 1 a 5 pontos: (1) péssimos; (2) ruins; (3) regulares; (4) bons; (5) ótimos. A preocupação com a violência foi avaliada com uma escala de 1 a 5 pontos: (1) nada preocupado; (2) pouco preocupado; (3) moderadamente preocupado; (4) preocupado; (5) muito preocupado

Conforme apresentado na Tabela 4, destaca-se a diferença estatisticamente significativa entre os grupos de vítimas e não vítimas da violência no que tange à ocorrência de acidentes de trabalho (p=0,009), prevalecendo dentre os expostos à violência a maioria dos trabalhadores que afirmaram algum tipo de acidente no trabalho. Reitera-se que, neste questionamento, a agressão sofrida (violência física e/ou psicológica) não foi considerada como acidente de trabalho, sendo somente incluídos aqui os acidentes biológicos, mecânicos/ergonômicos e de trajeto.

Assim, tem-se a associação entre a ocorrência da violência e os acidentes de trabalho, trazendo à tona a questão da segurança do trabalhador como um tema a ser pensado a partir do processo de trabalho, transcendendo a ideia de que os comportamentos adotados pela equipe de saúde são escolhas livres de implicações socioambientais ou destituídas de uma identidade de grupo. Pesquisadores apontam que se devem questionar as condições dadas ao processo de produção e entender os acidentes de trabalho como problemas de saúde que derivam de relações sociais estabelecidas neste meio⁽¹⁰⁷⁾.

Reforçando o mencionado, a análise sobre o número de vezes em que cada participante se acidentou mostrou novamente a relação entre acidentes e violência ($p=0,045$). Não foram encontradas pesquisas similares quanto às variáveis acidentes ocupacionais e violência, mas deve-se mencionar estudo australiano que encontrou associação entre a violência e os erros no preparo e administração de medicações⁽¹¹⁷⁾, uma vez que a exigência de atenção e concentração do trabalhador está envolvida em ambas as questões, acidentes e erros, as quais podem ser prejudicadas pela vivência da violência no trabalho. Estudo europeu também apontou a relação entre o trabalho sob pressão, a sobrecarga física e os episódios de violência⁽¹¹⁾. Crê-se que todos esses aspectos estejam intimamente relacionados às consequências do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores.

Outra intercorrência associada à violência no trabalho foi o absenteísmo ($p=0,018$), retratando o impacto da violência na saúde do trabalhador e na produção. Sobre essa relação, autores têm chamado a atenção para o fato de que, além da violência não ser notificada nos serviços de saúde, ela não tem sido registrada como causa de afastamento⁽¹⁵⁾. Acredita-se que, em se tratando da violência psicológica, a relação pode ser ainda mais difícil, uma vez que a expressão desse tipo de violência e dos seus danos nem sempre se materializam sobre o corpo físico com um nexo explícito⁽¹⁰⁶⁾.

Quando avaliados os prestígios do labor, a satisfação se mostrou associada à ausência de violência no trabalho ($p=0,026$), ou seja, a distribuição das vítimas de violência é estatisticamente maior entre os insatisfeitos. A relação entre a experiência da violência e a insatisfação com o trabalho já tem sido apontada na literatura⁽¹⁰⁵⁻¹⁰⁶⁾, o que faz da violência um fenômeno relacionado, de forma inversa, ao contentamento pela realização da expectativa consciente e inconsciente do trabalhador sobre o exercício laboral. Entende-se, portanto, que o trabalhador espera do trabalho mais do que a recompensa material pela atividade exercida, buscando nessa fonte o prazer da mobilização da inteligência e da gratificação psíquica pela realização dos seus desejos⁽²⁶⁾.

A qualidade dos relacionamentos interpessoais foi uma variável que apresentou escores de avaliação inferiores para as vítimas da violência no trabalho. Embora esta tenha sido uma associação limítrofe ($p=0,058$), sinaliza-se que a violência encontra-se intimamente articulada à precarização do trabalho, desestruturando laços de confiança que antes mantinham a integridade das equipes de trabalho.

Com isso, o desempenho conjunto e as amizades dão espaço à individualização e à indiferença. A individualização que paira sobre o trabalho contemporâneo, por sua vez, contribui para o agravamento das situações danosas à saúde dos trabalhadores, uma vez que o

apoio social é substituído por valores de outra natureza, como a competitividade pela excelência e a negação dos problemas coletivos^(5,107,118).

Não foram encontrados estudos que relacionassem a avaliação da qualidade dos relacionamentos interpessoais com a ocorrência da violência no trabalho, mas um estudo europeu apontou a interferência prejudicial da violência laboral sobre a qualidade do trabalho em equipe⁽¹¹⁾.

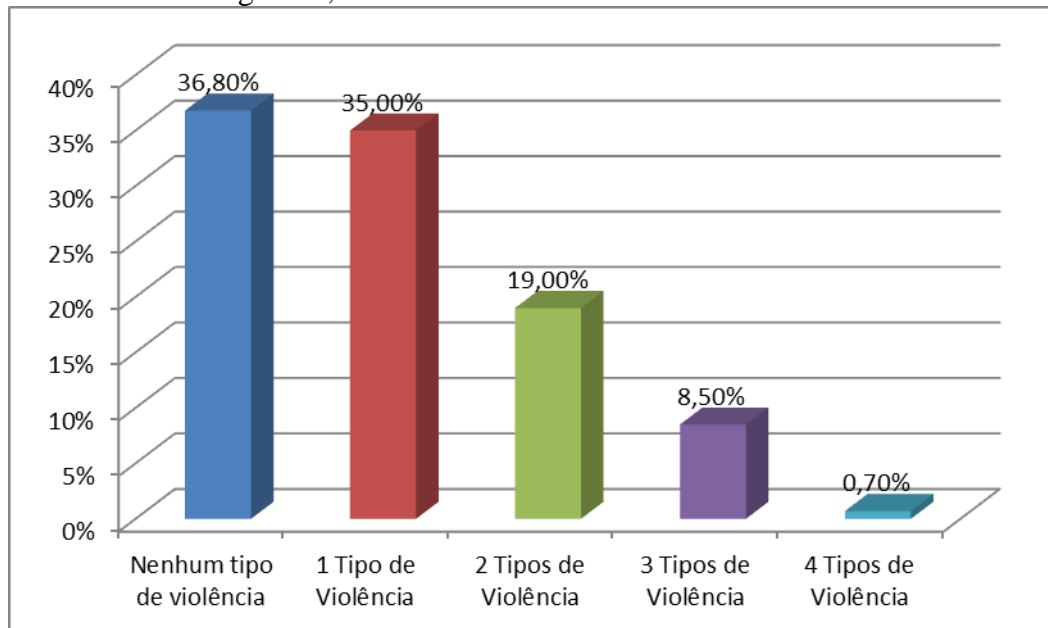
Apesar de se perceber que, por vezes, a violência foi banalizada pelos participantes das entrevistas, os resultados apontam que, no grupo de trabalhadores que estiveram expostos ao fenômeno no último ano, também se encontram as maiores medidas de preocupação com a violência ($p=0,001$). Outras investigações destacaram o fato de pessoas mais afetadas pela violência também serem as mais preocupadas com a sua ocorrência^(17,106), o que certamente está atrelado ao desgosto da sua experimentação e à consequências sobre a segurança no trabalho.

Embora não se tenha comprovado relações de causa-efeito, o resultado apresentado traz à tona o sentimento de preocupação como uma possível consequência da violência no trabalho, já que ter experimentado a situação está associada a maiores escores de preocupação. Os problemas enfrentados pelas vítimas da violência serão abordados em tópico posterior, contudo, ressalta-se a preocupação como um sentimento que pode ser prejudicial na medida em que gera tensão e ansiedade.

Além de analisar a associação entre a violência e as características de suas vítimas, a investigação possibilitou identificar os tipos de violência que acometeram esses trabalhadores. O questionário aplicado aos 269 sujeitos indagou sobre a ocorrência da violência física e violência psicológica. A violência psicológica foi avaliada por questionamentos acerca da agressão verbal, intimidação/assédio moral, assédio sexual e discriminação racial.

Tendo isso em vista, o gráfico a seguir apresenta a distribuição da amostra conforme os diferentes tipos de violência a que os trabalhadores foram expostos.

Gráfico 1 – Distribuição do número de diferentes tipos de violência segundo o percentual de trabalhadores. Porto Alegre/RS, 2011

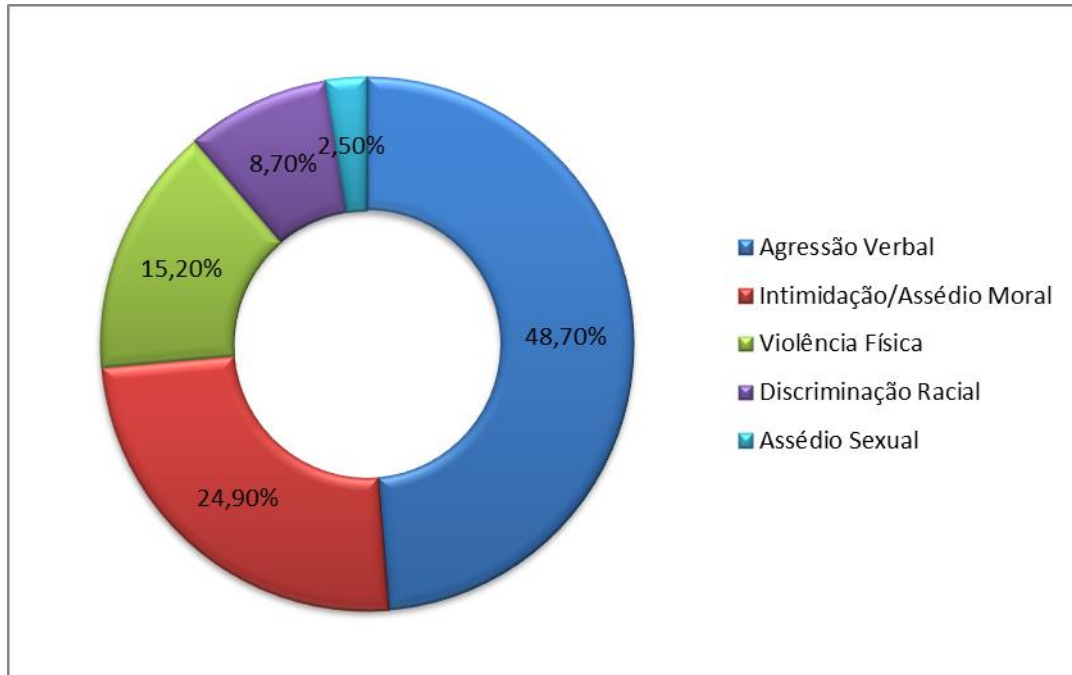


Os dados demonstram que 36,8% dos participantes não sofreram nenhum tipo de violência no último ano, enquanto que 63,2% foram vítimas de um ou mais tipos de violência, sendo a maioria (35%) exposta a um tipo de violência, 19%, a dois tipos; e 8,5%, a três. Apenas 0,7% da amostra foi exposta a quatro tipos de violência no trabalho, e nenhum sujeito referiu cinco tipos de violência. Em estudo com caracterização metodológica similar, essa distribuição foi de 53,3% (nenhum tipo), 27,5% (um tipo), 13,1% (dois tipos), 4,8% (três tipos), 1,1% (quatro tipos) e 0,1% (cinco tipos)⁽¹⁵⁾, revelando que serviços de diferentes regiões brasileiras vêm expondo de formas semelhantes os trabalhadores da saúde.

Os variados tipos de violência a que o trabalhador da saúde vem sendo submetido tem tornado ainda mais complexa a sua análise, principalmente no que tange à visibilidade sobre as violências que apresentam performances mais sutis. Atos violentos são parcialmente reconhecidos, sendo comumente mais precisos nos casos extremos, e invisíveis ou desmerecidos nas violências mais indiretas, passivas e simbólicas^(15,118).

Nesta investigação permitiu-se que o mesmo trabalhador relatasse mais de um tipo de violência, o que tornou o somatório dos eventos de violência superiores ao número de participantes. Assim, o estudo registrou 277 eventos de violência entre os 170 trabalhadores que os afirmaram. O Gráfico 2 apresenta a ocorrência de cada tipo de violência segundo o total de eventos registrados pelo estudo.

Gráfico 2 – Distribuição da violência contra o trabalhador segundo o tipo. Porto Alegre/RS, 2011



Assim, pode-se observar que 48,7% dos eventos que acometeram os trabalhadores se trataram de agressões verbais, 24,9% foram situações de intimidação/assédio moral e 15,2% classificaram-se com violências físicas. Registraram-se 8,7% de ocorrências de discriminação racial e 2,5% de assédio sexual.

Essas proporções corroboram com resultados de investigações que apontaram maior prevalência de trabalhadores agredidos verbalmente, seguida do assédio moral e da violência física^(15,110). Outro estudo apontou maior ocorrência da agressão verbal, seguida pelo assédio moral, mas teve o assédio sexual mais frequente do que a violência física⁽²²⁾; e, em Portugal, a discriminação racial ganhou destaque frente à violência física nessa comparação⁽⁶⁰⁾.

Nos próximos tópicos, abordam-se as particularidades observadas para cada tipo de violência mensurada, iniciando com a violência física e, posteriormente, vislumbrando a violência psicológica por inquérito da agressão verbal, intimidação/assédio moral, assédio sexual e discriminação racial.

5.2.1.1 Violência Física

A violência física foi definida ao participante do estudo pelo o uso da força física que resulta em dano (físico ou psicológico), como soco, chute, tapa, mordida, ou mesmo danos

com o uso de armas⁽¹⁰⁾. Diante dessa informação, 15,2% da amostra relataram terem sofrido violência física no último ano.

Um estudo encontrou frequência similar desse achado (16,7%) para médicos de um serviço de urgência⁽²²⁾, ao passo que outra pesquisa apresentou menores proporções desse tipo de violência (6, 8%) para a equipe de saúde⁽¹⁷⁾. Em Portugal, a prevalência da violência física contra profissionais da saúde no trabalho foi ainda menor (2,6%)⁽⁶⁰⁾.

Os trechos que se seguem retratam algumas das situações vividas pelos trabalhadores da equipe de saúde:

[...] eu fui fazer uma medicação [...]. Quando eu fiz isso, com esse movimento do braço [demonstrou com gestos], ela me passou as unhas no braço. (E12)

E eu já tive problema no dedo porque o paciente pegou o dedo assim e torceu para trás, porque ele queria se soltar, né. Um paciente pegou uma escadinha e jogou numa colega, por pouco não acertou nela, são coisas assim... Uma vez eu fui pegar uma moça que estava querendo se botar numa outra colega e eu fui segurar ela, fazer uma contenção mecânica, e ela me arranhou assim todo o braço. (E18)

Com base nas falas, deve-se ressaltar que ter contato físico com pacientes aumenta as possibilidades de ataques ao corpo do trabalhador, um dado que confirma a literatura⁽⁶⁰⁾ e se relaciona às características da própria tarefa desenvolvida pelos trabalhadores da saúde, a qual envolve aproximação corporal intensa e frequente com o paciente. Na presente pesquisa, 96,7% dos sujeitos entrevistados afirmaram ter interação direta e constante com os pacientes e 86,6% relataram contato físico frequente, por meio de tarefas como erguer, virar, conter, dentre outras formas.

Dentre os sujeitos que se disseram vítimas da violência física, 69% classificaram a ocorrência como uma situação típica no seu local de trabalho e, dentre as vítimas, a frequência com que o ocorrido se repetiu no último ano se distribuiu em torno de duas vezes (IIQ:1-4).

Também, 41,2% da amostra afirmaram já ter presenciado algum tipo de violência física no seu local de trabalho. Essas situações, envolvendo colegas, também foram reveladas pelas entrevistas, como pode ser conferido a seguir:

Teve uma colega nossa que levou uma tamancada de um paciente, essa foi agredida mesmo! (E4)

Eu vi a minha colega aqui no leito cinco, um paciente que tinha problemas psiquiátricos que tentou agredir ela com a perna. Ele tentava acertar o corpo dela enquanto ela estava o medicando. (E12)

Pelos relatos se percebe que a violência física pertence ao cotidiano das práticas de cuidado no cenário da saúde. Esta, por sua vez, imprime vivências laborais peculiares sobre a estética das ações dos trabalhadores e se faz sentir no corpo.

Sendo o próprio corpo a origem da subjetividade, é o *locus* no qual e pelo qual a subjetividade se experimenta a si mesma e se reconhece. Sentimentos e afetos como sofrimento, prazer, amor, angústia e ódio têm o corpo como ponto de partida, como lugar do sentir⁽¹¹⁹⁾.

Tabela 5 - Distribuição dos trabalhadores expostos e não expostos à violência física, segundo o sexo e a categoria profissional. Porto Alegre/RS, 2011

Variáveis	Violência Física		p
	Sim (n = 42)	Não (n = 227)	
Sexo*			0,027 [†]
Feminino	31 (19,7)	126 (80,3)	
Masculino	11 (9,8)	101 (90,2)	
Categoria profissional*			0,001 [†]
Auxiliar/técnico de enfermagem	30 (24,6)	92 (75,4)	
Enfermeiro	4 (14,8)	23 (85,2)	
Médico	4 (4,4)	86 (95,6)	
Outra	4 (13,3)	26 (86,7)	

*n (%); [†]Qui-quadrado.

Na tabela, observam-se as mulheres mais expostas do que os homens a esse tipo de violência no labor hospitalar (p=0,027). Outro estudo também apontou as mulheres com principais vítimas da violência física⁽¹⁵⁾. Entretanto, nos serviços de saúde portugueses, os homens foram vítimas mais frequentes desse tipo de violência do que as mulheres⁽⁶⁰⁾.

A Tabela 5 demonstra que o grupo de auxiliares/técnicos de enfermagem estiveram estatisticamente mais exposto à violência física do que os demais profissionais (p=0,001). Esse achado também foi verificado em pesquisa anterior⁽¹⁵⁾ e pode ser explicado pelas características das tarefas executadas por estes trabalhadores⁽¹¹³⁾.

Dentre todos os trabalhadores da equipe de saúde, os auxiliares/técnicos de enfermagem são os profissionais que desenvolvem atividades de maior contato físico com o paciente e certamente por isso permanecem mais expostos à violência física. Prevalece, nas atividades desses profissionais, a assistência às necessidades de higiene, conforto e alimentação, além de inúmeros procedimentos invasivos, dentre os quais são diárias a realização de curativos e a administração de medicações.

Outro aspecto relacionado às características laborais é que, durante a sua jornada de trabalho, esses trabalhadores se envolvem muito menos com atividades burocráticas⁽¹²⁰⁾, ao passo que os demais profissionais o fazem com maior frequência. Isso vai ao encontro de resultados de estudo⁽¹⁷⁾ que atribuem maior proteção sobre a violência às funções com menor interação com pacientes.

No trecho que segue, a trabalhadora comenta a sua exposição à violência física, enfatizando o “contato direto” com os pacientes.

Já levei pontapé e já levei tapa, já tive enfrentamentos assim... porque, até o segurança vir, a gente fica muito à mercê, é um contato muito direto [...] (E13)

A organização do trabalho no hospital representa um fator determinante na definição das vítimas da violência física. Pertence aos auxiliares/técnicos de enfermagem a operacionalização de procedimentos concebidos por outros profissionais e a execução da maioria das intervenções manuais referentes à assistência de enfermagem e às prescrições médicas, tornando-se, para o paciente, representantes do trabalho desenvolvido por vários profissionais.

Nos serviços de saúde portugueses, os enfermeiros foram apontados como as principais vítimas da violência física no trabalho⁽⁶⁰⁾. Acredita-se que as diferenças na delimitação das funções profissionais entre os países seja o motivo que explica os resultados divergentes.

Ainda foi possível verificar que todas as ocorrências da violência física se deram nas dependências do hospital (100%) e 45,2% das vítimas consideraram a situação como evitável, dado semelhante à avaliação feita pelos profissionais expostos ao mesmo tipo de violência em outro serviço⁽¹⁵⁾. Sendo em grande parte evitáveis, as violências físicas carecem de medidas preventivas que visem reduzir as ocorrências, assim como os danos.

Ressalta-se que apenas 21,4% dos episódios de violência física tiveram alguma providência, sendo a maioria feita por colegas. Esse dado foi igual ao de outro estudo (21,5%)⁽¹⁷⁾, representando a carência de abrigo aos trabalhadores vítimas da violência nos hospitais brasileiros. Quando questionados sobre a satisfação acerca da forma como o evento foi tratado, 31% das vítimas referiram-se totalmente insatisfeitos, reforçando assim a necessidade de intervir no gerenciamento da violência e acolhimento às vítimas.

5.2.1.2 Agressão Verbal

A agressão verbal foi o tipo de violência que afetou mais frequentemente os trabalhadores no hospital (48,7%). O estudo registrou 135 casos no último ano e a sua ocorrência se repetiu para suas vítimas em torno de três vezes (IIQ:2-10). Frequência semelhante de vítimas foi observada em outro contexto (40,03%), mostrando que, nos serviços de saúde, por vezes o uso da comunicação tem se dado de forma agressiva e as palavras servem como ataques ao trabalhador⁽¹⁵⁾. Nas entrevistas também foi constatada essa realidade, como retratam os trechos abaixo:

[...] acabou eu elevando a voz dentro do posto e ela [colega] elevando a voz dentro do posto. É um posto fechado e nós temos os pacientes que ficam ao redor, então claro que os pacientes ouviram, todo mundo presenciou a situação, então foi uma coisa superdesnecessária e até hoje ela não se reporta pra mim. (E6)

[...] paciente, quando ele está alcoolizado ou está com uso de alguma droga, que ele está em abstinência, eles ficam superagressivos, eles não conseguem escutar. Tu fala, fala, e eles não conseguem. [...] Tem cada coisa que eu nunca ouvi falar na vida, eu aprendi aqui os nomes. (E18)

Os fragmentos das entrevistas permitem observar a diversidade de situações nas quais o trabalhador é exposto à agressão verbal, um resultado que se complementa pela informação do quanto essas situações podem ser consideradas pertencentes ao cotidiano. Frente a isso, 83% das vítimas da agressão verbal disseram que essa circunstância pode ser considerada típica no seu local de trabalho. A Tabela 6 complementa os dados, revelando o envolvimento de todas as categorias profissionais e de ambos os sexos nas situações de agressão verbal.

Tabela 6 - Distribuição dos trabalhadores expostos e não expostos à agressão verbal, segundo o sexo e a categoria profissional. Porto Alegre, RS, 2011

Variáveis	Agressão Verbal		P
	Sim (n = 135)	Não (n = 134)	
Sexo*			0,075 [†]
Feminino	86 (54,8)	71 (45,2)	
Masculino	49 (43,8)	63 (56,3)	
Categoria profissional*			0,129 [†]
Auxiliar/técnico de enfermagem	69 (56,6)	53 (43,4)	
Enfermeiro	15 (55,6)	12 (44,4)	
Médico	40 (44,4)	50 (55,6)	
Outra	11 (36,7)	19 (63,3)	

* n (%); [†] Qui-quadrado.

Em investigação anterior, os enfermeiros foram apontados como a categoria mais exposta à agressão verbal, mas, assim como neste estudo, não houve diferenças entre os sexos das vítimas⁽¹⁵⁾. Estudo português apontou os homens como vítimas mais frequentes da agressão verbal nos serviços de saúde⁽⁶⁰⁾.

O trecho que segue reafirma a constatação de que se trata de situações que frequentemente expõem todas as categorias profissionais.

Um paciente que se sentiu ofendido me agrediu, agrediu a doutora, todo mundo, ele queria ir embora. [...] foi bem difícil, só que eu não fiquei discutindo com ele, na verdade, eu me afastei, daí veio a doutora conversar, que também foi agredida [risos]. A enfermeira também não conseguiu contornar o assunto e teve que chamar a vigilância, chamar os guardas [...] com a presença dos guardas ele se acalmou. [...] Isso é bastante comum. (E14)

O trecho revela que, além de expor todos os profissionais envolvidos com a assistência, a agressão somente pode ser controlada com a presença de representantes da ordem. Também fica exposto na fala que as tentativas de acalmar o paciente provinham de profissionais mulheres, sendo “a doutora” e “a enfermeira” insuficientes para garantir o “domínio” da situação. Isso pode representar o imaginário social que consolida a dominação e a força à virilidade, componente masculino, ao passo que a fraqueza e a submissão ficam como atributos femininos, destituídos do componente viril⁽¹²¹⁾.

O trecho a seguir demonstra que as situações que expõem os trabalhadores à agressão por vezes são atribuídas às características pessoais da vítima, como uma forma de negar a vulnerabilidade do coletivo.

A Doutora “X”, geralmente, é muito agredida verbalmente [risos]. Não sei, ela irrita as pessoas, não sei o que ela tem, que as pessoas xingam bastante ela. Às vezes, dá até pena, isso acontece com ela porque eu acho que ela enrola muito, e aí acaba tumultuando, entendeu? E aí os pacientes ficam brabos. (E4)

Essa fala reporta ao médico a culpa pelos xingamentos devido ao fato de ser a figura que, na maioria das vezes, determina o percurso do usuário dentro do serviço, na medida em que é responsável pelo diagnóstico e a terapêutica. Então, se por um lado a enfermagem se expõe ao contato mais prolongado com o paciente, o profissional médico é o encarregado de transmitir notícias relacionadas ao prognóstico e, assim, os maiores responsabilizados pelas “falhas” quando se trata da resolução dos problemas clínicos do usuário.

Ao encontro disso, em outro estudo os médicos foram as vítimas mais recorrentes da agressão verbal⁽⁶⁰⁾. A fala abaixo descreve a maior exposição do médico em situações que tratam das notícias sobre a vida e a morte:

[...] muitas vezes a gente tem que combater a parte da violência depois do óbito, lidar com familiares é sempre difícil, principalmente óbitos em crianças ou em adultos jovens. (E5)

Dessa maneira, o médico revela que a tensão e a dor que emergem da notícia dada a familiares sobre a morte, e são destinadas a ele como desabafo do sofrimento e da dificuldade em aceitar a perda. Em estudo sobre a violência sofrida por médicos em serviços de saúde de São Paulo, os familiares/acompanhantes foram identificados como os principais praticantes da agressão⁽¹²²⁾.

Além de conhecer as vítimas e as circunstâncias nas quais ocorreu a agressão verbal, o estudo permite inferir que, além de frequente, esta forma de violência costuma expor o trabalhador a humilhações perante os colegas ou os próprios usuários do serviço.

[...] Ela tem uns ataques assim, ela expõe as pessoas, ela grita na enfermaria, para todo mundo ouvir, eu acho melhor ficar quieta e sair de perto para não ficar brigando e batendo boca dentro da enfermaria. (E14)

Eu já passei por situações constrangedoras de agressão verbal, que se tornam uma agressão moral, porque fica chato, os colegas escutam, então, a pessoa te xingar com o dedo em cima do nariz. Desagradável, já tive situações bem desagradáveis. (E10)

Os trabalhadores se sentiram injustiçados pelas agressões verbais e 63,7% dos que sofreram esse tipo de violência no último ano disseram que o incidente poderia ter sido evitado. Acredita-se que os casos inevitáveis possam estar implicados nas situações em que a agressão verbal tenha envolvido vítima e agressor ao mesmo tempo, como “bate-bocas”, por exemplo, sendo a violência retribuída ao perpetrador com “a mesma moeda”.

É importante sinalizar que esta pesquisa considerou a agressão verbal como o comportamento que humilha, degrada, ou, de outra forma, indica a falta de respeito com a dignidade e o valor do indivíduo⁽¹⁰⁾. Assim, as palavras que maltratam são identificáveis, embora muitas vezes seus danos sejam menosprezados, o que pode explicar a baixa porcentagem de providências para a agressão verbal no pronto socorro (19,3%) e ainda menor em outros serviços (17,5%)⁽¹⁵⁾. Agrega-se a esse dado que 43,6% das vítimas da agressão verbal se sentiram totalmente insatisfeitas com a forma como o incidente foi tratado pela sua instituição.

5.2.1.3 Intimidação/Assédio Moral

As agressões que feriram a integridade moral do trabalhador foram consideradas assédio moral quando, além de humilharem, desqualificarem ou desmoralizarem o indivíduo ou grupo, tiveram como característica a repetição ou o excesso, o qual acarreta a sensação de perseguição⁽¹⁰⁾. Com a referida característica, 24,9% da amostra referiram-se vítimas, resultado superior ao das investigações que identificaram 15,42% de ocorrências em outro estado brasileiro⁽¹⁵⁾ e 16,5% em Portugal⁽⁶⁰⁾.

Ressalta-se sobre este dado, que, apesar de não ser o tipo de violência que mais acomete os trabalhadores, é o que mais se repete, pois cada vítima foi acometida por volta de quatro vezes no último ano (IIQ:2-10). Em outro estudo, a agressão verbal se mostrou mais recorrente do que a intimidação/assédio⁽¹⁷⁾ ou mesmo a discriminação racial⁽⁶⁰⁾.

Dentre as situações de intimidação/assédio moral vividas pelos trabalhadores do pronto socorro, estiveram os seguintes casos:

[...] é um assédio, porque cada vez que tu vai te reportar àquela pessoa, porque tu necessita, porque ela tá cuidando de um paciente, tu já sabe que vai receber a patada, as pessoas já sabem daquela agressividade dela. (E6)

[...] todo o funcionário novo que entrava ela pegava no pé. Mas era uma pegação seguida. Eu comi o pão que o diabo amassou. (E1)

Porque quando elas [chefias] acham que tu não serve, elas chegam e te mijam na frente dos outros, elas te xingam, elas te humilham. (E2)

Numa situação de assédio, a repetição das humilhações aos novatos, os vexames e as imposições paradoxais têm valor de destruição psíquica e suspendem a ação do pensamento⁽¹²²⁾. Essa afirmação reforça a caracterização do assédio relatado pelos participantes.

Destaca-se, em face aos trechos, que o assédio se apresenta por meio da degradação dos valores dos indivíduos^(5,105,123) e se manifesta pela devastação das relações interpessoais (primeiro fragmento) e aniquilação do respeito à pessoa em prol das diferenças de poder entre os mais e menos experientes (segundo fragmento) e desigualdades nos níveis hierárquicos

(terceiro trecho). A apreciação de serventia ainda revela valor de uso sobre a força de trabalho, proliferando o paradigma neoliberal do culto à produtividade.

De forma abusiva e antiética, o assédio moral tem o objetivo de constranger, inferiorizar e amedrontar, e tal deterioração desestabiliza o assediado e resulta em desgaste emocional e marginalização do trabalhador sobre o processo produtivo e a organização do trabalho⁽¹¹⁸⁾.

As humilhações, além de persistentes, foram consideradas evitáveis para a maioria das vítimas (91,3%), o que pode acarretar em mais indignação devido à injustiça sentida pelos trabalhadores expostos. Esse aspecto se agrava na medida em que apenas 18,8% das situações tiveram alguma providência diante do ocorrido, pois, junto da sensação de “punição injusta”, o trabalhador vivencia a desconsideração sobre a sua “dor”.

A natureza da sensação de injustiça está no sentimento moral⁽¹¹⁹⁾. Mas a atual dinâmica de precarização das relações no trabalho gera o apagamento ético, que traz ressonâncias preocupantes para a sociabilidade e as subjetividades⁽¹⁰⁷⁾. Por esse motivo, as violências, apesar de evitáveis, podem passar a ser consentidas pelo grupo.

Outro estudo também encontrou altos índices de assédios e intimidações à moral que poderiam ter sido evitados (78,5%) e baixas ocorrências de providências (15,3%)⁽¹⁵⁾. Autores sinalizam que a falta de punição do agressor gera o conformismo das vítimas da violência no trabalho⁽¹⁰⁶⁾.

Dentre as vítimas da intimidação/assédio moral, 76,1% referiram insatisfação plena sobre a forma como o evento foi tratado na instituição. Este dado reforça a constatação de que os danos da violência transcendem os malefícios da agressão em si, mas englobam as repercussões do fenômeno, por meio dos quais se demonstra mais ou menos valorização pelo trabalhador.

As falas anteriormente retratadas oferecem indícios sobre o perfil das vítimas da intimidação/assédio moral, o que é evidenciado na Tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição dos trabalhadores expostos e não expostos à intimidação/assédio moral, segundo o sexo e a categoria profissional. Porto Alegre/RS, 2011

Variáveis	Intimidação/Assédio Moral		p
	Sim (n= 69)	Não (n = 200)	
Sexo*			0,002 [†]
Feminino	51 (32,5)	106 (67,5)	
Masculino	18 (16,1)	94 (83,9)	
Categoria profissional*			0,015 [†]
Auxiliar/técnico de enfermagem	41 (33,6)	81 (66,4)	
Enfermeiro	6 (22,2)	21 (77,8)	
Médico	13 (14,4)	77 (85,6)	
Outra	9 (30,0)	21 (70,0)	

* n (%); [†]Qui-quadrado.

Constata-se que a intimidação/assédio moral foi um tipo de violência que fez mais vítimas entre as mulheres (p=0,002). Essa associação não ocorreu da mesma forma em outros estudos, que apontaram os homens como mais expostos do que as mulheres^(17,60).

Auxiliares/técnicos de enfermagem prevaleceram quanto à exposição à violência desse tipo (p=0,015). Esse dado corrobora as conclusões de outra investigação quanto à exposição predominante dos auxiliares/técnicos de enfermagem em detrimento das demais categorias⁽¹⁵⁾, o que, em Portugal, se atribuiu ao grupo de outros profissionais⁽⁶⁰⁾.

Interpreta-se essa questão com base no uso desigual do poder determinado pela posição hierárquica ocupada por cada categoria profissional na estrutura organizacional do hospital, uma vez que no grupo mais exposto encontram-se os profissionais de nível médio, subordinados a outros profissionais graduados.

O trecho a seguir retrata a implicação da condição hierárquica sobre as relações sociais no trabalho:

Tem todo um sistema, ela [chefia imediata] também tem uma chefe acima dela que faz a mesma coisa, e essa tem uma acima que faz a mesma coisa. A gente tá num sistema, sabe? E eu me sinto, como técnica, eu me sinto lá embaixo, é a gente que leva chicotada. (E1)

Os auxiliares/técnicos de enfermagem ocupam uma posição subalterna no que tange à divisão do trabalho na enfermagem e na saúde e, por vezes, se percebem como os mais “chicoteados”, por estarem no extremo de uma cadeia de eventos em que o abuso do poder se reproduz verticalmente. A fala que se segue também demonstra a humilhação atrelada à posição hierárquica dos profissionais:

[...] lá no refeitório tu serve a tua bandeja e, quando tu pega para comer, chega a chefia na tua frente e diz: “Larga tudo aí, porque tu tem que ligar lá para o SAMU para chamar o paciente, para avisar que o cara está lá no hospital X [outro hospital] disponível. Larga agora, e vai lá, eu vim aqui em cima para te avisar.” [a vítima então se questiona:] Por que não pegou o telefone e não avisou para SAMU? [...] Isso é assédio moral ou não é assédio moral? Que é isso? É falta de respeito por mim! (E16).

Diante das situações, os trabalhadores passam a ser subjetivados pela vivência de relações permeadas pelo autoritarismo dos profissionais que estão em níveis superiores da escala hierárquica⁽⁷¹⁾ e, além dos aspectos que remetem ao abuso do poder atrelado às condições hierárquicas, ainda deve-se sinalizar que o hospital é um espaço social onde o saber da clínica atribui mais poder a alguns em detrimentos de outros.

Nesse contexto, a figura do médico ganha destaque em termos de *status* profissional. Esse *status*, por sua vez, se revela no poder sobre as decisões do tratamento e nas relações interpessoais cotidianas.

A gente fala as coisas e eles [médicos] não te dão bola e muitas vezes tu já tem que ouvir tipo assim: “Te põe no teu lugar!” Para mim é uma agressão, porque se tu está vendo o que precisa ser feito, o cara chega chocado e eles não vão pedir sangue? Tem que puncionar, tem que conseguir os acessos! (E8)

[...] é mais com a equipe médica que a gente tem essa dificuldade. Às vezes tem que fazer determinado exame, tu liga para fazer, e eles te xingam por telefone, eles tentam pedalar para mais tarde, e tu sabe que poderia ser feito naquele momento. [...] o paciente fica ali esperando, esperando, esperando... E os familiares te cobrando. Tu fica nessa linha de frente [...] por telefone ele diz: “Que palhaçada!”. Falam coisas horríveis assim, no telefone. [...] te acabam passando por uma violência verbal desnecessária. (E13)

Os relatos encontrados corroboram com achados⁽¹⁸⁻¹⁹⁾ acerca da conduta patronal do médico sobre os demais profissionais no âmbito hospitalar, expressa por comportamentos impositivos que se transformam em violência. Referem-se à violência não somente pela rispidez ou desmoralização na forma de se comunicar com os demais profissionais, mas também pela repercussão quanto à dignidade, quando o paciente é prejudicado.

Se por um lado a decisão sobre o direcionamento da clínica é função do médico, por outro lado, as cobranças dos pacientes são destinadas à categoria que passa mais tempo próxima do usuário. Em meio a essa conjuntura, ocorrem agressões e assédios que atingem principalmente os executores últimos das determinações médicas.

Ainda no que tange às principais vítimas da intimidação/assédio moral, a fala que se segue reforça os sentimentos experimentados por esses profissionais diante da desvalorização expressa pela invisibilidade.

[...] tu pode trabalhar vinte anos com um profissional enfermeiro ou médico e ele achar que não tem obrigação de te cumprimentar no corredor [...] É uma forma de discriminação, uma forma de assédio moral, né? [...] Conforme a tua fatia nessa pirâmide profissional de *status*, tu é mais violentado ou menos. O auxiliar de enfermagem nesse hospital é bastante violentado, mas é mais uma agressão velada. (E11)

A hegemonia da racionalidade instrumental propicia a coisificação do sujeito e a perda de valores tradicionais para o convívio social⁽¹¹⁸⁾. Situações com essas características foram consideradas típicas para 72,1% das vítimas, revelando, portanto, a sua gravidade no cenário do estudo.

5.2.1.4 Assédio Sexual

A experiência do assédio sexual representou 2,5% dos eventos de violência. Essa questão foi abordada junto aos participantes definindo o assédio sexual como a ocorrência de comportamentos de natureza sexual indesejáveis, unilaterais e não esperados, sendo ofensivos pelo uso da ameaça, humilhação ou incômodo⁽¹⁰⁾.

Apesar de pouca expressão numérica dentre os tipos de violência registrados, o assédio sexual se repetiu para suas vítimas em torno 3,5 vezes no último ano (IIQ:2-13), classificando-se como situações típicas para 100% das vítimas. Contudo, esses constrangimentos revelam suas singulares expressões nos relatos de suas vítimas:

Bastante assédio sexual dos pacientes, eles querem saber onde tu mora [...] na semana passada, que eu fui verificar os sinais dele, e ele tava em NPO, e ele disse: “Ah, tô com uma vontade de comer galinha” – e eu caí na asneira de falar bem aquele dia, [...] eu disse; Quando a gente tá em NPO a gente tem vontade de comer tudo que a gente não pode, porque a gente tá aqui... enfim, né? Aí ele disse assim para mim: “É, é verdade, eu adoro galinha, adoro galinha de qualquer jeito, inclusive mulher, mulher para mim tem que ser assim, tem que ser galinha ou então nem vem.” Aquilo me chocou, eu não falei mais com ele. (E14)

[...] tinha um paciente acordado, e ele [colega] foi lá e me ofereceu para o paciente, e ele disse assim para o paciente, que estava lúcido e orientado: “Ó, vem cá, ela é sozinha, chega nela depois, conversa com ela, quem sabe tu consegue alguma coisa?”. [...] E o paciente levou a sério, o paciente acreditou, levou a sério. E foi assim, foi muito desagradável, isso é humilhante para gente dentro do ambiente de trabalho acontecer esse tipo de coisa. (E17)

Eu cheguei um dia e no meio da sala ele [colega] ficou me olhando e disse assim: “Bah!, teu cabelo parece uma prostituta.” [...] Agora, há uns meses atrás eu entrei na sala e tinha três brigadianos [e o colega disse]: “Ah! Que bom que a senhora chegou, esses brigadianos aqui estão interessados numa mulher que nem a senhora.”. (E2)

Com base nos relatos, deve-se salientar que, além de serem mais expostas ao assédio no trabalho do que os homens, as mulheres são vítimas do assédio de forma distinta dos mesmos, sendo elas vítimas frequentes de constrangimentos com conotação sexuais ou machistas⁽¹²⁴⁾.

Apesar das entrevistas terem oportunizado o registro do assédio perpetrado por provocações de cunho sexual, no diário de campo foram registradas situações nas quais o abuso também se fez por meio do contato físico, como relatado por uma trabalhadora:

Participante relata que precisa ficar atenta porque os pacientes põem a mão nela de forma intencional, mas justifica as situações pelo pouco espaço para deslocamento dos profissionais entre as macas onde ficam os pacientes. Ela conta que isso já ocorreu durante o atendimento a uma parada cardiorrespiratória. enquanto ela atendia a um paciente, o paciente ao lado tentava tocá-la. (DC)

Diante dessas circunstâncias, cabe sinalizar que 57,1% das vítimas do assédio sexual disseram que os eventos poderiam ser evitados, o que pode se relacionar às condições físicas do ambiente de trabalho, como dito pela trabalhadora. Dentre as vítimas, 28,6% se disseram totalmente insatisfeitas quanto ao tratamento do incidente na instituição.

Apesar das situações de assédio sexual terem sido relatadas por mulheres, a Tabela 8 não permite confirmar quantitativamente as mulheres como o grupo mais exposto.

Tabela 8 - Distribuição dos trabalhadores expostos e não expostos ao assédio sexual, segundo o sexo e a categoria profissional. Porto Alegre/RS, 2011

Variáveis	Assédio Sexual		P
	Sim (n = 7)	Não (n = 262)	
Sexo*			0,477 [†]
Feminino	5 (3,2)	152 (96,8)	
Masculino	2 (1,8)	110 (98,2)	
Categoria profissional*			0,434 [†]
Auxiliar/técnico de enfermagem	3 (2,5)	119 (97,5)	
Enfermeiro	0 (0,0)	27 (100,0)	
Médico	2 (2,2)	88 (97,8)	
Outra	2 (6,7)	22 (93,3)	

* n (%); [†]Qui-quadrado.

Sendo poucas as ocorrências registradas, a caracterização das vítimas não revelou um perfil determinado quanto ao sexo ou categoria. Contudo, estudos brasileiros destacam a frequência maior de vítimas entre os homens⁽¹⁵⁾ e na categoria médica^(17,22) quanto ao assédio sexual no trabalho em saúde. A avaliação da violência em serviços de saúde portugueses

apontou a categoria de enfermeiros e o sexo feminino como os mais afetados pelo assédio sexual⁽⁶⁰⁾.

No diário de campo foi registrado relato de um homem vítima de assédio sexual procedente de familiar que acompanhava uma criança internada. O participante relatou, espontaneamente, durante a aplicação do questionário, que se sentiu intimidado pelas insinuações persistentes de uma mãe que o convidava para encontros e relações sexuais fora do hospital. Ele ainda mencionou que essas situações se tornam frequentes pelo tempo prolongado do tratamento, que exige longa permanência dos familiares no hospital.

5.2.1.5 Discriminação Racial

A discriminação racial representou 8,7% das situações de violência vivenciadas pelos trabalhadores no último ano. Esta foi considerada como conduta de ameaça com base em raça, cor, idioma, nacionalidade, religião ou associação com uma minoria ou *status* que seja unilateral, indesejável e que afete a dignidade⁽¹⁰⁾. Sendo definida assim aos participantes do estudo, a natureza da discriminação relatada teve uma grande variação, como pode ser visto nas falas:

Eu sou cristã, sou adventista, faz uns 8 anos que eu frequento a Igreja Adventista do Sétimo Dia, graças a Deus. Consigo trocar os plantões de sábado e não trabalho nem sexta à noite. Isso também gerou muito estresse, muita piadinha. “Ah, eu vou entrar para essa igreja também, porque não se trabalha no sábado”. Eu acho uma falta de respeito, porque, se tem que respeitar a religião dos pacientes, imagina as dos funcionários! [...] [Colegas ameaçam:] “Ah, eu não vou mais trocar contigo, deixa, nunca mais vai folgar sexta.” Me disseram isso como uma forma de me agredir. (10 A)

Ele [paciente] disse assim; “Ah, essa negrinha”, alguma coisa assim, não sei, não me lembro mais, só que eu não ouvi. Daí a colega que ouviu disse assim: “Olha, se ela ouvir, ela vai te processar.”. Aí, quando eu voltei ele já tinha parado de falar. (14 B)

O que eu observo é que tem discriminação com pessoas assim, obesas. Tu ouve as pessoas falando piadinhas, isso aí é comum. (3 A)

As situações que discriminaram uma minoria se legitimam com base nos valores historicamente vigentes na sociedade, e se mostram semelhantes às causas de agressões em massa, como nas guerras por religião ou raça. Contudo, a discriminação ligada ao peso excessivo retrata um valor da sociedade atual que também se reproduz no cenário do trabalho.

Os valores que levam a condutas discriminatórias frequentemente agregam estigmas à individualização, à competitividade e ao consumo. E estes, por sua vez, se proliferam pela perda da identidade do grupo e dos valores morais antes solidificados por estruturas sociais como o trabalho^(5,107,125).

A Tabela 9 complementa os dados apresentados, demonstrando que as mulheres são estatisticamente mais acometidas pela discriminação do que os homens ($p=0,030$), confirmando dados de outra pesquisa⁽¹⁷⁾. Não foi possível identificar nas falas dos sujeitos alguma explicação para esse achado, mas se acredita que essa possa estar na reprodução das relações sociais entre os sexos, construídas ao longo da história, que nivelam à mulher incapacidades naturalmente concebidas⁽¹²⁴⁾.

Tabela 9 - Distribuição dos trabalhadores expostos e não expostos à discriminação racial, segundo o sexo e a categoria profissional. Porto Alegre/RS, 2011

Variáveis	Discriminação Racial		p
	Sim (n = 24)	Não (n = 145)	
Sexo*			0,030 [†]
Feminino	19 (12,1)	138 (87,9)	
Masculino	5 (4,5)	107 (95,5)	
Categoria profissional*			0,256 [†]
Auxiliar/técnico de enfermagem	15 (12,3)	107 (87,7)	
Enfermeiro	2 (7,4)	25 (92,6)	
Médico	4 (4,4)	86 (95,6)	
Outra	3 (10,0)	27 (90,0)	

*n (%); [†]Qui-quadrado.

Quanto à categoria profissional, os resultados da Tabela 9 apontam mais vítimas entre auxiliares/técnicos de enfermagem, mas sem diferença estatística na distribuição das ocorrências. A vivência repetida da discriminação racial para as suas vítimas variou em torno de duas situações (IIQ:1-4) no último ano, sendo classificada como ocorrência típica para a metade das vítimas (50%). Com a mesma proporção encontrou-se a insatisfação das vítimas da discriminação racial quanto ao tratamento dado pela instituição ao evento (50%).

A discussão traçada até aqui se destinou a conhecer e caracterizar as vítimas da violência no cenário de estudo. No entanto, ficaram explícitos, nos trechos das entrevistas, indícios que revelam a caracterização dos agressores, uma vez que o relato das vítimas permitiu conhecer as circunstâncias implicadas na ocorrência do fenômeno. Para aprofundar essas questões, no próximo tópico a discussão é disparada pela apresentação dos perpetradores da violência mensurada no estudo.

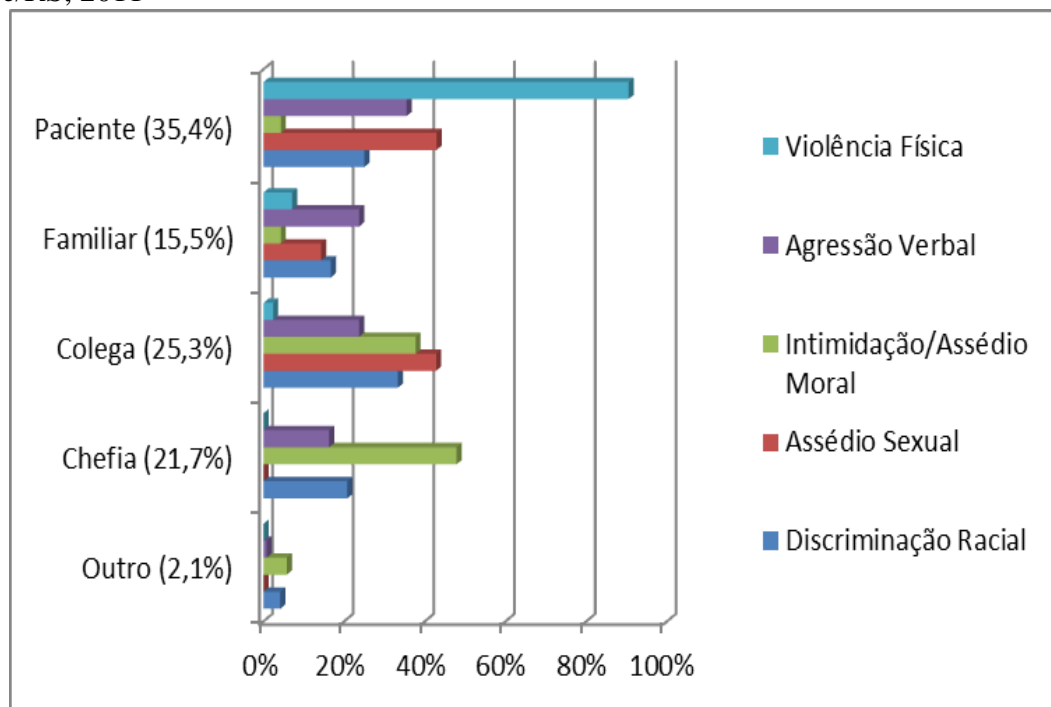
5.2.2 Origem da violência: quem (ou o que) violenta?

As implicações da violência sobre a saúde dos trabalhadores é tema central da presente pesquisa e não pode ser analisada sem que se discutam as origens da violência que tem se propagado no hospital em estudo. Os papéis de agressor e vítima nos locais de trabalho não existem em um vácuo, mas resultam da construção social e histórica que, em grande parte, apresenta organizações com características perversas⁽¹¹⁸⁾.

Diante disso, este tópico parte da apresentação dos agressores apontados pelas vítimas e amplia a discussão com vistas à compreensão de que, agregado ao comportamento desses agentes, encontram-se as influências contextuais das situações nas quais a violência se institui.

O gráfico a seguir ilustra a distribuição dos perpetradores da violência no trabalho, demonstrando que o paciente é o principal agressor da equipe de saúde (35,4%), corroborando com a literatura sobre a violência no campo da saúde^(15,22,60,104). Os colegas praticaram 25,3% das situações de violência, seguido pela chefia (21,7%), familiar (15,5%) e outro (2,1%). Vê-se ainda no Gráfico 3 a proporção de cada tipo de violência praticada.

Gráfico 3 – Perpetradores da violência no trabalho segundo o tipo de violência. Porto Alegre/RS, 2011



Os dados apontam os pacientes como principais perpetradores da violência física e da agressão verbal, alcançando respectivamente 90,5% e 35,5% dessas agressões. Os pacientes também estiveram entre os principais praticantes das intercorrências denominadas como assédio sexual (42,9%) e discriminação racial (25%).

Comparativamente, os pacientes foram os principais perpetradores da violência e do assédio sexual nos serviços de saúde portugueses⁽⁶⁰⁾ e, no Brasil, estudos já destacaram os pacientes como os principais praticantes da violência contra profissionais da saúde^(15,22).

Os familiares/acompanhantes também estiveram entre os principais perpetradores da agressão verbal (23,7%) e ocuparam o segundo lugar na prática das situações de violência física (7,1%). Como praticantes das ocorrências da intimidação/assédio moral (4,3%), do assédio sexual (14,3%) e da discriminação racial (16,7%), os familiares/acompanhantes ganharam menor destaque. Em Portugal, esses agentes foram os principais protagonistas da agressão verbal⁽⁶⁰⁾.

Os colegas de trabalho (23,7%) dividiram o segundo lugar com os familiares/acompanhantes na prática da agressão verbal. Os colegas também ganharam destaque na prática da intimidação/assédio moral (37,7%), de maneira semelhante a outra investigação⁽¹⁷⁾, e perpetraram 42,8% das situações de assédio sexual e 33,3% de discriminação racial. Em outro estudo, a participação dos colegas no assédio sexual e na discriminação racial alcançou maiores proporções⁽⁶⁰⁾.

Em Portugal, os colegas de trabalho foram identificados como principais perpetradores do assédio moral⁽⁶⁰⁾, ao passo que neste estudo as chefias foram as principais responsáveis pelas ocorrências de intimidação/assédio moral (47,9%). Esse achado ainda se difere de outro estudo brasileiro em que as chefias perpetraram principalmente agressões verbais⁽¹⁷⁾.

As chefias ocuparam o terceiro lugar na prática da discriminação racial (20,8%). Nas situações de agressão verbal, as chefias foram apontadas como culpadas em 16,3% das ocorrências, não havendo nenhuma situação que envolvesse a chefia na prática da violência física e do assédio sexual no trabalho.

No Gráfico 3 ainda é possível observar que “outro”, como praticante da violência no trabalho, foi apontado para a agressão verbal (0,8%), a intimidação/assédio moral (5,8%) e para a discriminação racial (4,2%). Com base nos registros do diário de campo, pode-se observar que se trata de agentes de “fora” do hospital, mas que frequentemente fazem interface com o trabalho desenvolvido pelos trabalhadores. Os “outros” são profissionais de diferentes serviços de saúde contatados via telefone por necessidades de encaminhamento, por exemplo, e motoristas de táxis e ambulâncias que trazem os pacientes ao serviço.

Contudo, a análise proposta pelo presente estudo busca retratar os fatores intervenientes nas circunstâncias de violência que implicam sobre a saúde do trabalhador. Assim, entende-se que os resultados apresentados no Gráfico 3 podem ser mais bem compreendidos com base na problematização da conjuntura implicada na adoção de comportamentos violentos no cenário do trabalho, o que se tornou possível pelo acesso às vivências dos trabalhadores nas entrevistas.

Para subsidiar a análise da origem da violência no trabalho, utilizaram-se as categorias que trazem à tona a relação entre a vítima, o tipo de violência praticada, o estímulo gerador da agressão e o espaço social da violência no mundo do trabalho em saúde.

5.2.2.1 Pacientes: agressores “sem culpa”

Os pacientes foram apontados como os principais praticantes da violência no hospital de pronto socorro. Em muitos casos, segundo relatos das entrevistas, se tratava de comportamentos relacionados às condições clínicas devido ao efeito de drogas ou às alterações psiconeurológicas desencadeadas principalmente por traumas. Amparados nisso, os trabalhadores, por repetidas vezes, mencionaram esses agressores “sem culpa”.

Assim, abre-se margem à compreensão da violência, em alguns casos, como um desequilíbrio orgânico. Com foco nisso, os trabalhadores justificaram racionalmente as situações vivenciadas, “desculpando” os pacientes pelo incidente.

Eu já fui agredida por uma paciente, ela era confusa devido à patologia dela e ela cuspiu na minha cara, era paciente com HIV. Então a gente vive assim, também com esse estresse. (E3)

Às vezes, acontece com um paciente bêbado, alguma coisa assim, que aí te empurra, ou te bate com os pés. (E4)

[...] um paciente que estava alcoolizado veio atrás de mim com um suporte de soro, rodando na sala, tentando me agredir, eu estava sozinha, eu pedi ajuda de familiares que chamaram a segurança. Não cheguei a ser atingida, mas o cara realmente estava agressivo, estava alcoolizado ou sob o efeito do uso de drogas. E fora as agressões verbais, que são frequentes. (E5)

Dessa forma, os participantes relataram que o perfil dos pacientes atendidos pelo hospital de pronto socorro também determina a maior exposição dos trabalhadores às agressões. Essa informação vai ao encontro dos achados de outro estudo, que apontou a

característica dos pacientes assistidos pelos serviços de emergência como um fator de risco para a violência laboral⁽²²⁾.

Pesquisadores afirmam, com base em revisões da produção intelectual, que os pacientes que agredem a equipe de saúde frequentemente têm história de abuso de álcool/drogas e distúrbios mentais⁽¹⁰⁸⁻¹⁰⁹⁾. Serviços de psiquiatria têm sido apontados como locais onde os profissionais da saúde sofrem muitas agressões, justamente devido ao descontrole psicomotor dos pacientes^(17,60). Todavia, esses também são usuários frequentes do pronto socorro, uma vez que não há na rede pública brasileira serviços especializados em urgências psiquiátricas, o que justifica os relatos recorrentes acerca das agressões dos pacientes associadas aos distúrbios psiquiátricos no pronto socorro.

Ainda no que tange ao agressor, o presente estudo não buscou distinguir a característica sexo, mas, ao falar dos pacientes agressivos, as vítimas frequentemente descreviam o seu perfil de maneira similar, atribuindo a imagem do agressor ao sexo masculino.

[...] o paciente levantou um soco para bater em mim e o familiar foi e segurou a mão. Era um rapaz forte, musculoso e, se ele tivesse pego o soco certo, eu tinha sido jogada no chão, certamente teria acontecido uma coisa séria. (E16)

Se eles estão lúcidos e não têm uma distração, eles te usam como distração, entendeu? [...] eles te chamam de santa, sabe? (E15)

Desse modo, vê-se a virilidade implicada nas relações que se estabelecem entre “os” pacientes e “as” trabalhadoras. No segundo trecho, a participante relatava as interações entre os pacientes de uma enfermaria masculina de trauma com a enfermagem, profissão prevalentemente composta por mulheres, trazendo à discussão a violência de gênero. A violência de gênero se fundamenta em relações assimétricas de poder entre homens e mulheres e tem sido considerada importante questão social e de saúde pública, que atravessa as relações de dominação no ambiente hospitalar⁽¹¹⁴⁾.

Além disso, destaca-se a referência feita ao uso do profissional de enfermagem como “distração”, indo ao encontro de questão referida anteriormente sobre o tempo maior dos auxiliares/técnicos de enfermagem em contato com os pacientes, aspecto determinante na elevada exposição às agressões que se originam dos mesmos.

Outro aspecto mencionado nas entrevistas é sobre o atendimento prioritário do pronto socorro às causas externas, deslocando a violência urbana das ruas para dentro do hospital. Os profissionais relatam que isso lhes confere maior risco de serem agredidos no trabalho.

Geralmente os usuários de drogas são mais agressivos, os que já vêm com histórias assim de agressão física, foram agredidos, foram esfaqueados, baleados, tiro. Claro, na história ali diz se foi um assalto. (E14)

Aqui tu encontra crianças e mulheres ao lado de homens, ao lado de um paciente que vem para uma condicional, que está algemado, ou um morador de rua mais agressivo, ou um alcoolista, como nós temos na unidade. Então, o profissional trazer para si o compromisso de tentar administrar esse atendimento e esse psicológico, é inevitável que nós cheguemos a esses vinte, vinte e cinco, trinta anos, com uma carga bastante pesada de estresse. (E11)

Os relatos trazem à tona a representação que os trabalhadores têm sobre o perfil dos pacientes agressivos e, no segundo relato, ainda é possível observar que os trabalhadores entrevistados referem que esse perfil exige habilidades para lidarem com a violência, que passa a ser objeto da assistência. Estudo que focalizou essa questão⁽¹²⁶⁾ apontou que, ao cuidar dos pacientes que se internam em decorrência da violência, os profissionais expressam a sua percepção sobre a agressividade e o perigo em que se encontram nesses atendimentos.

O estudo mencionado afirma ainda que essa agressividade direcionada à equipe cuidadora estaria relacionada ao fato de que a condição em que se encontram esses indivíduos frequentemente está atrelada a algum tipo de perda durante o enfrentamento na rua. Assim, estar hospitalizado após uma situação de ataque significaria para o agressor uma falha, uma fragilidade que se transforma em raiva, a qual é destinada aos mais próximos durante a sua permanência no hospital.

Outra justificativa dada pelos participantes às agressões oriundas do contato com esses pacientes demonstra a vinculação da violência com a desigualdade social:

[...] a maioria dos pacientes são meio desculturados. A maioria com pouco estudo, mora em vila, então, eles não conhecem limites [...] o tipo de paciente que nós temos, eles têm dificuldade com liderança e isso gera neles um tipo de, vamos dizer, de poder ou direito que eles não têm. (E12)

Dessa maneira, o que se estabelece no espaço social do hospital configura-se por relações poder. Nessa conjuntura, o trabalhador revela que o seu julgamento é inerente ao cotidiano da assistência, e a própria presença do paciente “bandido/marginal” desloca para o interior do ambiente hospitalar a concretização de uma forma de violência, ou seja, a representação do mal, do negado, do indesejado⁽¹²⁷⁾, e faz com que o profissional da saúde “inclua” aqueles que a sociedade excluiu.

Nesse hospital tu lida muito com a violência em si, banho de sangue e estresse, toda hora lidando com presos que vêm do presídio ou são pegos na rua. Aí tu atende o cara que fez o assalto e baleou o trabalhador [...] tu atende esse bandido e atende junto também a vítima. Constantemente tem essa relação. (E19)

É para fazer? Eu vou lá e faço, não interessa se é um trabalhador ou não. Nós recebemos aqui muitos apenados, não interessa se é policial ou se é o marginal, eu faço o meu melhor. (E17)

Sentidos metafóricos sobre o cuidado aos pacientes apenados são gerados no contexto hospitalar, como indica estudo voltado à equipe de enfermagem. Entre a compaixão e a estigmatização, o trabalhador experimenta sentimentos antagônicos sobre o paciente e o “criminoso” que ali se encontram⁽¹²⁷⁾.

Na mesma direção, foi possível desvelar uma ambiguidade de sentimentos e pensamentos no que tange ao paciente como autor das agressões sofridas pelos trabalhadores. Tão logo iniciaram os relatos sobre as situações vivenciadas com os pacientes, os trabalhadores trouxeram ao discurso justificativas para “desculpar” os pacientes, as quais se embasaram primeiramente na racionalização dos efeitos da condição clínica e outras vezes na estereotipia de “ser” bandido ou criminoso.

A racionalização evoca justificativas socialmente aceitas⁽¹⁰⁵⁾ e, nesse contexto, permitiu que os trabalhadores descrevessem os pacientes “sem culpa” pela violência praticada. Contudo, entende-se que, por trás disso, o ressentimento permanece latente, uma vez que não há espaços para acolhimento das vivências de violência no trabalho, as quais acabam se expressando na “culpa” dos pacientes pelas “escolhas” que os trouxeram ao hospital.

A gente sofre muita violência por parte dos pacientes, infelizmente, e não tem como tu culpar o paciente, porque muitos são drogaditos, são alcóoltras, entram em abstinência e eles não sabem o que estão fazendo. A gente sabe que é uma doença isso [...] alguns não querem o tratamento, alguns fogem, aí tu fica pensando assim: Muitos querem estar aqui, precisam, porque esse não aproveita a oportunidade? Tem um que recebe todo um tratamento caríssimo, mas vai para a rua e continua, e amanhã ou depois volta. Ou fogem porque não querem, na maior cara de pau, sabe? (E18)

[...] aqui tem uma pobreza maior ainda, uma pobreza de espírito, que são pessoas drogadas, são os alcoolistas. (E13)

Assim, o juízo de valor que atribui a culpa ao paciente é revelado pelo profissional ao mencionar que eles se encontram da forma como estão devido à “pobreza de espírito” ou por “não quererem” tratamento. Compreende-se a postura do trabalhador, de responsabilização do paciente pelas suas escolhas, como fruto de discursos racionais que possibilitam a indiferença como algo culturalmente aceito e legítimo⁽¹²⁸⁾.

Ou ainda, é possível interpretar a culpabilização atribuída aos pacientes como uma maneira de lidar com o sentimento gerado pela limitação das ações desenvolvidas frente às complexas necessidades dos pacientes. Ou seja, o trabalhador responsabiliza o paciente pela condição na qual o mesmo se encontra – alcoolismo, drogadição, miséria, dentre outras – como recurso à sua dificuldade em curá-lo disso.

Ao encontro desse entendimento, os fragmentos a seguir retratam o sofrimento vivenciado pelo trabalhador no contato com as situações de vulnerabilidade das quais ele sente necessidade de se afastar^f.

A história [dos pacientes] relata que muitas vezes eles foram vítimas da violência na rua, o que para nós soa como negativo, porque é uma pessoa como a gente, que estava na rua de repente e sofre uma violência, um dano, isso aí queira ou não queira nos abala. (E19)

[...] eles têm umas histórias bem complicadas assim, trágicas, violência, e daí meio que, às vezes, até eu procuro me afastar um pouco, não parar para ouvir tanto para não absorver. Parece que, às vezes, agride a gente. (E14)

Assim, além da agressão oriunda do contato assistencial, o trabalhador experimenta uma violência que se materializa na sua frente: a brutalidade das ruas; o que já agrega, por si só, a experiência da insegurança. Assim, pode-se dizer que o cotidiano do hospital público de pronto socorro exige dos seus profissionais uma maior aproximação com a violência urbana, com a marginalidade e a exclusão, o que lhes atribui uma vivência cotidiana de ameaça e sofrimento.

Nos serviços de atenção básica à saúde também foi observado fenômeno semelhante. Trabalhadores adentram nas residências das pessoas e, ao se depararem com situações tensas, como na presença do perpetrador da agressão doméstica, sentem medo e ambivalência sobre a relação estabelecida com esses usuários⁽¹²⁹⁾.

É possível constatar, portanto, que na relação entre as práticas assistenciais e a violência sofrida pelos trabalhadores da saúde há julgamentos de valores que permitem apontar os pacientes ora como culpados, ora “sem culpa”. Esse julgamento, contudo, resulta dos sentimentos vivenciados pelos profissionais e dos valores simbólicos permeados por estigmas que perfazem movimentos de aproximação e afastamento do trabalhador com o objeto de cuidado e de violência⁽¹²⁷⁾.

^f As estratégias de enfrentamento que afastam o sofrimento diante das circunstâncias do trabalho serão abordadas em tópico subsequente.

Nesse movimento, deve-se reiterar que os familiares também foram ditos “sem culpa”, utilizando como justificativa a compreensão de que o comportamento adotado se devia à condição de abalo e tensão provocada pela gravidade das circunstâncias clínicas da pessoa próxima.

O familiar estava nervoso e naquela situação foi que ele me agrediu verbalmente [...] era um senhor grande e a gente lidou com ele o dia inteiro, passamos trabalho. E aí chega um familiar e te agride porque ele acha que [o paciente] está respirando mal, entendeu? Mas tu não tens culpa. (E15)

Contudo, inclusive aos familiares foi destinada a culpa pelas ameaças geradas na fiscalização dos cuidados ao paciente, como visto a seguir:

A gente sofre bastante violência por parte dos familiares, às vezes até ameaças [...] por exemplo, um paciente que o médico disse que não precisava a criança ficar com o olho fechado, ela tinha operado o olho e na pasta constava que ela podia ficar sem curativo. [...] [A mãe disse:] “Mas ele não falou nada pra mim! Bom, ele vai ficar com o olho aberto, mas, se acontecer alguma coisa com o olho dele...” Ou seja, “se acontecer alguma coisa com o olho dele, a culpa é de vocês!” Então, é uma maneira de agredir, porque na verdade ela tá te ameaçando. (E6)

Considerando essa fala, e as demais questões discutidas até aqui, pode-se dizer que as ações violentas produzidas pelos pacientes e familiares no contexto hospitalar encontram-se relacionadas à maneira como ocorre o encontro desses agentes com os serviços e os trabalhadores. Nesse encontro, confrontam-se valores, desejos e dores de todos os sujeitos envolvidos.

No entanto, a pesquisa ainda identificou a violência perpetrada por pacientes e familiares como uma contestação às condições precárias de atendimento, demonstrando a revolta que nasce das fragilidades da assistência que lhes é oferecida.

5.2.2.2 Organização e condições de trabalho: (por) onde operam as violências laborais

A organização e as condições de trabalho foram aspectos intensamente relacionados à violência que faz vítimas no trabalho em saúde. Trata-se, contudo, de uma relação complexa, uma vez que a violência pode ser compreendida como produto das interações humanas que se estabelecem num cenário precário e turbulento de trabalho, ou ainda, como uma forma de

manifestação do descontentamento dos envolvidos (trabalhadores e usuários) com a precarização a que estão expostos.

Certamente, nas duas situações, a violência representa uma reação não elaborada frente às contradições e injustiças da organização e das condições de trabalho. Contudo, pode-se perceber uma variação entre as alternativas dadas para compreender essas reações. A primeira explicação tem na violência o resultado de interações humanas diante de um contexto incoerente, enquanto que, na segunda maneira de compreender a violência, esta é um manifesto, uma expressão em forma de revolta pela urgência de mudança. Não se trata, contudo, de uma revolta geradora de melhorias, mas com certeza um meio de se fazer visível, se fazer existir. Essas e outras questões são discutidas no próximo tópico.

5.2.2.2.1 A revolta como manifesto: a agressão dos agredidos

A aproximação com as vivências dos trabalhadores frente às agressões sofridas no trabalho possibilitou identificar a estrutura organizacional que permite, instiga, incita ou mesmo perpetua a violência identificada no presente estudo. A começar pelos pacientes como agressores, os quais puderam ser interpretados como usuários revoltados diante da qualidade do serviço prestado no hospital.

Eu acredito que, até pela falta de pessoal que tem para trabalhar, a gente não consegue atender adequadamente [...] eles se irritam, às vezes, com razão, porque eles querem as coisas, que tu esteja mais perto, [...] daí tem uns que já são mais irritados, daí eles te agriem, acho que nisso a gente é bem exposta [...] Eles acham que tu tá... não tá cuidando adequadamente, e te xingam. “Ah, por que tu não fez isso?” (E14).

[...] o médico demora para vir, aí o paciente é lúcido mas não entende, ele já te agride, o familiar já te agride porque o médico passou mas já foi embora, entendeu? Toda a estrutura, ou que ele tem que ir na comadre e está na frente de todo mundo, aí ele fica brabo contigo. Se tu está ocupada e demora 5 minutos para ti tirar a comadre, eles te agriem verbalmente. (E15)

[...] só não fui realmente atingida porque o familiar segurou a mão do paciente, porque, senão, eu estaria com a minha cara quebrada. [...] Era um paciente que se tornou agressivo devido à falta de condição de atendimento. Ele estava com dor, mas ele se cansou. Porque muitos esperam com a dor ali, e ficam aguardando na sua calma, aceitando, mas ele não aguentou. Talvez estivesse drogado também, eu não sei. Não sei exatamente como, mas sobrou foi para mim, porque eu era a única pessoa que estava na frente. (E16).

Os entrevistados descrevem que a violência perpetrada pelos pacientes se origina dos déficits no atendimento, seja pela falta de recursos físicos e/ou materiais. Outros estudos também sinalizaram essa relação, atribuindo as agressões dos pacientes às precariedades no atendimento devido às péssimas condições de trabalho e à desigualdade social vigente no país^(17-18,22,69).

Acredita-se, portanto, que os pacientes, além de agressores, são vítimas da inadequada assistência oferecida. Gera-se, assim, um ciclo vicioso, no qual a violência pode prejudicar o serviço prestado, ao mesmo tempo em que ela pode ser causada pela insatisfação dos usuários com a qualidade do atendimento, retroalimentando o problema⁽¹⁰⁶⁾.

A isso se soma a exigência dos pacientes pelo atendimento imediato, previamente esperado de um hospital de “pronto socorro”. Essa questão agrava os conflitos nos setores responsáveis pela recepção dos pacientes, pois, quando a expectativa pela atenção imediata não se cumpre, ocorre a revolta. Isso acontece inclusive porque, na avaliação dos quadros clínicos, cada paciente considera o seu caso o mais grave^(19,69,130).

Muitas vezes o profissional não tá te dando um retorno satisfatório porque tá defasada a mão de obra [...] Então eles vão se revoltando com isso e aí você tem que saber como controlar ou como trabalhar com esse tipo de pessoa assim, que tá estressada. Todos que entram aqui dentro, “meu caso é mais urgente, meu caso é o último” e, no entanto, tem uma fila a perder de vista que também precisa de atendimento. E isso gera esse tipo até de comportamento. Quer dizer, é uma soma de tudo. (E12)

É muito comum a agressão de familiar e do paciente. Às vezes o familiar te incomoda muito mais que o paciente. Se bobear, eles vem para cima. [...] Eu acho que a própria condição do atendimento... Tu imagina tu chegar ali, tudo para eles é grave, eles não entendem que um cortezinho no dedo pode esperar. Aí vem o SAMU, às vezes com um etilizado que caiu, cortou a testa e passa na frente, ou os presos, também passam na frente, tu entendeu? Isso irrita quem está lá fora há mais de uma hora esperando. [...] E aí, o que acontece? Eles não xingam o médico, eles não xingam o enfermeiro, eles não xingam o diretor, eles xingam nós, porque nós somos a linha de frente. [...] Então, assim, é questão do atendimento, são as más condições do trabalho, não nós, porque a gente dá tudo que pode. (E2)

Dessa forma, as falas ilustram a complexidade de interesses implicados nas interações que configuram o mundo do trabalho em um pronto socorro, de onde a agressividade aflora da disputa pela atenção às necessidades de cada um, incluindo o domínio dos trabalhadores sobre essa realidade. O olhar dos profissionais de saúde sobre o imediatismo de cada caso também sofre influências de elementos não clínicos e/ou instrumentais que valorizam ou desvalorizam os estados/problemas de saúde e desencadeiam comportamentos de maior ou menor mobilização em relação aos pacientes⁽¹³⁰⁾, contribuindo para que os desentendimentos e violências ocorram.

No relato de E2 pode-se perceber ainda que, além da confusão gerada pelo ordenamento dos atendimentos, a participante descreve a sua exposição como sendo maior por ser ela a representante do sistema público a permanecer mais próxima ao usuário. Desse modo, se os culpados acabam sendo os trabalhadores que estão na linha de frente, ficam assim os auxiliares/técnicos de enfermagem mais expostos às contestações violentas do público, o que confirma os dados mensurados quanto às categorias profissionais mais expostas à violência no pronto socorro. Esse resultado vai ao encontro dos apontamentos de outro estudo acerca da enfermagem como o grupo mais vulnerável às violências que se propagam pelos pacientes nos serviços de emergência⁽¹⁸⁾.

O fragmento a seguir reflete essa interpretação e sinaliza para outros aspectos que contribuem para a maior exposição dos auxiliares/técnicos de enfermagem à violência no trabalho.

[A agressão praticada pelo paciente] é uma represália ao atendimento, às más condições, é cobrança de atendimento. Só que eles cobram de quem não têm que cobrar, muitas vezes eles xingam a gente e aí vem o médico [e o comportamento muda:] “Ai doutor, como o senhor foi bom!”. São dois minutos que o médico atendeu, ele é maravilhoso, nós ficamos uma hora, duas, e a gente não tem valor algum. Nós somos muito desvalorizadas. (E2)

Confere-se, portanto, que, além da maior interação física, e do maior espaço temporal em contato com os pacientes, os auxiliares/técnicos de enfermagem são mais violentados pelo desrespeito implicado no menor reconhecimento sobre a sua contribuição na assistência prestada. Dessa maneira, o trabalhador se sente duplamente violentado: pelo xingamento e pela percepção de baixo prestígio socioprofissional em relação a outros profissionais. Acrescido a isso, a sensação de injustiça se intensifica quando o trabalhador percebe que é mais valorizado aquele que, na sua visão, despende menor esforço na assistência.

Outro profissional entrevistado relatou que muitas agressões praticadas pelos pacientes são fruto da impaciência relacionada, primeiramente, à dificuldade por conseguir entrar no serviço (acesso) e, depois, pela dificuldade de sair dele (resolutividade).

Os pacientes ficam brabos porque tá demorando, a queixa é essa, a de sempre. Eles chegam e, em uma hora, eles querem que atenda e já querem estar lá na rua. Custam para entrar e aí, quando entram, eles querem sair correndo, é assim que acontece. O paciente aqui é assim. (E4)

Nessas circunstâncias, a violência opera no microespaço como resultado das condições macroestruturais, mas as suas sensações acabam limitando-se ao encontro do profissional com a “queixa de sempre” e sob a pressão do tempo^(131,132). Não obstante, a falta de condições

apropriadas ao atendimento não afetou somente os usuários do serviço, mas também os trabalhadores. Isso pode ser observado nas narrativas que atrelaram a agressividade às relações entre colegas e ao estresse provocado pelas situações adversas ao andamento do trabalho.

Falta de material, local inadequado para trabalhar, entendeu? Tem um paciente ali que tem escaras horríveis e tu tens que virar o paciente de bruços, o [paciente] do lado vê, o do outro lado vê, quem entra vê, um familiar entra, ele vê. Tu não tens um lugar adequado, aí tu puxa um biombo para um lado, no outro lado não tem um biombo, ou tu não tem espaço para secar o paciente com o biombo, porque aí tu não consegue trabalhar, tem que ser tu e mais um colega. Então isso são percalços, um colega vai brigar, outro vai reclamar, tu entendeu? (E15)

Eu já passei por situações bem complicadas, tanto com pacientes, quanto com chefias, quanto com colegas. Eu creio que seja o estresse, porque ninguém é ruim porque quer [...] tem coisas que te abalam e as pessoas ficam estressadas e desabafam em cima da gente. (E10)

Esse relato complementa os dados quantitativos acerca da ocorrência de agressões verbais e assédios provocados por colegas de trabalho. Dessa maneira é possível afirmar que o contexto do pronto socorro tem sido campo fértil para a adoção de posturas agressivas e comportamentos violentos, os quais podem ser interpretados como expressões diretas do sofrimento⁽¹³³⁾.

Existe um certo estresse entre os profissionais devido à contingência de trabalho, as relações ficam bem tumultuadas. Não é somente ao excesso de trabalho, um pouco é o excesso de trabalho, mas do tipo de trabalho, o tipo de paciente, as dificuldades estruturais, as dificuldades da própria instituição, por exemplo, falta de leito, as pessoas brigam muito por falta de leito entre si aqui dentro, pela necessidade que tem de encaminhar os pacientes. Entre colegas, um tom mais agressivo, explosões assim, devido a alguma situação que tem que ser encaminhadas, uma situação crítica, aí as pessoas se estressam entre si e às vezes são agressivos uns com os outros. (E3)

[A relação com colegas] ultimamente anda conflituosa. Eu acho que o problema é um só: é a falta de funcionários! Porque aí um diz “Ah, por que tu não fez esse trabalho? Por que tu não fez isso?”. Daí ficam cobrando um do outro e acabam brigando. [...] a gente não consegue desenvolver muito o trabalho. Daí acaba te irritando. (E14).

Além de compreender esses comportamentos como instigados pelo contexto de trabalho, as entrevistas mostraram que as agressões entre colegas muitas vezes são maneiras de dar vazão à frustração causada por um tipo de violência que, embora não tenha sido quantificada nesta pesquisa, mostrou fazer dos trabalhadores vítimas em massa: a violência estrutural. O impacto da violência estrutural gera outras violências, pois, diante da pressão para trabalhar mal⁽¹³³⁾, abala-se a integridade moral do trabalhador, e o sofrimento se instala.

Na fala de E14 essa questão é explicitada, ao dizer que ele “não consegue desenvolver muito o trabalho e acaba se irritando”. Mediante a leitura proposta pela psicodinâmica do trabalho sobre essas circunstâncias, o sofrimento é experimentado pela limitação dada ao desenvolvimento pleno do trabalho, ou seja, pela restrição imposta à criatividade e à inteligência astuciosa⁽²⁶⁾.

O sofrimento do trabalhador, entretanto, é o que ocasiona as manifestações de violência, sejam quais forem os modos de defesa que tentem mascará-lo⁽¹²⁵⁾. O trecho a seguir traduz essa realidade, com base na interpretação que uma enfermeira faz sobre a postura adotada pela equipe de auxiliares/técnicos de enfermagem, ao mesmo tempo em que questiona a responsabilidade que lhe é atribuída.

O enfermeiro tem culpa porque tem pouca gente? Aí elas: “Nós não vamos trabalhar, porque, se nós trabalharmos tendo pouca gente, nós vamos mostrar pra elas que nós podemos fazer e vai continuar pouca gente!”. Então, assim, toda essa agressividade, toda essa rebeldia, é uma maneira de se proteger, entende? (E6)

As consequências da precarização do setor de saúde acometem a todos os profissionais, que brigam entre si ao se sentirem, de alguma forma, responsabilizados injustamente. Assim, mais do que vislumbrar os comportamentos agressivos em meio às relações humanas no trabalho, se fez necessário compreender as ações dos profissionais como reativas a uma violência que emerge da estrutura organizacional.

Na compreensão psicodinâmica da violência recomenda-se distinguir a violência ativa da violência reacional, sendo a primeira uma ação deliberada pelo exercício da vontade, enquanto que a violência reacional emerge de uma reação subjetiva do indivíduo, uma resolução compulsiva para descarregar o aparelho psíquico da excitação que o ameaça⁽¹¹⁹⁾. Compreende-se, assim, que, exposto às condições impróprias ao trabalho e à saúde, o trabalhador reage (violência reacional) para proteger sua identidade, fazendo com que o ato da agressão seja uma defesa na ordem intersubjetiva, que não visa destruir o outro, mas antes defender-se.

Nesse caso, torna-se necessário esclarecer do que exatamente esses indivíduos se defendem. Com base nisso, traz-se à discussão o fato de ser constatada sensação de abandono, de desprezo e de humilhação, o que permeia a narrativa dos trabalhadores, especialmente no quanto aos significados de valor sobre si próprios diante da estrutura organizacional do setor de saúde e da sociedade. A fala a seguir exprime um pouco disso:

As condições de trabalho no serviço público não são como a gente conhece aí fora. Realmente, o pessoal, o funcionário público, o peão, funciona, a máquina é que não ajuda. Mas o peão funciona. O peão é que movimenta isso aqui, porque a gente trabalha sem maquinário, sem condições de serviço. Mas a cúpula, o gerenciamento, não quer que isso aconteça, o que eles querem é voto. Então, em época de eleição, bah! Isso aqui vira um paraíso! Passou as eleições, deu, volta o inferno. O que não acontece na rede privada, por quê? (E7)

Dessa maneira, os trabalhadores sentem-se desvalorizados diante da estrutura organizacional sucateada do serviço público, oriunda do “gerencialismo” com que se tem conduzido a gestão dos recursos e interesses públicos⁽¹⁰⁷⁾. Assim, o trabalhador é violentado na medida em que são ignoradas as necessidades para o cumprimento da tarefa de forma digna.

Não sendo atendidas as demandas mínimas para o exercício do trabalho, o trabalhador se sente esquecido ou até coisificado, pois precisa continuar dando conta do trabalho independente do teor das experiências necessárias para o seu cumprimento. O malefício maior dessa circunstância é que a qualidade do trabalho passa a ser prejudicada, ao mesmo tempo em que também prejudica a recompensa subjetiva do trabalho, pela perda do seu sentido⁽¹¹⁹⁾.

A expressão do sentir, pensar e inventar possibilita que as pessoas identifiquem a sua marca pessoal no trabalho. A marca da singularidade de quem realizou o trabalho é uma forma de arte da expressão, da subjetivação. A escrita da subjetividade precisa ser renovada e reinventada todos os dias, condição essencial para a construção da identidade e que depende de situações favoráveis aos equilíbrios psíquico e da saúde.

Os fragmentos dispostos a seguir reiteram essa questão, ao demonstrar a expropriação da dignidade do profissional.

Eu acredito que seja uma má administração, eu não acredito que seja só por maldade... Aqui dentro não se pensa no funcionário, não se pensa na pessoa. Aqui, nós somos um número, né? Viemos aqui para trabalhar, fazer aquilo ali e sair. (E1)

[...] quando eu entrei aqui era aquela fase assim que alguém perguntava para ti: “Onde tu trabalhas?”. E eu dizia: pronto socorro! Com orgulho eu dizia aquilo. Hoje eu já não digo com mesmo orgulho, pelo contrário, eu digo até com vergonha, pela maneira como nós estamos sendo tratados aqui dentro, é um descaso. (E2)

Dessa forma, o trabalhador relata a sensação de aniquilamento posta pela precarização do trabalho. Essa conjuntura tem sido apontada, sobretudo, como uma resultante da lógica que se estabeleceu na reestruturação produtiva, norteadada pelo neoliberalismo, na qual prevalece a maximização da produção com o mínimo de custos. Com esse nexos, o aproveitamento máximo, sob o investimento mínimo de recursos, tem explorado os trabalhadores nos serviços

públicos brasileiros por meio da desconsideração dos valores sociais em prol de vantagens políticas, como prestígios junto a determinados grupos, donos do poder; além de reduções na manutenção do número de profissionais, bem como outros recursos que garantam a qualidade dos serviços prestados⁽¹⁰⁷⁾.

Hoje eu vejo a estrutura toda meio sucateada, abandonada, por um desinteresse administrativo em investir de fato na capacidade nossa, no material de trabalho e mais gente para trabalhar com a gente [...] Já tive situações aqui de não ter maca para atender. Aí, o que acontece se chega uma paciente morrendo ou grave? Como é que eu vou atender sem maca? [...] Nós que estamos aqui no HPS, a gente sente quando realmente a administração investe tanto em pessoal como material e condições de trabalho, ou quando não investe. (E19).

Precisa apoio de fora, da Secretaria da Saúde, a fim de intervir nessas dificuldades de falta de leito, falta de UTI. Precisaria não só os profissionais daqui ficarem brigando entre si, mas ter o apoio governamental. (E10)

Assim, interpretam-se os comportamentos violentos como expressões do descontentamento dos trabalhadores diante do abuso provocado, sob forma de negligência, às condições essenciais à dignidade do trabalhador como representante de um sistema de saúde frente à população. O sofrimento gerado pela falta de suporte estrutural às atividades requeridas aos profissionais no pronto socorro foi tema de estudo anterior⁽¹³⁴⁾, e se expressa aqui por meio da violência. Desse modo, a violência praticada pelos profissionais dentro do espaço laboral é compreendida como um manifesto à justiça ferida, uma revolta diante da violência estrutural que o afronta no cotidiano.

Infere-se, portanto, que, apesar dessas reações permitirem o extravasamento da vivência negativa, elas estimulam comportamentos reprodutores da dissipação dos valores éticos no campo social, como os sentimentos de consideração ao outro⁽¹⁰⁷⁾. Daí emerge a urgência de intervenções que possibilitem medidas alternativas para dar vazão aos mais diversos tipos de agressões sofridas no trabalho, a fim prevenir agravos à saúde mental dos trabalhadores.

As repercussões da violência sofrida pelo trabalhador, em qualquer uma das suas formas de expressão, serão mais discutidas em tópico posterior, mas cabe aqui sinalizar que, além da alta ocorrência da violência, também se constatou que a brutalidade tem caracterizado as relações entre as pessoas nesse espaço. Inclusive, foi possível senti-la nas interações realizadas para fins da coleta das informações que compõem esta pesquisa. A constatação referida pode ser resumida nas palavras de uma participante:

Existe uma rispidez muito grande, desnecessária [...] esse hospital aqui é meio revoltado com várias... é uma coisa que a gente não sabe. Há anos está assim [...] fora os próprios funcionários, tem as chefias, é exaustivo o ataque, para tentar às vezes fomentar um pouco mais de intriga. (E9)

Seguindo a mesma lógica de compreensão já referida para essa situação, convém ressaltar que, além de se sentirem esquecidos mediante as condições impróprias de trabalho, os trabalhadores não encontram na instituição um amparo para as situações de violência que os fragilizam, o que repercute na vivência do abandono.

Infelizmente ninguém cuida o cuidador [...] a gente é lançado à própria sorte, e tem pessoas que são mais vulneráveis psicologicamente, que vão se abalar mais que outras. (E18)

A instituição não nos protege, ela não nos protege, quer dizer, nos joga ali e tu te vira, e se tu tiver alguma... pode ser até injustiça que tu sofra... aí, ela não sai em nossa defesa, entendeu? Eu vou ter que ver advogado, eu vou ter que me defender. Então a gente se sente um pouco abandonado pela instituição, ela podia nos proteger mais, nos daria até mais segurança e conforto. (E19)

Nós não temos proteção aqui dentro, nós estamos ao Deus dará. (E2)

O abandono pode ser tratado como um tipo de violência psicológica quando se constitui pela negligência às necessidades para execução de um trabalho digno e à garantia da saúde do trabalhador. Assim, têm-se aqui os efeitos lesivos desse abandono, diante dos quais o sujeito reage, uma vez que, sem a sua valorização, o trabalhador se vê diante da anulação da sua contribuição (de utilidade e de estética), constituinte de sua identidade a partir do reconhecimento do outro⁽²⁶⁾.

Percebe-se, entretanto, que, antes de anular-se, o indivíduo esforça-se para se fazer perceber na reação do outro frente à sua ação, por meio da qual é possível perceber-se existindo. Dessa forma, a violência também pode ser compreendida como uma atuação que busca obter uma reação, junto da qual se desencadeia um processo de subjetivação do trabalhador posto em situações que arriscam a integridade física e/ou psicológica.

Pode-se dizer, então, que a subjetivação do trabalhador violentado pela estrutura organizacional do contexto social da saúde se consolida na interiorização dos valores dominantes dessa cultura, os quais passam a fazer parte da vida subjetiva e a mobilizar sentimentos⁽¹⁰⁷⁾.

Ao mencionar os valores dominantes dessa cultura, deve-se estabelecer um paralelo entre as reações dos trabalhadores e o culto da virilidade como estratégia de dominação no campo simbólico-social. Assim, pode-se inferir que as interações do trabalho reproduzem

comportamentos que atestam a virilidade como um atributo de valor⁽²⁵⁾. Agindo sob os princípios da dominação pela virilidade, o trabalhador lança mão de comportamentos que evidenciam a força, como a brutalidade, para obter alguma margem de poder ou de superioridade no hospital⁽¹⁸⁾.

Essa interpretação não visa tipificar uma violência observada no contexto em estudo, até porque seria difícil afirmá-la no campo objetivo e tampouco é fácil quantificá-la. O que se busca é trazer à discussão a complexidade de elementos que conformam as relações no mundo do trabalho em saúde e a ocorrência da violência como fenômeno constituído pelas relações, ao mesmo tempo em que as constitui.

Sobre a propagação da violência como reação ao sofrimento, é importante saber que a vítima sofre uma fratura moral e é excluída do reconhecimento de sua singularidade, mas aquele que se deixa levar por sua violência perde igualmente suas capacidades de simbolização. Ele não pode mais colocar seu desejo em palavras, formulá-lo, e então coloca em ato, em reação⁽¹²⁵⁾.

Na fala a seguir é possível acompanhar como o sofrimento das vítimas da violência se transforma em perversidade. Contudo, é justamente aí que se encontra o risco do adoecimento, pois, além de propagar a violência como forma de afeto (aquilo que afeta), a negação dos princípios e valores pessoais leva ao sofrimento ético.

Por mais que tu diga que não, o serviço tem que ser uma extensão da tua casa, é a tua segunda família, e aí tu trabalha num local onde ‘papai e mamãe’ só te rejeitam e dizem assim: “Ó, tu é um incompetente, tu é mau, tu é vagabundo.” Tu acha que tu vai gostar desse ‘papai e mamãe’? Tu te torna um delinquente, né?! E é o que acontece aqui. E por que isso é sempre? Porque são chefias políticas, não tão nem aí pro hospital. (E7)

O comportamento violento garante uma compensação narcísica, ao mesmo tempo em que demonstra desprezo pelos limites e pela lei. É assim que a delinquência se torna uma prova de existência, pois esta só é confirmada pela insegurança que ela mesma gera⁽¹²⁵⁾.

Interpretam-se dessa maneira as circunstâncias descritas por E7 ao conviver com o abandono daqueles que, segundo ele, deveriam se importar mais com o hospital e, conseqüentemente, com o trabalhador. O participante ainda menciona o delito como forma de manifestar a dor da rejeição.

Estudiosos do tema apontam que, nessas situações de submissão e dependência, a necessidade de reconhecimento se torna mais aguçada, pois perder o apreço ameaça o pertencimento do sujeito ao grupo e significa o dilaceramento de si mesmo, o que o torna

extremamente sensível aos sinais de falta de reconhecimento, interpretados como indícios de rejeição⁽¹⁰⁷⁾.

Por se tratar de um serviço público, a submissão e a dependência não se encontram vinculadas à empregabilidade, mas à sobrevivência diante da precarização do trabalho, tanto em termos de investimentos de recursos para se trabalhar, quanto de soluções improdutivas utilizadas pela gestão. Diante dessa lógica, o abandono resulta da precarização dos serviços de saúde como instâncias sociais, uma vez que os investimentos que não garantem resultados contábeis ou políticos imediatos não têm despertado interesse dos gestores⁽¹⁰⁷⁾.

A mesma sensação ainda foi ilustrada por outro participante com as seguintes palavras:

Nós estamos num barco, os técnicos, os enfermeiros, os médicos, os que trabalham. E lá longe, em outro barco, estão eles, da direção, os governantes, olhando pra nós de longe, com um binóculo. Essa é a nossa realidade, no meio de uma tempestade, num barco à deriva. (E19)

O abandono expresso pelos participantes ao falarem da sua posição como representantes do sistema público expõe principalmente os trabalhadores da ponta, que precisam prestar a assistência direta aos usuários. No entanto, ao falar das chefias, por vezes os trabalhadores revelaram que estas têm um espaço de atuação limitado, e a mudança dependeria de investimentos por parte da macroestrutura.

A gente vê que parece que não tem uma solução, eles [chefias] até tentam conversar sobre aquilo, mas a gente tá vendo que nem eles encontram uma solução. É um sistema tão encapsulado, tão velado assim, que eles não têm para onde correr, onde ser socorridos, para eles poderem nos socorrer [...] É um sistema que tá muito deteriorado. (E13)

A tua chefia não é culpada, é todo o sistema que é culpado, todo o sistema, porque, na verdade, não tem funcionário, não tem de onde tirar. (E14)

Assim, os trabalhadores apontaram as suas chefias imediatas como igualmente vítimas da violência estrutural, já que sua autonomia passa a ser um prestígio, ou injunção, retóricos diante da degradação da missão de produzir saúde no contexto atual. A desesperança do trabalhador sobre as possibilidades de mudanças efetuadas pela chefia reforça a constatação de passividade que se instala.

Contudo, esses malefícios se agravam diante da humilhação provocada pela situação que ganha maiores proporções pelo sensacionalismo da mídia. Essa via se utiliza da atual conjuntura dos serviços públicos de saúde para ganhar visibilidade, o que muitas vezes se faz pela responsabilização dos profissionais pelos déficits no atendimento.

O que não pode é ficar essas pessoas desse jeito, largadas nessas emergências dessa forma, e a gente assistindo espetáculos e servindo de espetáculo para Jornal Nacional. Que coisa de última! Eu acho horrível [...]. (E9)

Dessa forma, o participante traz à tona a sua desmoralização ao perceber a situação dos pacientes, do mesmo modo como se sente humilhado pela responsabilização que lhe é conferida ao representar o serviço público nas moldagens que a mídia apresenta. Como representante do setor de saúde, o trabalhador se torna triplamente violentado: por estar abandonado pela gestão pública; por sentir as consequências do serviço precário para o paciente, contrariando o objetivo de seu trabalho; e por ser desmoralizado publicamente pela mídia.

A mídia tem se tornado porta-voz de políticas neoliberais que invadem o trabalho em saúde e que têm como uma das suas consequências a perda do “valor de uso” do trabalhador, assim como do próprio trabalho em si, uma vez que os funcionários públicos são apresentados à população como principais culpados pela ineficácia dos serviços. Os trabalhadores se tornam “bode expiatórios”, e como tal não são valorizados⁽¹²⁸⁾.

Os dados ainda permitem afirmar que, além das condições, a organização do trabalho também é aspecto determinante nas relações que propagam a violência e impactam sobre a saúde dos trabalhadores, uma vez que a violência e a saúde são mediadas por complexas micropolíticas. Essas mediações penetram no cotidiano e refletem nas subjetividades, assumindo especial importância nos processos que irão definir resistências ou vulnerabilidades^(26,107).

Tendo em vista a relevância da organização do trabalho sobre a violência e a saúde no labor, o tópico que se segue aborda a divisão do trabalho e as regras tácitas produzidas nas relações laborais, as quais contribuem para a violência no campo de estudo.

5.2.2.2 Trabalho sem regra e as regras do ofício: engendramento da violência entre profissionais

Na maioria dos relatos dos participantes, senão em todos, as vivências da violência entre os profissionais foram vinculadas ao fato de se tratar de um serviço público, bem como ao que esse espaço permite e valoriza. Segundo os trabalhadores, muitas das justificativas para os conflitos com colegas e chefias estiveram atreladas às condições impróprias de trabalho, como discutido anteriormente, mas também foram explicadas pela “liberdade” de expressões destrutivas possibilitada pela estabilidade do emprego público.

[...] vários outros colegas também já passaram por essas coisas [agressões de chefias e colegas] e sempre pelo mesmo motivo, ou é falta de pessoal que gera todo esse conflito, ou é a insubordinação. Porque, na verdade, é uma equipe de trabalho de funcionários públicos, que também é um ponto importante, funcionário público é uma coisa complicada, porque existe toda aquela coisa de não ser demitido. (E6)

Os participantes revelam que a segurança do vínculo empregatício seria um fator que possibilita a expressão das emoções sem que haja riscos. Mais do que isso, cabe considerar a degradação da ética e da moral como “regras do ofício” nas organizações [grifos do autor]⁽¹⁰⁷⁾. A precarização das relações sociais, incluindo a fragilidade dos laços afetivos no trabalho, tem refletido na deturpação do respeito entre os trabalhadores, na perda da dignidade humana e do próprio trabalho, como mostram os trechos:

Aqui as pessoas falam mesmo, as pessoas falam o que querem, eu acho que tu nunca ouviste falar esse tipo de coisa [...] as pessoas são bastante rudes quando elas estão brabas ou incomodadas, ou irritadas, elas são duras. Eu já ouvi várias coisas... e a gente vai indo. (E20)

Acaba deteriorando as relações porque, por ser concurso público, nem sempre o colega se sente na obrigação de ser um bom colega. (E11)

[A agressão] acontece até pelo fato que as pessoas não têm medo de perder o emprego, só com uma coisa muito grave [...] Eu acho que em função da estabilidade profissional, eu não vou dizer que é os outros, eu acho que nós abusamos um pouco. (E10)

É possível perceber que as agressões são próprias desse cenário e, de certa forma, “aceitas” sob o discurso da permissão viabilizada pelo vínculo que afasta o risco da perda do emprego. Fica explícita nas falas a relação entre ser hospital público e haver violência, o que

também reproduz um imaginário de desprezo ao setor público de saúde, desprezo que os trabalhadores sentem sobre si próprios e que se reflete nas suas atitudes diante do mesmo.

E as relações, né? Nessa instituição pública são muito doentes e tu tem que aprender a dançar conforme a música aqui dentro. (E1)

Destaca-se desse trecho a desesperança sobre a mudança dessas relações, que se naturalizam no dia a dia, e o trabalhador “aprende a dançar conforme a música”, ou, como dito por E20, “a gente vai indo”. Assim se revelam a passividade contra a injustiça e a aceitação da agressividade como forma de linguagem, para manifestar o sofrimento.

Acredita-se, portanto, que a tolerância ao mal⁽¹³³⁾ seja sintoma de “relações doentes”. O sujeito que sofre no/pelo trabalho é frequentemente levado a lutar contra a expressão pública do seu próprio sofrimento. Afetivamente, ele pode então assumir uma postura de indisponibilidade e de intolerância para com a emoção que nele provoca a percepção do sofrimento alheio. Dessa maneira, a intolerância afetiva para com a própria emoção reacional acaba levando o sujeito a abstrair-se do sofrimento alheio por uma atitude de indiferença e, logo, de intolerância para com o que provoca seu sofrimento⁽¹³³⁾.

Não havendo espaço para a elaboração dos sentimentos e mobilização da mudança, as emoções são expressas em moldagens aceitas e cultuadas pelo coletivo como resposta aos valores organizacionais. Trata-se, portanto, do recurso à virilidade como valor, como virtude do grupo, e, assim, a negação da fraqueza ou do medo.

Ocorre dessa maneira uma subversão da razão ética por influência do juízo de reconhecimento da virilidade entre os pares⁽¹³³⁾. Assim, diante da possibilidade de instaurar o sofrimento na ordem do discurso, lança-se mão à virilidade como meio de expressão, a qual se torna socialmente valorizada como força e coragem, valores opostos à fraqueza. Aceitar a dor como reação seria admitir a fraqueza, mas aceitar a violência como reação é, antes de tudo, ver-se forte, ver-se corajoso.

No trecho a seguir é possível interpretar essa postura, percebendo que o poder simbólico da virilidade não visa abolir as vontades singulares ou atingir a integridade de cada pessoa, mas é orientado para a persuasão a fim de obter a adesão. Ele se constitui pela formação de um discurso coerente e plausível, suficiente para anular outros discursos⁽¹¹⁹⁾.

Eu já fui vítima de agressão, mas também já xinguei, sabe? Mas eu melhorei bastante, eu já fui bem pior. [...] eu sou evangélica, mas não é por isso que eu vou dar a outra face para bater [...] também não existe um respeito hierárquico de chefia com subordinado, como também não

existe de subordinado para chefia, porque eles tanto pisam em cima de ti que uma hora tu resolve revidar. (E2)

Desse jeito, o trabalhador convence, e se convence de o que lhe resta é revidar da mesma forma. Essa forma existe, portanto, como linguajar comum ao grupo, como anunciação de uma subjetivação.

Trata-se da aceitação dos comportamentos violentos como condutas que pertencem ao grupo por deliberação coletiva. Para a psicodinâmica do trabalho, as regras de ofício são criadas em meio às negociações exigidas sobre a moldagem do trabalho prescrito e a necessidade de reconhecimento e cooperação entre os pares⁽²⁶⁾.

Numa área pública, tu ainda consegue dizer coisas não tão agradáveis, ou ouvir coisas não agradáveis. Quando não é concurso público, existe uma coisa mais de comportamento para ti não perder o emprego. (E11)

“Conseguir dizer coisas não tão agradáveis” é achar brechas para extravasar o sofrimento. Contudo, entende-se que a tolerância aos comportamentos violentos denota a fragilização da estrutura social do trabalho, da qual se presume inicialmente a solidificação de relações sociais e laços afetivos entre os pares, mas que, na contemporaneidade, tem produzido destruição e vulnerabilidade pelo extermínio de vínculos e acordos éticos⁽¹⁰⁷⁾.

Nessa direção, estudos sobre a precarização do trabalho e o desgaste mental apontam a degradação das relações sociais de trabalho como desdobramento da deterioração dos valores éticos, o que coisifica as relações humanas e destrói os vínculos afetivos entre os sujeitos, renunciando aos seus valores e desejos e servindo passivamente às alternativas fixadas pelos valores em vigor⁽¹⁰⁷⁾. Ao encontro disso, tem-se a afirmação dos entrevistados de que a adoção de comportamentos violentos não é atributo externo a si próprios, pois, ao falarem das chefias, eles mesmos afirmam-se reprodutores do abuso nas interações, o que pode ser visto nas falas:

Nós temos uma direção que por nós não faz nada, a direção está conivente com todas essas sem-vergonhices. [...] as chefias são coniventes com o sem-vergonhismo, e nós funcionários e colegas também. A gente mesmo às vezes é conivente com as coisas! (E2)

Pelo fato de ser um serviço público, ninguém quer se indispor, eles [chefias] não querem se indispor [...] o resultado disso é que a coisa vai crescendo, crescendo, e o desrespeito vai aumentando, e aí o convívio se torna difícil. (E17)

Já que “ninguém quer se indispor” diante do “desrespeito que vai aumentando”, é possível observar que a norma instituída permite que a violência se propague como meio de conversação. Sobre isso, estudos apontaram que a violência tem sido percebida/aceita pelos trabalhadores como parte do trabalho no setor de saúde^(106,135).

No uso de comportamentos “aceitos” mediante a justificativa da própria defesa, vítimas se confundem com agressores e a reprodução da violência se intensifica no cenário laboral, acometendo inclusive os usuários do serviço⁽¹⁹⁾. Nessa perspectiva, autores sinalizam que o “não cuidado” perpetrado por interações agressivas ou negligências é percebido negativamente pelos pacientes que utilizam os serviços de saúde⁽¹³⁶⁾.

De todas essas maneiras, propagam-se violências nas interações com os pacientes, entre colegas e nas relações hierárquicas. E, por fim, todos se tornam vítimas e agressores no engendramento de interações típicas de uma organização laboral e mediadas por condições peculiares de trabalho. Incorporando coletivamente esse domínio sobre a realidade, a violência ganha forma nas ações do cotidiano, como visto no trecho que se segue:

[...] se nós estamos no lanche e... [a chefia chegar,] todo mundo sai da salinha, todo mundo desiste de lanche. (E15)

O reforço continuado à fragmentação das relações interpessoais gera mais violência e contribui para a sua naturalização. Essa naturalização dos comportamentos agressivos ainda encontra na falta de acordos éticos um estímulo aos desencontros que geram violência:

[...] a gente não sabe administrar bem isso aqui, viver com a deficiência de... aqui nós não temos uma coerência, não tem uma rotina boa de trabalho. (E10)

Na fala, o trabalhador traz à tona um aspecto determinante para a geração de entraves que frequentemente se tornam agressões: a falta de planejamento para as rotinas assistenciais, ou seja, a falta de investimentos na construção de determinações sobre as boas práticas para a assistência e, conseqüentemente, para a convivência.

[...] é um serviço público em que as pessoas têm aquela política da boa vizinhança, do faz de conta que tá tudo bem, cada um vem e faz o seu trabalho, mas não se comprometem muito [...] cada um vem e faz da maneira como acha que fica bem [...] ela ajeita aquela sala da maneira como ela acha que tem que ser, aí vem outro, em outro turno, e tira aquela mesa, tira as coisas. Não teria necessidade, isso prejudica. (E20)

[...] tu coloca uma guedel no paciente, porque facilita para higienizar a boca e para o paciente não morder o tubo, ele oxigena melhor e facilita a aspiração do tubo, mas quando tu volta ele

está sem a guedel. Fica uma coisa que não tem uma rotina, não tem protocolo, e isso é ruim. Não sei, acho que o pessoal está meio desistindo, meio cansados [...] parece assim que cada um quer fazer do seu jeito e empurrar, isso sempre acontece. São coisas pequenas que viram a coisa mais horrível do mundo, uma violência [...] a gente fica brigando entre si desnecessariamente, porque não se limita a tomar uma atitude. (E10)

Esses achados também foram vistos em estudo que focalizou um hospital público, apontando a falta de clareza nas condutas técnicas como precursoras do sofrimento no trabalho. A pesquisa ainda descreveu que o contexto da saúde se utilizava de dinâmicas laborais nas quais “cada um faz do seu jeito, pois não existem regras ou punições estabelecidas” (87:342).

A falta de orientações sobre as tarefas também retrata a falta de compromisso/motivação do coletivo na busca de melhoria. Essa desarticulação pode ser compreendida como uma reprodução do abandono referido anteriormente, uma vez que os trabalhadores não investem energias no aprimoramento das tarefas desempenhadas e “cada um quer fazer do seu jeito e empurrar”, como referido por E10.

Na mesma direção, pode ser vista a atitude da chefia frente a um episódio de violência:

E no momento [da agressão], a enfermeira que estava presente, ela não tomou nenhuma atitude e ela não disse nada. Ela não disse: “Fulano, fica quieto e respeita tua colega, isso não pode ser assim.”. Nada, ela simplesmente agiu como se não tivesse escutado [...] Elas não costumam intervir. Deixam que se entendam, que se quebrem. (E17)

A omissão diante dos conflitos é por vezes a estratégia utilizada na tentativa de se eximir da corresponsabilidade pelos rumos tomados na organização do trabalho⁽¹³⁷⁾. Sem investimentos no gerenciamento dos conflitos, estes se agravam a ponto de se transformarem em violências entre os pares e mesmo entre os níveis hierárquicos.

É uma característica do hospital. Cada um vive e se relaciona como acha que pode ser, não existe um protocolo aonde todos têm que se respeitar e num tom de voz mais baixo conversar, ir em busca da tentativa de resolver os problemas ou os conflitos, né? Aqui fica a critério de uma coordenação, quando elas acham que a coisa tá muito pesada, do contrário fica por isso. (E11)

[...] as coisas ficam de acordo com a decisão de quem tá no plantão, de quem tá vivendo aquela situação. Não existe um protocolo, então por isso que existem muitos desentendimentos. No momento em que existissem protocolos, rotinas mais claras e fosse claro isso para todo mundo, eu acho que haveria menos desentendimentos entre as pessoas. (E3)

[...] aqui nós não temos reuniões da chefia conosco, um diálogo ou conversa mesmo que sejam sobre as dificuldades diárias de trabalho, [...] as pessoas têm muito medo do diálogo [...] nos

últimos 4 anos, tivemos uma reunião em julho, senão, são só assim, são só bilhetes, só bilhetes. (E20)

Os participantes descreveram o seu contexto de trabalho sem espaços para o diálogo, ou tampouco interesse pelas dificuldades do cotidiano. Nas falas de E11 e E3, a menção ao protocolo expressa a necessidade de serem assumidos acordos de cooperação que visem à mudança, uma cooperação que requer evoluir sobre a aceitação passiva que “deixa por isso” e “que se quebrem”. Acredita-se, entretanto, que o estímulo à reflexão sobre o vivido pode dar a oportunidade para elaborar a experiência e transcender os nexos de causa-efeito construídos na ímpia dos sentimentos que brotam da vivência da violência.

Pesquisadores^(26,80,107) do campo da saúde do trabalhador destinam ao diálogo e à argumentação oportunidades de superação coletiva das incoerências da organização do trabalho. Contudo, esses espaços se mostraram inexistentes no hospital onde se realizou esta investigação e, assim, não há iniciativas para o debate aberto ou negociação que levem à transformação. E, como consequência, todos acabam sendo prejudicados.

[...] o sistema daqui é diferente do sistema dos hospitais que eu trabalhava, que tinham regras, tinham horários, tinham maneiras que eu até hoje acho corretas de trabalhar. (E7)

Não tem uma rotina, não tem nada escrito, não tem um treinamento [...] eu aprendi tudo assim aos trancos aqui. (E13)

O trecho a seguir mostra a facilidade com que os comportamentos agressivos são disparados nas interações laborais, revelando que a instabilidade psicoafetiva rompe com as relações baseadas na confiança e no respeito.

A gente precisa da ajuda delas [chefias] e elas não querem que a gente comunique tal situação porque elas não vão conseguir resolver. Mas como a gente também não vai conseguir resolver, para alguém a gente tem que falar, né? [...] O estresse já tá no último, tu fala isso aí e... pum! Isso desequilibra a pessoa. (E3)

A procura por soluções aos impasses do trabalho acarreta em mais pressão para as chefias, que também sofrem as repercussões da precarização do serviço público e ainda convivem com o risco de serem responsabilizadas por tudo de ruim que esteja acontecendo. No caso da fala de E3, isso ocorreu pela falta de leitos, um problema estrutural do sistema de saúde e comum aos hospitais públicos, mas tomado ali como particularidade de uma disputa entre trabalhador e chefia.

Essa compreensão deixa emergir as posições de dominadores-dominados, ou agressores e vítimas, como dinâmicas e não estanques. Essa transição de papéis entre vítimas, testemunha e agressor também foi apontada em outro estudo acerca do assédio moral no trabalho⁽⁵⁶⁾.

Por outro lado, muitos participantes referiram ter o seu trabalho prejudicado pelo despreparo das chefias, o que já tem sido identificado na investigação de conflitos em outros serviços públicos de saúde⁽⁸⁷⁾. Ao encontro disso, os participantes desta pesquisa também disseram que a forma como se dá a escolha de um profissional para o cargo de chefia não tem repercutido no gerenciamento qualificado dos processos, mas tem refletido interesses políticos.

Nos trechos que se seguem, os trabalhadores revelam que não se sentem representados ou mesmo amparados por essas pessoas, uma vez que ocupam cargos determinados pela direção do hospital, a qual também é determinada politicamente, conforme o partido que ocupa a direção do município.

[...] os profissionais, para serem escolhidos para chefia, deveria ser escolhido por capacidade. Isso é uma coisa que poderia ser revista... acontece, às vezes, de algumas pessoas não terem treinamento para administrar, para lidar com pessoas, para terem esses cargos. (E3)

[...] pior de tudo é eles darem cargos pra pessoas que não têm condições de assumirem esses cargos [...] tem que ser alguém que esteja adaptado e conheça a maneira de trabalhar. (E7)

A primeira coisa que teria que mudar era a questão da gerência. Tirar essa gerência fora e botar alguém de competência técnica para ser chefe. (E16)

Desse modo, os trabalhadores revelaram-se desacreditados quanto às boas intenções das chefias nomeadas conforme o partido político em vigor no município. Somado a esse descrédito quanto à competência e intenção das gerências, os profissionais igualmente as descreveram como vítimas da violência estrutural.

[...] a chefia faz o que pode, mas também vive sob pressão do sistema e aí ela não tem muito o que avançar, entendeu? Ela nos dá amparo no que tem condições, mas eu vejo que ela também está sucateada, ela também está pressionada que nem a gente, ela também não tem amparo da administração [...] a direção do hospital tinha que interagir junto com a gente, pelo bem do hospital. (E19)

Parece que não tem uma solução, eles [chefias] até tentam conversar sobre aquilo, mas a gente tá vendo que nem eles encontram uma solução. É um sistema tão encapsulado, tão velado, assim, que eles não têm para onde correr, onde ser socorridos, para poderem nos socorrer [...] É um sistema que tá muito deteriorado. (E13)

Por estarem sem amparo, às chefias também não são oportunizadas alternativas para resolução dos problemas. Dessa maneira, as relações laborais se tornam ainda mais precárias, uma vez que o exercício da gestão é parte da organização do trabalho prescrito. Assim tem-se aqui a transgressão de condutas que trazem novas regras à organização do trabalho real^(26,80).

Diante da chefia desacreditada e do trabalho “sem regras”, prevalece como regra de ofício a “regra do mais antigo”. Trata-se, contudo, de uma norma implícita à cultura organizacional do serviço e se refere ao espaço de poder dado ao trabalhador mais antigo frente à organização do trabalho real.

Assim, reitera-se a compreensão psicodinâmica de que é nas brechas entre o real e o prescrito que os trabalhadores encontram soluções necessárias às condições que lhe são impostas. Essa modalidade de acordo tácito permite que se alcance o desfecho da produção, o qual seria impossibilitado se o trabalho prescrito tivesse que ser cumprido sem transgressões⁽²⁶⁾.

Como regra de ofício, o tempo de experiência no setor público tem conferido maior poder e proteção ao trabalhador, os quais representam requisitos para a prática da dominação, e da violência, sem medo do arrependimento (autopunição) ou punição⁽¹¹⁹⁾.

É um serviço público, e existem pessoas que tão aqui dentro há anos e nunca trabalharam em outro setor, eu acho que isso podia ser uma coisa repensada. Então fica como se tu fosse um mobiliário daquele setor, sabe? E isso permite, na cabeça da pessoa que é o agressor, permite uma margem de segurança, tu entende? Então, eu posso voltar a agredir o colega porque não vai dar nada comigo, já tô aqui há tantos anos. (E6)

[...] a diferença é quem tem mais tempo de serviço, quem tem mais tempo de serviço acha que pode mandar nos mais novos [...] as chefias procuram não bater de frente com esse tipo de gente, porque o que que acontece, um cara com 25 anos de serviço aqui, eu já vi, já presenciei isso, pode simplesmente mandar à ‘ponte de paris’ e nada acontece, entendeu? (E7)

O segundo trecho ainda menciona que o poder dos mais antigos chega a prevalecer sobre o próprio poder da chefia formalmente prescrita. Esse achado pode servir de complemento aos dados mostrados anteriormente sobre a prevalência de trabalhadores com menor idade e menor tempo de trabalho dentre as vítimas de violência. Este último dado, embora não tenha se mostrado significativo na análise estatística, foi reforçado como regra de ofício nas narrativas dos entrevistados.

O exercício do poder do mais antigo se faz pela autoridade sobre determinados setores de trabalho no hospital, o que é relatado no trecho que se segue:

[...] as pessoas acabam, também pelos anos que passam aqui, acabam que tomando isso aqui como uma extensão da sua casa, das suas coisas, então [tratam como se:] “Esse setor aqui é meu, eu tô há mais tempo que tu, então eu é que sei!”. São essas coisas que se misturam muito. (E20)

Na lógica que consolida o poder ao mais antigo, a distribuição das pessoas nos setores é utilizada como barganha para atribuir vantagens ou punições entre os mais e os menos poderosos.

[...] quando tu entra aqui, tu não sabe para onde que tu vai, que unidade tu vai ou que setor tu vai trabalhar. Aí, digamos que tu não goste de pediatria, tá? “Não, olha, eu trabalho em qualquer setor, só pediatria não, eu tenho uma dificuldade, não gosto de criança, não consigo puncionar, eu choro quando vejo uma criança doente”, digamos. É para este setor que vão te colocar! A impressão que a gente tem é que estão fazendo de propósito, parece que querem que tu sofra, né? (E1)

[...] ele [colega] faz tudo que a chefia manda justamente porque ele não quer entrar em atrito com a chefia pra não ser posto à disposição e mandado pra outra unidade. (E7)

Trata-se, no entanto da dominação pela força, para além de uma dominação simbólica. Na dominação pela força a violência é o instrumento de dominação, ao passo que na dominação simbólica o uso do poder opera na doçura persuasiva e não nas agressões⁽¹¹⁹⁾. No uso dessa forma de dominação, a distribuição do pessoal entre os setores tem sido uma estratégia utilizada para “tratar” os conflitos, ao invés do diálogo ou alguma tática que busque o desenvolvimento das potencialidades.

Tá incomodando aqui? Ah! Pois é, agrediu verbalmente um paciente? Ah, vamos botar ele lá numa salinha para cuidar de papel. [...] eles não tentam resolver o problema... Ah! O que está acontecendo contigo? Por que tu agrediu e tal?. Eles isolam, põe lá, não faz nada, fica quietinho lá. (E15)

[...] na verdade aquele mau servidor, ele é recompensado a trabalhar num lugar bom, porque ninguém quer que ele trabalhe junto com uma equipe ou com um paciente, e ele acaba sendo premiado. (E6)

Ao mencionar a “premiação”, a participante se refere aos setores com menor carga de trabalho, setores com maior isolamento em termos do convívio com pacientes e equipe, revelando, também, o seu desejo em isolar-se. O isolamento do trabalhador tem sido constatado em estudos acerca da violência no trabalho como uma manifestação de que a patologia se instalou^(5,107).

A psicodinâmica do trabalho denomina de sofrimento patológico as vivências de mal-estar e sofrimento psíquico geradas pelo isolamento social. Diz-se sofrimento patológico

porque o mesmo poderia ser uma experimentação geradora de transformação, de conquistas, mas, ao se tornar dor passiva, se instala nos limites da patologia^(5,119).

Outra questão que deve ser pautada como “regra” instaurada pela organização do trabalho no contexto em estudo é a negação da doença, uma norma que exige cumprimento ferrenho sob o risco da discriminação diante do grupo de trabalho. Sobre essa constatação, acredita-se que o paradigma da maximização e da excelência que se fortalece na subjetividade dos trabalhadores produz valores que dão sentidos negativos à doença.

Assim, o adoecimento do trabalhador passa a representar, pela via do campo simbólico, a fragilidade humana diante do trabalho precário, materializando aquilo que o trabalhador tem buscado negar: os riscos do trabalho e os danos sobre a sua saúde⁽¹⁰⁷⁾.

Essa explicação serve para compreender por que a doença do trabalhador não foi acolhida no próprio âmbito da saúde, como também pode ser visto no fragmento a seguir disposto:

[...] essas macas aí são terríveis e eu fui puxar o cabo e, como eu já tenho uma dor crônica nas costas, me deu aquela fisgada! [...] Aí eu fui reclamar para ela [chefia] e ela me mandou: “Se tu está doente, tem que ir para o médico!”. Ela me disse isso no meio da sala! [...] Para mim foi uma agressão muito grande, ela me prejudicou, e a gente teve um bate-boca. (E8).

Além de revelar-se trabalhando com dores, o trabalhador demonstra-se envergonhado por ser mandado ao médico. No contexto vivido, sob os valores de heroísmo que permeiam a constituição da identidade dos trabalhadores do pronto socorro^(69,19), “ter que ir ao médico” pode significar uma fragilidade indesejada.

Eu sofri um acidente de trabalho e não fui amparada em momento algum. Quando procurei um médico, ela me solicitou que eu fizesse uma solicitação de delimitação de tarefa. E eu, no desespero da dor, acabei pedindo a delimitação de tarefa. Para minha surpresa, depois de quase um ano sem afastamento, trabalhando e exercendo a minha função plenamente, sem nenhuma restrição, eu fui chamada a ser readaptada a outro cargo, perdendo minha carga horária de 24 horas semanais, perdendo insalubridade, perdendo a dignidade perante meus colegas. [...] eu fui muito humilhada [...] que cuidados tiveram com o trabalhador que se lesionou num acidente de trabalho? (E16)

Essa fala remete à questão pecuniária, pois o trabalhador ao ser readaptado ao trabalho, troca seu turno e função, o que comumente é sentido como punição, gerando sofrimento ou mesmo adoecimento psíquico. Ao encontro dessa interpretação, destacam-se as frequentes comorbidades que associam distúrbios osteomusculares a quadros depressivos. Acredita-se que essa associação resulte também da influência do medo da discriminação sobre

a doença, o qual acresce pressões psicológicas ao dano já existente sobre o corpo. Desse modo, o trabalhador vivencia, além das limitações provocadas pela doença, múltiplas perdas sobre a autoestima⁽¹⁰⁷⁾.

O profissional que está doente agrega a essa dor o sofrimento por assim estar, como posto no trecho a seguir:

[...] quando alguém tem alguma dificuldade emocional [é dito:] “Fulano é tal coisa”, já fica com rótulo. As pessoas não identificam que tal pessoa precisa de um apoio emocional. E o rótulo é para sempre. (E3)

Nessas falas é possível acompanhar o relato da discriminação destinada àqueles que se revelam doentes. Como visto a seguir, o castigo faz-se pelo rótulo da “loucura”, pela perda de direitos do trabalho e prestígios morais. Além disso, o encaminhamento do trabalhador para o serviço de psicologia também se mostrou um meio de castigar, como se pode ver nas falas seguintes:

[...] é comum aqui, se tu brigar com alguém, com a tua chefia ou sei lá, agrediu alguém ou aconteceu algum rolo feio, te encaminham para a psicologia: “Vai!”. Tipo castigo. (E1)

O que acontece é o seguinte, quando a pessoa realmente surta, ou tem algum ‘piti-esperneante’, ela vai para psicologia: “Tu vai para a psicologia!”. Ou então a pessoa vai para a psiquiatria e, se for o caso, se afasta. Aí fica todo mundo: “Ah, aquela lá está louca!”. Se teve uma briga ou não sei o quê: “Vai para a psicologia!”. (E10)

Assim, os trabalhadores exibem a discriminação sobre a doença, a qual tem força no inconsciente coletivo a ponto de utilizar o auxílio profissional como forma de ameaça. É ambíguo imaginar que no âmbito do trabalho em saúde a doença seja discriminada, mas parece ser uma prática que reside sobre o pronto socorro na forma de regra do ofício para que o trabalhador permaneça invencível e admirável frente às precariedades das relações e dos meios de trabalho.

Estudos realizados em serviços públicos de urgência e emergência já apontaram os profissionais da saúde como “frágeis deuses”, por atribuírem-se invencibilidade divina diante das fragilidades impostas pelo cotidiano, com intuito de superarem os seus danos^(19,24,69).

Ainda nos fragmentos antes apresentados é possível identificar outro aspecto que merece ser apontado. Nas falas dos dois profissionais, as brigas e agressões são mencionadas como comportamentos arraigados às interações conflitivas e às situações reveladoras do desequilíbrio psíquico, o que aproxima a violência da organização do trabalho e das doenças psíquicas.

Ao abordar as origens da violência no cenário do estudo, não foi possível separá-las das repercussões que estas trazem ao cotidiano do trabalho em saúde, bem como ao trabalhador. Todavia, o próximo tópico se propõe a explorar as repercussões da violência nas relações laborais, uma vez que se entende que o contexto onde permeiam as relações de trabalho consolida e é consolidado por formas específicas de (sobre) viver o labor, as quais determinam, por sua vez, a saúde do trabalhador.

5.3 REPERCUSSÕES DA VIOLÊNCIA SOBRE OS TRABALHADOS E A SUA SAÚDE

Após caracterizar a ocorrência da violência e compreender as repercussões da organização e das condições de trabalho sobre a mesma, o presente estudo se propôs a discorrer sobre as suas implicações para o trabalhador e a sua saúde.

Neste tópico, primeiramente são descritas as reações imediatas relatadas pelos trabalhadores quando vítimas de algum tipo de violência no trabalho. E, na sequência, são apresentados os recursos e providências que foram utilizados diante do evento, assim como sentimentos e incômodos que foram vivenciados pelos participantes.

5.3.1 Reações e sentimentos gerados pela experiência da violência

Ao afirmarem-se como vítimas de algum tipo de violência, os trabalhadores foram inquiridos sobre as reações que resultaram desse evento. Estas se encontram descritas na Tabela 10 conforme o tipo de violência sofrida.

Tabela 10 - Distribuição das reações, providências, ajuda do supervisor e consequências para o agressor, segundo a violência física e psicológica. Porto Alegre/RS. 2011

Variáveis	Total (n=277)	Violência Física (n=42)	Violência Psicológica (n=235)
Reações*			
Contou para colega	172 (62,1)	24 (57,1)	148 (63,0)
Relatou para um chefe	108 (39,0)	16 (38,1)	92 (39,1)
Tentou defender-se (física ou verbalmente)	94 (34,0)	27 (64,3)	67 (28,5)
Pediu para a pessoa parar	84 (30,3)	19 (45,2)	65 (27,7)
Contou para amigos e familiares	81 (29,2)	9 (21,4)	72 (30,6)
Tentou fingir que nada aconteceu	56 (20,2)	5 (11,9)	51 (21,7)
Não teve reação	38 (13,7)	2 (4,8)	36 (15,3)
Registrou evento	36 (13,0)	8 (19,0)	28 (11,9)
Buscou aconselhamento	28 (10,1)	2 (4,8)	26 (11,1)
Buscou sindicato/conselho/associação	17 (6,1)	1 (2,4)	16 (6,8)
Pediu transferência	8 (2,9)	-	8 (3,4)
Abriu processo/pediu indenização	8 (2,9)	2 (4,8)	6 (2,6)
Providência*			
Sim	51 (18,4)	9 (21,4)	42 (17,9)
Não	226 (81,6)	33 (78,6)	193 (82,1)
Quem tomou providência*			
Chefia	27 (9,7)	3 (7,1)	24 (10,2)
Colega	15 (5,4)	6 (14,3)	9 (3,8)
Outro	9 (3,2)	-	9 (3,8)
Supervisor ofereceu ajuda*			
Não	205 (74,0)	34 (81,0)	171 (72,8)
Ofereceu oportunidade de relatar ocorrido	52 (18,8)	6 (14,3)	46 (19,6)
Ofereceu aconselhamento	15 (5,4)	2 (4,8)	13 (5,5)
Outro suporte	7 (2,5)	1 (2,4)	6 (2,5)
Consequência para agressor*			
Nenhuma	197 (71,1)	20 (47,6)	177 (75,3)
Advertência verbal	40 (14,4)	7 (16,7)	33 (14,0)
Outra	25 (9,0)	12 (28,6)	13 (5,5)
Não sabe	12 (4,3)	-	12 (5,1)
Registro na polícia	4 (1,4)	2 (4,8)	2 (0,9)
Transferência de setor	3 (1,1)	1 (2,4)	2 (0,9)
Processo ao agressor	2 (0,7)	1 (2,4)	1 (0,4)

* n (%).

A descrição da experiência para um colega de trabalho foi a reação mais relatada pelos participantes do estudo (62,1%), o que revela o compartilhamento das experiências como principal recurso imediato à violência no trabalho. As entrevistas apontaram categorias interpretativas semelhantes a esses dados e caracterizam as principais reações dos trabalhadores diante da exposição.

[...] depois [do incidente] eu chamei o colega que estava aqui para acalmar os ânimos, ou pelo menos para dividir a angústia, a aflição. (E5)

[Os colegas] desabafam um com o outro, mas o outro já está ralado que nem a gente, todo mundo ralado desabafando um com o outro, na mesma seara. (E19)

Dividindo a história ocorrida, o trabalhador tenta partilhar também seus sentimentos e emoções. Esse resultado se difere de outro estudo, no qual as mais frequentes reações das vítimas foram não ter reação, tentar fingir que nada aconteceu, pedir para a pessoa parar e contar para amigos e familiares⁽¹⁷⁾. Diante disso, presume-se que os vínculos com os colegas possam possibilitar suporte às vítimas, o que no campo deste estudo encontrou-se mais fortalecido em comparação ao citado.

O relato ao chefe foi afirmado por 39% dos trabalhadores vítimas da violência no trabalho, ocupando o segundo lugar dentre as reações dos trabalhadores. Entretanto, ao diferenciar os dois tipos de violência é possível constatar que, no caso da violência física, a tentativa de defesa se mostrou a reação mais frequente (64,3%). Os trechos que seguem exemplificam como essa tentativa foi realizada:

A gente contém ele na cama, quando tu vai lidar com ele, tu te cuida, tu nunca vai sozinha, vão dois ou três colegas para um segurar. Tu evita, tu não vai chegar ali te botando em risco para que isso aconteça. (E15)

[Após a agressão] eu tive que ser mais ríspido com ela, eu disse assim: Eu não gostei do que tu fez, eu não estou te maltratando, eu não faltei ao respeito contigo em nenhum momento e eu acho que eu quero o mínimo, não tem nenhum motivo para isso aí. (E12)

[...] tu tem que ter jogo de cintura, tu tem que ter uma certa didática, uma certa psicologia [...] [o paciente ameaça:] “Eu vou quebrar tudo isso!” [Ela responde:] Mas por que tu vai quebrar? Não precisa. (E18)

A tentativa de defesa é descrita como reação a uma conduta que requer o uso de habilidades para prevenir o risco, cabendo ao profissional agir de forma que a agressão não aconteça. Vê-se assim que a proteção do trabalhador passa a ser um dever individual e não um direito com responsabilidades compartilhadas entre instituição e trabalhador, o que se pronunciou na habilidade de usar “certa didática”. Nessa direção, as solicitações para que o agressor cessasse com a violência tiveram destaque nas ocorrências de violência física, com 45,2%.

O relato aos amigos e familiares foi uma medida muitas vezes adotada pelos trabalhadores vítimas da violência no hospital em estudo (29,2%), sendo esta uma medida de destaque para a violência psicológica (30,6%), em comparação à violência física (21,4%). Esse dado tem sido discutido na literatura, com realce para o assédio no trabalho, apontando que, nesses casos, o trabalhador leva para casa a exaustão, a humilhação e o sofrimento, e,

além de dividir as emoções por meio do relato, isso pode acontecer pela reprodução do vivido no domicílio, adotando posturas de impaciência e agressividade com os familiares^(105,133).

Em 20,2% das vezes em que a violência ocorreu, a vítima tentou fingir que nada aconteceu, 13,7% não tiveram reação, e o evento foi registrado em apenas 13% das situações. A ausência de reação pode ser compreendida como uma expressão da naturalização da violência, ou o descrédito sobre os efeitos de qualquer atitude.

Sobre essa questão, as entrevistas ainda permitiram identificar a dificuldade encontrada para notificar a violência, especialmente quando se tratava de violência psicológica, uma vez que implica em notificar agressões que não se materializam e isso é usado de justificativa para qualificar a situação no plano individual.

Tanto de ser vítima de um assédio, quanto de ser assediante na história, isso não cai no concreto, então, não caindo no concreto não tem como tu encaminhar para as tuas chefias [...] quando não é agressão física ou que não comprometa, em algum momento, a prática de enfermagem, não tem como fazer um encaminhamento. Aí procura cada um resolver como acha melhor, diretamente com a pessoa implicada. (E11)

Outros estudos também descreveram a dificuldade dos trabalhadores da equipe de saúde nos encaminhamentos aos danos da violência no trabalho, confirmando o mesmo achado acerca da desconsideração dos agravos não visíveis^(18,105-106). E, muitas vezes, aquele que reclama ou denuncia é tido como fraco, pessoa desprezível⁽¹⁷⁾.

Além dessa dificuldade, os trabalhadores questionaram a quem notificar e o quanto imparcial seria o processo de encaminhamento.

Então não adianta, se você vai reclamar [da chefia], você vai reclamar num tribunal de um juiz pra outro juiz, você talvez seja condenado ainda. (E12)

Ressalta-se assim que, quando a violência psicológica é perpetrada por um superior, o registro se torna uma providência ainda menos adotada. Conforme dito pelo trabalhador, o registro do evento pode gerar medo de uma represália ou punição por parte de quem deveria “acolher” a situação.

A prevalência de registros da ocorrência da violência foi maior nos casos da agressão física, atingindo 19% dos eventos vivenciados pelos participantes, o que reforça a diferença nas reações da violência física para a psicológica em termos de limitações dos registros. Os efeitos da violência física no trabalho levam geralmente a ações pontuais para buscar minimizar ou solucionar as suas causas. Já a violência psíquica, mesmo quando direta e

expressa por agressões verbais, assédios, ameaças à integridade do trabalhador, nem sempre é evidente, pois ocorre na relação intersubjetiva, dificultando sua constatação. Devido a isso, a violência psicológica vem a ser negligenciada nos mais diversos contextos de trabalho⁽¹⁰⁶⁾.

Ainda assim, neste estudo, os percentuais dos dois tipos de violência mostram que há falta de um sistema de registro efetivo na instituição, bem como a sensibilização dos profissionais para tal conduta. Um estudo apontou o não interesse dos profissionais da saúde pela notificação dos casos de violência no trabalho como um resultante da percepção de que o registro tem pouca utilidade⁽¹⁰⁶⁾.

Como se vê na Tabela 10, a busca pelo aconselhamento foi uma reação muito mais frequente nos casos de violência psicológica (11,1%) do que na física (4,8%), embora não seja uma reação de relevo entre as vítimas. Proporções semelhantes, apesar de menores, foram identificadas sobre a busca de ajuda em órgão de classe, somando 6,8% nas violências psicológicas e 2,4% nas agressões físicas.

Esse dado remete a pensar sobre os incômodos possivelmente maiores da violência psicológica, mas a baixa frequência da procura por ajuda remete à tolerância do sofrimento como forma de negar a própria fragilidade em nome da excelência^(5,133). O trecho que segue revela algumas fases da vivência da violência psicológica, sendo primeiramente adotada a intolerância como resposta, seguida do desânimo, da fadiga e, por fim, repercutindo em desistência.

Teve uma época que eu briguei mais com essa pessoa, aí eu não tinha vontade de vir pro plantão por causa das pessoas, eu pensei em sair, mas aí eu mudei de turno. (E14)

Essas vivências são descritas na literatura como características da experiência do assédio^(105,107). Neste estudo, a transferência de setor 3,4% das vítimas da violência psicológica e nenhuma reação desse tipo para as vítimas da violência física. Sobre esse tema, autores apontam que as vivências negativas vinculadas à exposição à violência são geradoras de rotatividade de profissionais, dificuldade de composição de equipes e número excessivo de transferências⁽¹⁰⁶⁾.

Apenas 3% das ocorrências de violência identificadas tiveram como reação da vítima o pedido de indenização. Nas entrevistas, foi possível observar que essas providências não foram utilizadas por não compensarem a intensificação do sofrimento que isso traria, como mostra a fala que se segue:

Os colegas, a minha família, todo mundo queria que eu botasse um processo por assédio. Eu acho que isso ia me prejudicar muito porque eu ia bater naquela tecla toda vez que eu tivesse que ir lá. Então eu achei mais fácil deixar isso lá quieto do que ficar me machucando toda a vez que eu tocasse naquilo. (E15)

A literatura aponta que, no caso do assédio, independente da vítima superar as consequências do que veio a acontecer, ela tende a carregar consigo uma ferida psíquica de difícil cicatrização⁽¹⁰⁵⁾. Diante dos dados apresentados, a dor nesta ferida parece ser um dos motivos pelo qual o tratamento da violência acaba sendo a tolerância.

Ao encontro disso, em 81,6% do total de ocorrências não foram tomadas providências diante do evento. Entretanto, nos poucos casos em que a providência se fez (18,4%), esta foi uma iniciativa tomada principalmente pelos colegas quando se tratava de violência física e por chefias nos casos de violência psicológica. Em estudo sobre a violência no setor de saúde de Portugal, as providências se mostraram raras, e, quando tomadas, o foram por chefias⁽⁶⁰⁾.

A ajuda do supervisor não foi oferecida em 74% das ocorrências de violência no trabalho, sendo ofertada em apenas 18,8% das vezes a oportunidade de relatar o ocorrido. Sobre essa realidade, os participantes das entrevistas também descreveram suas experiências.

[...] já foi levado à chefia, já foi falado e... mas as próprias chefias criaram um monstro e hoje elas não tem domínio sobre ele. [...] se no início tivesse chamado no respeito, chamado em separado, chamado a atenção, cortado, a coisa não teria chegado ao ponto que chegou. (E17)

Eu já comuniquei à chefia superior imediata, me disseram que era para relevar, que não teria muito jeito. (E12)

[...] a grande maioria até nos escuta e tem chefias que são mais resolutivas, vão mais adiante, na raiz do problema, e de certa forma até tentam te dar uma resposta. Mas tem uns que [dizem] “Ah, sempre foi assim...”. (E13)

Ao encontro das falas, os dados quantitativos revelaram que em 71,1% das ocorrências não houve nenhum tipo de consequência para o agressor. O trecho abaixo permite visualizar de que forma a falta de providências resulta em descrédito dos superiores:

Aquela vez que o brigadiano me agrediu aqui na porta, chamou eu e a colega de vagabunda, que nós precisávamos era de homem, eu chamei a chefia e ela disse: “O que vocês querem que eu faça? Que eu prenda ele?”. Eu falei assim: Eu quero que tu faça teu papel de chefe e faça um memorando! Relate o que aconteceu! Nós não temos proteção nenhuma, não se tem proteção aqui dentro. (E2)

Quase todas as pessoas que trabalham aqui dentro já sofreram esse tipo de assédio desse médico, mas eu nunca vi acontecer nada. O máximo que eu vi acontecer é a outra pessoa bater boca com ele também e ficar por isso mesmo. (E6)

É possível observar que, quando não há acolhimento das vivências das vítimas, a solução achada pelos trabalhadores se faz no anseio da situação, apelando à perpetração da violência como uma forma de agir diante das circunstâncias conflitivas e de difícil resolução pela via esperada.

Nas situações de violência física, 28,6% relataram “outra” consequência para o agressor, a qual foi descrita pela adoção de medidas de contenção mecânica ou medicamentosa ao agressor. Diante disso, é preciso lembrar que os principais perpetradores da violência física foram os pacientes, junto aos quais esse tipo de conduta tem sido utilizada com frequência.

[...] a gente contém o paciente e ele é medicado na medida do possível. (E15)

[...] a gente encontra alguns que são meio rebeldes. Em casos extremos, a gente amarra na cama ou a gente chama até a segurança, já aconteceu isso também. Em casos extremos, a gente comunica à polícia, porque, às vezes, são pacientes que estão custodiados, a gente avisa, procurando preservar a minha posição. (E12)

Os trechos permitem conhecer como essas providências estão inseridas nas condutas do cotidiano. Contudo, não há protocolos que direcionem as medidas a serem adotadas, ficando a cargo de cada profissional o procedimento que lhe for mais adequado, desde a contenção, até a necessidade de um suporte externo à unidade. Essa condição, entretanto, agrega desconforto ao profissional que pretendia cuidar com preceitos éticos e estéticos distintos dessa realidade, como mostra a fala abaixo:

Fazer contenção mecânica, isso não é legal para nós. Não gosto de ver o paciente amarrado gritando, parece um bicho. Não é essa a finalidade de ele estar aqui. (E18)

A falta de padronização sobre as condutas a serem adotadas contribui para o sentimento desagradável que a trabalhadora tem sobre a sua atitude. Em revisão ao tema da violência em unidades de emergência, autores defendem que a discussão sobre as medidas preventivas deve perpassar o questionamento sobre a necessidade da contenção e do isolamento dos pacientes agressivos, para investir esforços no desenvolvimento de melhores práticas no uso desses procedimentos⁽¹³⁸⁾.

A adoção de medidas concretas para a prevenção das agressões relacionadas aos desequilíbrios psicomotores poderia amenizar os sentimentos de responsabilização do profissional pela conduta necessária.

Percebe-se, assim, que sentimentos gerados pelas dinâmicas nas quais a violência se propaga cotidianamente foram identificados no presente estudo como repercussões da violência no trabalho. O medo foi um dos sentimentos revelados pelos sujeitos do estudo, e as falas a seguir descrevem essa sensação diante dos pacientes que foram agressores no hospital.

[...] por vezes eu já fiquei com medo de, ao sair do plantão, os familiares te reconhecerem, tu nunca sabe como é que vai ser a reação, tu entende? Aqui dentro tu te sentes protegido pelos seguranças e por toda conjuntura, mas no momento que tu põe o pé para fora daqui, nunca se sabe. (E5)

Eu fico na linha de frente, eles podem me marcar com alguma facilidade, eu depois, na rua, eu saio à paisana, mas eles tão me olhando e eu não sei quem são. (E12)

O medo, a insegurança e a desmotivação têm sido consequências da violência no trabalho em saúde⁽¹⁰⁶⁾. Neste estudo, os dados mostraram que os medos têm gerado o desenvolvimento de habilidades estratégicas para manter-se no trabalho, como pode ser visto na fala registrada em diário de campo:

Se souber que é bandido, o pessoal tenta ficar amigo, por medo de sofrer alguma consequência lá fora. (DC)

Além do medo atrelado à figura do “bandido”, frequentemente os pacientes do sexo masculino foram relacionados ao receio das trabalhadoras mulheres. A fala que se segue mostra a conduta de uma trabalhadora ao perceber o comportamento ofensivo, de cunho sexual, que se originou dos pacientes homens.

[...] quando eles estão falando entre eles, eu finjo que eu não ouço. [...] se eu vejo que é de mim, eu finjo que não tô ouvindo, sabe? Viro as costas e finjo que não é comigo para não me incomodar, porque a maioria deles é homem, né? (E14)

A trabalhadora descreve o fato de serem homens os agressores como forma de justificar porque seria difícil agir de outra maneira. Nessas relações ocorre a reprodução de comportamentos naturalizados que, por valores de ordem simbólica, conferem ao homem a dominação pela virilidade e à mulher a submissão pela fragilidade⁽²⁵⁾.

Além disso, os processos subjetivos e objetivos de dominação também geraram medo quando se tratava de ameaças atreladas às relações hierárquicas. Esse medo mostrou ter força suficiente para paralisar providências diante da violência, como pode ser comprovado nas seguintes falas:

Meu namorado diz: “Abre um processo! Te fizeram isso, abre um processo!” Eu digo: Não posso fazer isso, se eu fizer isso vão me botar lá num posto lá, lá na Vila Cruzeiro. É assim, eu tenho medo e te garanto que eu não sou a única. Eu tenho medo sim, não tenho vergonha de te dizer, tenho medo. (E1)

[...] tem esse negócio de medo, eles te botam à disposição por nada, aqui já trocaram um monte de gente [...] se eu disser: Po!, vai incomodar outro que eu tô trabalhando! [Eles respondem:] “Tá, tu estás à disposição, vai lá pra Ilha da Pintada, vai pra não sei aonde, vou te tirar os teus 110%”. (E7)

Ela já tinha me ameaçado, verbalmente, há algum tempo atrás e quando ela teve o poder de chefia de cumprir com a coisa, ela fez, ela me tirou da jogada [...] isso para mim é uma agressão. Fiquei um mês mal em casa. [...] ela me tirou do lugar que eu gostava para me botar aqui, imagina se eu reivindicasse? Então tu acaba aceitando as coisas. (E15)

Possuídos pelo medo, os trabalhadores não tomam atitudes frente aos atos abusivos destinados aos menos prestigiados pela autoridade sobre a organização do trabalho. É possível interpretar o medo como estratégia de dominação, mas, antes de tudo, deve-se perceber que a própria experiência do medo vivenciado pelas chefias (medo de tornar visíveis suas próprias dificuldades e medo da incompetência) pode estar sendo usada como recurso para garantir os comandos pela ameaça⁽¹³³⁾.

Ainda, na fala de E15 é possível acompanhar o relato do absenteísmo como resultado da instabilidade psíquica provocada pelos impasses vividos no trabalho. Dessa forma, fica posta a violência como geradora de problemas para os trabalhadores e, tendo isso em vista, alguns incômodos foram mensurados nesta pesquisa com base na última ocorrência de cada tipo de violência relatada pelo trabalhador.

Esses incômodos, listados na Tabela 11, possuem similitudes com as definições clínicas dos Transtornos de Estresse Pós-Traumáticos⁽¹⁰⁷⁾. Sintomas de rememoração involuntária, fenômeno de evitação (esquiva) e hipervigilância e hiperexcitabilidade têm sido observados em indivíduos que foram vítimas da violência de maneira traumática, com ameaça de risco de morte.

Tabela 11 - Médias e desvios-padrão da avaliação dos trabalhadores sobre os incômodos vivenciados após a última ocorrência de cada tipo de violência física e psicológica. Porto Alegre/RS, 2011

Incômodos vivenciados	Violência Física	Violência Psicológica	P*
Teve memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras	1,62 (\pm 0,94)	2,34 (\pm 1,16)	<0,001
Precisou evitar pensar ou falar sobre a agressão ou evitar sentimentos relacionados à mesma.	1,93 (\pm 1,44)	2,21 (\pm 1,35)	0,238
Permaneceu “superalerta”, vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso.	3,45 (\pm 1,35)	2,83 (\pm 1,34)	0,008
Teve sentimentos de que as atividades passaram a ser mais penosas.	1,74 (\pm 1,29)	2,22 (\pm 1,35)	0,044

* *t* de Student.

Nota 1: Os incômodos foram mensurados mediante escala de 5 pontos: (1) Nunca; (2) Um pouco; (3) Moderadamente; (4) Bastante; (5) Extremamente.

Nota 2: Na violência psicológica considerou-se a média entre os escores da agressão verbal, intimidação/assédio moral, assédio sexual e discriminação racial.

Face aos dados da tabela, é possível constatar diferença na intensidade dos problemas decorrentes da violência física e psicológica, apontando escores significativamente maiores no grupo que sofreu violências psicológicas, quando aferidos incômodos como memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras ($p < 0,001$) e sobre o incômodo gerador de sentimentos que tornaram as atividades mais penosas ($p = 0,044$).

Os dados corroboram referências a respeito de que a violência psicológica seja mais danosa do que a violência física⁽¹⁰⁵⁾, pois, além dos incômodos referidos, a violência psicológica também apresentou escores mais elevados referente à necessidade de evitar sentimentos, pensamentos ou falas relacionados ao ocorrido, embora nesse problema não haja diferenças significativas.

Os achados se aproximam dos resultados aferidos em outros estudos^(15,60), e os corroboram no que se refere à identificação da violência física como principal geradora de tensão, permanência do estado de alerta, da vigília e do sobreaviso ($p = 0,008$).

Nas entrevistas também foi possível identificar os efeitos da violência física e psicológica. Quanto à primeira, pode-se verificar no fragmento a seguir que há vivências de tensão por parte do trabalhador:

[...] eles querem chegar aqui já dando em ti na porta, então tu tem que te defender, tu tem que estar sempre na defensiva, tu entendeu? (E2)

Além da tensão, deve constar que a violência física causou ferimentos ao corpo para 28,6% das vítimas desse tipo de violência. Esses ferimentos exigiram assistência médica em 9,5% dos casos, os quais tiveram que se retirar do local de trabalho em decorrência do incidente. Entretanto, nenhum dano físico esteve atrelado ao uso de arma, corroborando achados portugueses⁽⁶⁰⁾, e se distinguindo de outro estudo brasileiro que identificou o uso de armas nas situações de violência física⁽¹⁷⁾.

Os fragmentos listados a seguir mostram que a agressão ao corpo do trabalhador gerou perturbações e sentimentos negativos:

[...] isso me incomoda. Pô!, passei o dia todo ali, corremos, fizemos tudo que a gente podia e às vezes o que não podia, para tu ser agredida? Então isso chateia, fiz tudo e ainda levei um coice?! Não precisava, mas o que tu vai fazer? Tu não podes revidar, né? (E15)

[...] dá vontade, não vou dizer que não, de meter uma mão. Pô! Doze horas de plantão, podre de cansada, ter que vir para cá trabalhar para levar soco, levar pontapé, levar... Pô! Mas como é que tu vai fazer isso? (E18)

É possível observar que, por mais racionalizada que possa ser a tentativa de compreender a agressividade do paciente, nunca se trata de uma experiência prazerosa. Autores referem que os danos causados aos profissionais trazem como repercussão ao serviço outras formas de violência contra o usuário pela piora no atendimento. Segundo os mesmos autores, há uma circularidade na produção da violência que acomete a área de saúde: uma violência causa outras violências⁽¹⁰⁶⁾.

Quanto às repercussões da violência psicológica, os relatos abaixo mostram algumas consequências sentidas pelo trabalhador:

[...] foi uma discussão muito grande, muito desagradável, o colega passou mal, foi lá para a emergência porque a pressão foi lá em cima! (10 A)

[...] eu estou com bastante herpes, estou com gripe, isso afeta bastante sim. (E9)

Claro que naquele dia tu vai sair daqui frustrada, tu vai sair daqui se sentindo a última das criaturas. Tu vai ir pra casa[,] mas de repente tu não vai curtir aquele final de semana tão bom como tu gostaria de curtir, porque aquela situação vai ficar na tua cabeça. Tu vai ficar um bom tempo, uma semana ou duas semanas, remoendo aquelas coisas que aconteceram e aquilo ali faz mal, prejudica até a tua alimentação, prejudica o teu lazer, prejudica o teu convívio em casa. (E6)

Os prejuízos visíveis da violência psicológica sob a forma de herpes e crise hipertensiva foram idênticos aos encontrados em outro estudo, do mesmo modo que as

repercussões sobre a vida familiar⁽¹⁰⁵⁾. Trata-se, contudo, de prejuízos de difícil mensuração, mas, diante dos fatos, é possível destacar a sua existência.

Além disso, os participantes expressaram que o malefício tende a ser maior quando a violência é perpetrada por colegas, pois reflete a falta de solidariedade entre os pares. No trecho a seguir o trabalhador descreve essa diferença, comparando situações de agressão verbal praticadas por familiares às proferidas por colegas:

[...] com familiares acho que é mais relacionado à ansiedade, mas aí tu consegue, de alguma maneira, olhar aquilo e te colocar um pouco no lugar da pessoa, mas é diferente tu sentir isso de um membro da equipe, que tá no mesmo barco que tu. (E6)

Esse dado também foi identificado em pesquisa que abordou outro hospital público com características semelhantes, confirmando a percepção de nocividade maior das violências que se originam dos colegas de trabalho em comparação às perpetradas por pacientes⁽¹⁸⁾. Assim, as vítimas de agressões que se originaram nas relações com os colegas demonstram a intensidade da mágoa que resta dessa vivência, como pode ser visto no fragmento que se segue:

[...] um jovem de repente supera mais traumas do que uma alma de uma pessoa de mais idade. Já com mais experiência, tudo já fica mais forte, todo o machucado já tem outra consistência. Então já tive situações, sim, bem difíceis. (E19)

Ao mencionar seus “machucados”, o trabalhador refere-se às lesões provocadas pela violência psicológica perpetrada por outros trabalhadores. Pode-se assim conceber que a violência é mais sentida e mais dificilmente superada pelos trabalhadores quando causada por um membro da equipe de trabalho, pois se considera inconcebível a ideia de que os indivíduos que vivenciam a mesma precarização e desgaste possam atuar de forma a piorar a situação⁽¹⁸⁾.

Acredita-se que podem ser mais nocivas as violências praticadas pelos colegas por fragilizarem a confiança e a cooperação, pois a acusação injusta, assim como a ofensa que fere a dignidade, leva à perda de confiança e, ao mesmo tempo, semeia o ressentimento. Este, por sua vez, sufoca os sentimentos éticos e gera esvaziamento de valores sobre o outro e sobre a solidariedade⁽¹⁰⁷⁾.

A percepção de que a violência praticada pelo colega é mais danosa leva a retomar os dados apresentados no Gráfico 3. Sendo a violência perpetrada pelos colegas/chefias mais nociva do que as agressões que se originam do comportamento dos pacientes, é possível supor

que se trate das violências psicológicas, o que confere coerência às repercussões e incômodos vivenciados após o episódio de violência.

Destaca-se, pois, que a violência psicológica costuma resultar do apagamento ético e enseja expressões clínicas no plano individual e desdobramentos no plano coletivo. Diante dessas circunstâncias, os atingidos pela crueldade moral por vezes passam do sofrimento psíquico ao transtorno mental^(105,107).

Contudo, afirma-se ainda que a violência psicológica se mostrou mais danosa ao profissional quando se apresentava em mais de um tipo de expressão, como retrata a tabela a seguir.

Tabela 12 – Médias e desvios-padrão da avaliação dos trabalhadores sobre os incômodos vivenciados após a última ocorrência da violência psicológica, segundo um ou mais tipos. Porto Alegre/RS, 2011

Incômodos vivenciados	Apenas 1 Tipo	≥ 2 Tipos	p*
Teve memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras	1,99 (\pm 1,12)	2,95 (\pm 0,96)	<0,001
Precisou evitar pensar ou falar sobre a agressão ou evitar sentimentos relacionados à mesma.	2,00 (\pm 1,36)	2,57 (\pm 1,28)	0,010
Permaneceu “superalerta”, vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso.	2,55 (\pm 1,37)	3,33 (\pm 1,13)	<0,001
Teve sentimentos de que as atividades passaram a ser mais penosas.	1,97 (\pm 1,30)	2,65 (\pm 1,34)	0,002

* *t* de Student.

Nota: os tipos de violência psicológica aqui considerados foram agressão verbal, intimidação/assédio moral, assédio sexual e discriminação racial.

É possível constatar que os problemas vivenciados pelas vítimas de mais de um tipo de violência psicológica são significativamente maiores ($p < 0,05$). Assim, pode-se dizer que os incômodos vivenciados são mais intensos conforme acresce a exposição dos trabalhadores às diferentes expressões da violência psicológica.

Os problemas sobre os quais as vítimas da violência no trabalho foram inquiridas representam incômodos decorrentes da experiência indesejável, no entanto, ainda poderão vir a se transformar em agravos psíquicos. Porém, frente às vivências indesejáveis do trabalho, os trabalhadores buscam se resguardar de maiores danos utilizando-se de defesas individuais e coletivas, conscientes e inconscientes⁽²⁶⁾. No tópico seguinte abordam-se as estratégias de enfrentamento identificadas nas falas dos trabalhadores do pronto socorro.

5.3.2 Estratégias de enfrentamento à violência: mediações do sofrimento no trabalho

As estratégias coletivas de enfrentamento são modulações defensivas utilizadas pelos trabalhadores no combate ao sofrimento engendrado pelos constrangimentos do trabalho e resultam da cooperação específica do coletivo. Esses constrangimentos, segundo a psicodinâmica do trabalho, podem ser vivenciados por circunstâncias de medo das agressões provenientes dos usuários e receio da dominação e da autoridade exercida pela hierarquia⁽¹¹⁹⁾.

Esses medos e angústias, contudo, poderão ser neutralizados por vivências de prazer, cuja anunciação se faz pela experimentação coletiva do encontro consigo e com o outro, de onde se constroem as ideologias defensivas. Para a psicodinâmica do trabalho, a ideologia defensiva surge com a finalidade de viabilizar o exercício do trabalho, assumindo coletivamente a busca por transformar a situação subjetiva do sofrimento em seu oposto, possibilitando que o exercício do trabalho seja cumprido sem o atormento constante dos medos e angústias⁽²⁸⁾. Ou seja, a relação prazer/sofrimento no trabalho tem sua mediação pautada nas permissões e construções do coletivo, gerando no grupo de trabalho maneiras próprias de modular o sofrimento.

Dentre as repercussões da violência no cenário laboral estudado, foi possível identificar ideações utilizadas pelos trabalhadores como estratégias defensivas diante das circunstâncias passíveis de gerar sofrimento. Entretanto, a identificação dessas estratégias se fez com base em entrevistas individuais, o que não permitiu acompanhar os comportamentos em cena, como se fez em pesquisa anterior⁽¹⁹⁾. Por esse motivo, a fala dos participantes deu acesso às estratégias coletivas combinadas às defesas individuais.

Sabe-se, contudo, que a adoção de mecanismos de defesa se refere a estratégias psíquicas vinculadas a necessidades individuais de cada sujeito, enquanto que no âmbito coletivo ocorre o uso de modulações conjuntas que protegem os trabalhadores das incoerências da organização e das condições de trabalho^(26,80).

É importante ressaltar que não há uma separação estagnada entre essas duas modalidades, já que fazem parte do cotidiano de forma dinâmica, intrínsecas às relações do sujeito com a realidade⁽²⁶⁾. Mas, diante de um contexto laboral precário, as defesas coletivas ocultadoras das ameaças ou dos perigos reais acabam sendo inviabilizadas ou enfraquecidas e,

aí, se instala a individualização do enfrentamento e o sujeito recorre a mecanismos individuais de defesa⁽¹⁰⁷⁾.

Com essa vertente de análise, as estratégias coletivas de enfrentamento são compreendidas aqui como defesas mais elaboradas, pois passam por acordos intersubjetivos e de cooperação, enquanto que as defesas individuais dependem somente de uma mobilização intrapsíquica. Diante do que foi dito, as entrevistas permitiram constatar como defesas individuais a cisão, a negação e o isolamento social, ao passo que a idealização, a banalização, o distanciamento e a despersonalização foram estratégias que caracterizaram o coletivo na busca pelo enfrentamento.

A **cisão** foi um mecanismo individual de defesa utilizado com vistas a afastar/separar do trabalhador os fatores negativos do trabalho, causadores do sofrimento. Esse mecanismo, também conhecido como clivagem⁽¹³⁹⁾, pode ser constatado quando o trabalhador tentava transferir para “fora de si” ou do “seu setor” os aspectos negativos/maléficos do trabalho no hospital. Assim, o trabalhador se identifica com o que é bom, reforçando sua autoestima e projetando para fora o que não tolera. Vê-se nos fragmentos que se seguem a tentativa de separação mencionada:

Lá no outro setor era um horror, aqui está tudo maravilhosamente bem [...] Aqui tem muito coleguismo, aqui é maravilhoso! (E15)

Os enfermeiros são maravilhosos nesse setor aqui. (E6)

As pessoas têm um perfil dependendo do setor, eu acho que tem a ver com os pacientes, né? Aqui a gente é muito detalhista, e todo mundo é muito minucioso aqui. Lá no setor X o pessoal é mais bruto, assim, até na forma de falar [...] aqui é diferente dos outros lugares. (E1).

Eu sou um privilegiado, porque, desses vinte e um anos, eu tô há dois anos aqui neste setor. Ainda é um setor saudável para se trabalhar. (E11)

Assim, a cisão serviu como anestesia sobre uma realidade ruim atribuída ao contexto geral do hospital, e a busca pela proteção da subjetividade esteve no empenho por encontrar algo “bom” para e sobre si. Desse modo, a realidade “ruim” deixa de ser “sua” por ficar às margens da consciência crítica, o que permite que seus efeitos sobre o aparelho psíquico sejam minimizados temporariamente.

Contudo, a cisão pode ser considerada uma defesa individual que mascara a realidade, criando uma ilusão sobre os fatos e os seus danos. Reforçando essa afirmação, cabe ressaltar que as falas apresentadas anteriormente não se referem aos mesmos setores. Pelo contrário,

cada fragmento se destina a ressaltar um setor diferente, o que permite identificar o esforço individual dos trabalhadores em trazerem para si o que há de bom no trabalho.

Todavia, a estima pelo setor de trabalho por ora também pode ser compreendida como uma estratégia fomentada pelo coletivo, sendo então compreendida como **idealização**. Por meio dessa modulação, os trabalhadores conferem à sua prática, e ao seu local, a idealização do prazer e da estética de seu trabalho e, conseqüentemente, constroem uma melhor imagem de si mesmos.

Outro estudo também descreveu a reafirmação constante dos acontecimentos agradáveis do setor como recurso mediador para suportar a violência no contexto de trabalho⁽¹⁸⁾. Assim, ao criar um imaginário de idealização sobre o trabalho, os profissionais se percebem mais protegidos diante da precarização das relações e condições de trabalho que marcam o contexto hospitalar e, dessa maneira, a idealização funciona como mediadora da relação prazer/sofrimento.

O trecho posto a seguir exemplifica a interpretação:

Nós nos apoiamos, nós precisamos nos apoiar no setor. Mas o que eu sinto é que parece que cada setor funciona como uma ilha, cada setor tenta se proteger de alguma forma aqui dentro do hospital, isso acontece. Os setores trabalham quase que individualmente [...] Cada um aí só vê a sua dificuldade. (E3)

Ainda fala é possível perceber que, apesar de ser uma estratégia que tenta reforçar positivamente o setor e a autoestima do grupo, essa tem como resultado a individualização das ações⁽¹⁰⁷⁾ diante de problemas comuns a todos os trabalhadores do hospital. Esses problemas, por sua vez, fomentam em todos os setores relações laborais impróprias à saúde e à produção, porém os resultados desta pesquisa não permitem destacar nenhum setor como detentor de melhores ou piores relações e condições de trabalho.

A necessidade de idealizar, mesmo quando a realidade deixa evidente a falácia do seu próprio discurso, inclui a idealização do próprio bem-estar ou da própria saúde, colocando também no “outro setor” as doenças ou fragilidades humanas do trabalho.

A gente vem trabalhar doente, a gente vem trabalhar com fome, mas tu pode ver que aqui tem pouca biometria, já as outras salas, é um horror de tanta biometria [...] eu acho que as escalas, cada um com seus problemas, se eles têm seus problemas, resolvam com os funcionários de lá e deixem nós aqui, nossa escala está direitinha, não mexam com a gente, que a gente vai trabalhar. (E8)

Assim, o trabalhador também nega as suas próprias limitações, como um mecanismo de defesa que precariza a própria saúde em virtude da precarização do trabalho. Desse modo, a **negação** também se fez presente nas estratégias individuais utilizadas pelos participantes do estudo. E se trata de defesa já identificada em outros contextos laborais, a serviço do trabalhador que necessita ocultar de si as manifestações de seu desgaste ou até os sintomas que sinalizam início ou avanço de um processo de adoecimento⁽¹⁰⁷⁾.

Aqui a gente se dedica um monte, tem muito detalhe. Se tu for olhar as nossas coisas, aqui é diferente dos outros lugares. A gente vem trabalhar doente, tomando um monte de remédio [porque se pensa:] Não, não posso faltar, eu tenho que ir! A gente vem ruim, às vezes vai lá para trás e um colega vai lá, já cansei de vir e o colega fazer medicação na veia para dor. (E1)

Dessa forma, foi possível constatar que a negação é parte das resistências individuais utilizadas diante das incoerências vividas. Contudo, a negação pode ser a estrutura primeira para a criação de estratégias coletivas, o que é visto quando o grupo estabelece como norma de convívio a negação da doença e dos riscos, bem como a negação do seu sofrimento e do sofrimento alheio. Com esse entendimento, a negação pode ser a base de estratégias como a banalização, o distanciamento e a despersonalização^(105,133).

A **banalização** foi uma estratégia coletiva identificada em meio ao relato dos sujeitos sobre suas vivências de violência no trabalho. Através desse recurso, o trabalhador tentou menosprezar o mal causado pelas agressões a que foi exposto, como pode ser visto nos fragmentos que se referem à violência que se origina das relações com os colegas e chefias:

Nem me importo então se o profissional médico ou enfermeiro não me olha vez que outra, ou assedia moralmente. Então, se eu conseguir fazer a minha tarefa, melhorando a vida do outro, que é o que me proponho e estou sendo pago para isso, todo o resto eu sobrevivo bem. (E2)

Pode me tratar mal, não faz mal, pode ser rude comigo, mas bom com o paciente que chega, atender com decência e com carinho o paciente. Eu não quero carinho, eu quero que atenda bem o paciente. (E19)

Minha função é atender rápido e com precisão diagnóstica, o máximo que eu puder dar, é isso que me interessa, o resto [relações entre colegas] pertence ao RH [Recursos Humanos]. (E9)

Agindo como se o cumprimento da tarefa não dependesse dos vínculos afetivos com os colegas, o trabalhador tenta banalizar o prejuízo causado pelos comportamentos agressivos a que está submetido. A mesma constatação se fez em outro estudo realizado em hospital público de urgência e emergência, apontando que se “fecham os olhos para as pequenas e

grandes violências vivenciadas”, como se fossem parte inerente aos processos de trabalho^(18:177).

Contudo, nesta pesquisa os danos da violência perpetrada pelos pacientes também foi banalizada pelos trabalhadores, como descrito nos trechos a seguir:

Uma vez quase que um me acertou com o pé, mas claro, naquela coisa de tu ter que conter e tal, daí o paciente vem, tu tem que chamar a segurança e eu gosto da correria, eu não me importo. Assim tá bom, é assim mesmo, eles são assim. (E4)

A enfermeira disse que se eu quisesse podia ter dado parte [da agressão], mas como ele já tinha agredido toda a equipe mesmo... (E14)

Sobre essa questão, cabe ressaltar que a banalização foi a modulação defensiva encontrada pelos trabalhadores do pronto socorro para deterem os sentimentos negativos despertados no convívio com a violência que se origina dos pacientes, já que não haveria aceitação subjetiva, e tampouco social, ao discurso que atribui vivências de desprazer originadas pelo cuidado humano. Infere-se ainda que, diante do discurso hegemônico da humanização, o trabalhador por vezes se vê forçado a expressar a aceitação da sua missão a qualquer custo. No entanto, acredita-se que a postura que nega o sofrimento afasta ainda mais a construção de relações humanizadas no trabalho.

Os fragmentos a seguir demonstram de forma clara essa distorção:

Eles não têm noção daquilo que eles estão fazendo. Então um te arranha, outro te bate, outro te chuta, mas é a defesa deles, é o estado que eles estão. Então isso é uma violência, mas eu não considero [...] isso não me incomoda. (E15)

De paciente a gente sempre releva, paciente é que nem filho da gente, a gente sempre tolera um pouco mais, releva um pouco mais, relacionado mais àqueles pacientes em abstinência, que aí tu nem pode configurar como agressão, porque a pessoa tá totalmente fora de si. (E6)

Contudo, compreende-se que a banalização dos sentimentos negativos pode gerar ainda mais malefícios ao próprio paciente, pois repercute numa dificuldade não elaborada que retorna às ações por meio de defesas mais prejudiciais para ambos os envolvidos, como pode ser com o distanciamento e a despersonalização.

Na relação com os pacientes a mobilização do grupo também se deu pela busca de isolar o sentimento. Dessa forma, o **distanciamento** foi a alternativa mais acessada pelos trabalhadores para afastarem o mal causado pelas situações que envolvem a ocorrência da violência. Isso foi identificado ao serem feitas menções aos pacientes agressores, como pode ser visto nos trechos que se seguem:

A gente se envolve com os pacientes querendo ou não, porque entra o bandido, entra o mocinho, entra o vilão, entra o coadjuvante, tudo que é tipo de gente. E tem uns que ficam muito tempo aqui e eles têm tempo de manipular a gente [...] Então tu tem que ir meio que se esquivando. (E10)

Eu acho que, por eu não me incomodar com eles e não conversar muito, às vezes(,) eles me acham meio antipática, mas é a maneira que eu tenho de me defender assim, eu vou lá faço o meu trabalho e me retiro. (E14)

Apesar de parecer uma atitude particular de E14, o distanciamento se mostrou residir no enfrentamento coletivo. Essa postura ganha sustentação na racionalização, na hipervalorização dos procedimentos técnicos e na fragmentação da relação profissional-usuário^(85-88,126).

No trecho abaixo, a trabalhadora ainda faz compreender que as modulações são necessárias para garantir a sobrevivência no trabalho. Segundo ela, para suportar o tempo previsto até a aposentadoria, é necessário distanciar os sentimentos e evitar o afeto.

Não precisa colocar todo aquele sentimento, dedicação só já vai fazer muito bem, pois eu pretendo sair daqui com quase 70 anos. (E20)

O distanciamento pode ser compreendido como uma estratégia de enfrentamento que serve para frear o envolvimento afetivo. Dessa maneira, o controle sobre os sentimentos possibilita afastar o sofrimento, o qual poderia ser insuportável caso não houvesse esse recurso. Apesar de ser uma medida protetora para o trabalhador, a pouca interação com os usuários é apontada como de impacto negativo sobre o atendimento prestado nos serviços de saúde⁽¹⁰⁶⁾.

A estratégia de **despersonalização**, já identificada em outras pesquisas junto aos trabalhadores da saúde^(86-87,70,126,140), se fez presente nas falas dos participantes deste estudo quando os pacientes eram significados de maneira impessoal pelo relato da assistência prestada. Essa questão pode ser vista no trecho em que o profissional fala das reações do paciente frente à qualidade do atendimento.

O nosso paciente aqui é um paciente que até reclama, mas como eles não têm atendimento em lugar nenhum, aceitam qualquer coisa, não têm aonde ser atendido. (E7)

Nesse fragmento é possível observar que o descontentamento do paciente é desprezado. Ao referir que o paciente “aceita qualquer coisa”, o trabalhador recusa as

necessidades individuais do paciente e este passa a ser coisificado com a oferta de “qualquer coisa” como solução à reclamação. Essa estratégia de enfrentamento também foi apontada em outro estudo realizado junto à equipe de enfermagem do mesmo hospital⁽¹²⁶⁾, ressaltando-se que com essas atitudes os trabalhadores negam a importância do paciente como sujeito singular.

Sabe-se, contudo, que o paciente não é imune a essa postura e se sente prejudicado pela não informação, desatenção, comunicação restrita, contato mais mecânico que humano, grosseiro, frio e insensível⁽¹³⁶⁾. Diante disso é que se compreendem as estratégias de enfrentamento como medidas paliativas e não resolutivas, uma vez que a postura do profissional, embora o proteja, resulta em desconforto que pode servir de impulso para uma manifestação agressiva.

Esse processo, contudo, alimenta a ideia de que a violência é produto das relações trabalhador-usuário, pois, na medida em que o paciente tem as suas necessidades despersonalizadas, ele se revolta, e desse comportamento resulta o ataque do qual o trabalhador se protege. As falas a seguir dispostas também permitem verificar que, por meio da despersonalização do outro, o trabalhador recusa as suas próprias necessidades afetivas, destinando a realização dos seus desejos ao campo material.

Eu parto do seguinte princípio: ninguém pediu para vir trabalhar aqui. A partir do momento que eu fui lá e fiz a uma inscrição para o concurso, eu estava dizendo: eu quero cuidar desse tipo de pessoas. Independente de ele ser um usuário de drogas, independente de ele ser um esturador, ele não pediu para eu cuidar dele, eu pedi para cuidar dele a partir do momento em que eu fiz a inscrição no concurso, eu sabia disso, sabia que eu ia cuidar desse tipo de pessoas. (E17)

Nosso paciente é a população pobre mesmo, é nosso principal cliente. E as pessoas chamam ele de “tigrão”, mas a gente é pago para isso, para cuidar deles. Por isso que a gente ganha o salário que ganha, para cuidar desses pacientes. (E3)

Eu não espero assim muito reconhecimento de ninguém. Eu faço aquilo que eu acho que eu tenho que fazer, e se tiver o reconhecimento do paciente ou não... Raramente ele vai te dizer “obrigado”. Às vezes, acontece, mas raramente, ainda mais esse tipo de paciente daqui... Mas tá bom, para mim, tá bom. (E4)

Ao falar sobre esse “tipo de pessoa” os participantes se esforçam para dizer que merecem a mesma atenção do que os demais, mas o próprio discurso constrói a diferença, de onde despontam sentimentos antagônicos entre o cuidar de pacientes e o cuidar de “criminosos”. Ao abordar essa questão, autores referem que, mesmo sem questionar sobre o ocorrido, os trabalhadores da saúde são tomados pela indignação acerca do crime⁽¹²⁷⁾, e, diante do sofrimento que esse contato pode acarretar, o trabalhador lança mão da

despersonalização do objeto da assistência e de suas diferenças para reforçar que todos são iguais.

“Tigres” ainda são apelidos destinados aos pacientes que se enquadram nesse “tipo de pessoa”, o que retrata intimidade entre a história ligada ao crime e a percepção do paciente como selvagem, ser perigoso. A fala abaixo expõe a despersonalização que permeia as relações com “aquilo”, algo passível de repúdio, mas que o trabalhador refere controlar ao “perceber” que se trata de alguém, “uma pessoa normal”.

[...] eu nunca tinha trabalhado com paciente de rua, se eu passasse por uma pessoa de rua eu tinha nojo e eu atravessava a calçada. [...] Hoje, quando chega um paciente de rua, eu sou a primeira, eu corro, eu dou banho, faço tudo que tem que fazer no paciente, eu não tenho nojo. E eu faço questão de colocar esse paciente de rua do lado de uma pessoa “normal”, entre aspas, porque, às vezes, as pessoas ficam com nojo e eu faço a pessoa ver que aquilo ali é uma pessoa. (E13)

Além disso, a despersonalização pode ser vista na responsabilização parcial do trabalhador sobre a saúde dos usuários atendidos, como visto no trecho que se segue.

[Ela conta o seu diálogo com paciente usuário de drogas:] Por que tu não aproveita essa oportunidade? Depois que tu sair daqui é contigo, não vai me interessar, tu não precisa me dizer o que tu faz ou o que tu deixa de fazer! [Ele diz:] “Ah, mas eu vou morrer mesmo...” [Ela responde:] O importante é o tempo que tu estiver aqui dentro. Tu teve essa oportunidade, aproveita essa oportunidade! (E18)

A fala a seguir também faz menção à postura a ser adotada diante do “tipo” que se origina da pobreza, um tipo sem pai, mãe e disciplina, ou seja, o perfil que “exige mais dureza” na interação:

Em algumas situações temos que ser mais duros com os pacientes, porque aqui você trabalha com todas as camadas sociais, porém o mais comum é pessoa de baixa renda. E são pessoas que têm dificuldade de hierarquia, por causa de um pai ou mãe que não foi presente na sua vida, porque foi um péssimo aprendiz, então, às vezes, nós precisamos nos colocar mais firmes. Eu, no entanto, faço isso de maneira profissional. Eu falo, vamos dizer assim, firme, porque ele tem um tratamento a ser feito, até para o bem dele. (E12)

Sob a égide do “bem para ele”, o profissional justifica racionalmente o seu modo de agir e despersonaliza o ser humano, exigindo dele um perfil determinado pela docilidade. Além disso, a mesma estratégia de modulação foi constatada na relação que se estabelece com os familiares, como visto nos fragmentos das entrevistas:

Quando vêm os pais aqui com as crianças, eu sou a primeira a ir lá para trás, eu não gosto de revê-los. Eu tenho uma dificuldade mesmo com isso, porque eu acho assim: Oh, fiz o meu papel até aqui e, depois disso, a minha vida não tá mais ligada a ele, sabe? (E1)

Eu não gosto muito de familiar aqui dentro, né? Porque, às vezes, elas querem entrar, aí entra a familiar de um, quer entrar a familiar de outro, então eu já acho que esse negócio de familiar tinha que ser lá na rua [...] aqui não tem como o familiar ficar. (E4)

Os trabalhadores tornam impessoais as relações com os familiares especialmente porque estes têm sido os questionadores sobre o tratamento e de onde se originam, muitas vezes, interações conflituosas e violentas. Assim, o profissional se protege do sofrimento que essa relação pode causar.

A adesão às estratégias coletivas confere pertencimento ao grupo de trabalho, uma vez que elas são normas tácitas consagradas mediante a cooperação. No trecho que se segue, o profissional relata a circunstância em que se viu diante da pressão pela adoção da impessoalidade no tratamento dos pacientes a fim de evitar a discriminação do grupo, feita por meio de “charadas”.

Precisa fazer que tu não vê as coisas, entendeu? Fazer que tu não vê [...] Eu reclamava porque eu não queria ver o meu pai daquele jeito que eu recebi o paciente, eu não queria ver um familiar meu daquele estado. Então o que tu faz? Tu reclusas para ver se da próxima vez a chefia vai exigir [que o paciente fique em melhores condições]: “Oh fulana, da próxima vez não passa o paciente assim.” Mas isso não acontece aqui dentro. [...] eu não reclamo mais [...] antes, se tu me pedisse para ir lá no inferno procurar uma coisa para botar no paciente, eu ia. Agora eu mudei muito [...] Eu me sinto melhor porque no outro dia eu sei que eu não vou ter que estar ouvindo charada de um colega, charada de uma chefia. (E15)

Assim, a dinâmica que se estabelece pressupõe a adesão a determinados comportamentos a fim de que o trabalhador cumpra a ordem eleita pelo grupo. Dessa forma, as estratégias de enfrentamento se tornam armas da manutenção das “regras de ofício”, tema já discutido nesta investigação.

Estudo anterior⁽⁸⁶⁾ apontou o uso abusivo do humor como estratégia de enfrentamento utilizada para afastar o sofrimento no trabalho da enfermagem em serviço de urgência e emergência, o que se repetiu em outras investigações realizadas no campo da saúde^(85,133). Acredita-se que essa estratégia não tenha sido constatada no presente estudo por se limitar à análise das falas colhidas nas entrevistas, já que o uso do humor, por meio de piadas e brincadeiras, é expresso espontaneamente nas ações do cotidiano.

Por outro lado, foram corroborados os resultados de uma pesquisa⁽⁸⁵⁾ que identificou o **isolamento social** como defesa utilizada por profissionais da saúde. Neste estudo, o

isolamento social se apresentou como uma defesa individual, atrelada especialmente aos conflitos e violências entre profissionais.

Para não tá me expondo muito assim com os colegas, de vez em quando eu me afasto, né? Tem umas [colegas] assim que eu procuro nem conversar muito, que é para não me estressar. [...] eu não consigo muito lidar com isso. (E14)

A ausência de palavras, ou a falta de comunicação, é fonte geradora de isolamento, indiferença e impessoalidade na convivência diária entre chefias e colegas⁽¹⁵⁾. Assim, os relacionamentos interpessoais se tornam destrutivos a ponto de restringir os contatos laborais.

Esse achado, por estar implicado à violência praticada por colegas, pode ser considerado um recurso extremo ao sofrimento, conferindo risco à identidade do sujeito, o qual se isola por não encontrar qualquer fonte de prazer nas relações laborais.

Entende-se, portanto, que o isolamento é resultante de um somatório de imposições e respostas emocionais às humilhações, e também é produto da fadiga acumulada que gera indisponibilidade para diálogos e participação social⁽¹⁰⁷⁾.

Acho que não está afetando tanto porque eu já tenho um tempo grande, assim, de mercado, então tu acaba criando um certo distanciamento de tudo isso. (E9)

Essa postura reforça a degradação da sociabilidade e o alastramento de uma cultura de individualização e passividade, comportamentos que têm marcado os mais variados contextos laborais. Os processos de individualização geram o despertencimento social, o que para muitos se transforma em isolamento e solidão⁽¹⁰⁷⁾, como visto no trecho a seguir descrito:

Ultimamente eu me isolei bastante depois de alguns episódios que houveram [...] a gente sofre bastante violência emocional aqui dentro e isso torna o convívio bem difícil. (E17)

Ressalta-se, entretanto, o quanto essas condutas, embora se proponham inicialmente a proteger o trabalhador, interferem diretamente no serviço prestado.

Eu fui muito humilhada por ele aqui dentro, foi muito ruim, isso me afetou assim de forma muito séria, e eu isolei ele [...] eu decidi que eu não vou conversar mais com ele e tem noites assim que várias pessoas não conversam mais com ele, e ele sabe que o clima está pesado. (E17)

Procuro não me dirigir a essa chefia mais, tudo eu tento resolver sozinha ou com colegas e faço acompanhamento psicológico. A questão que eu trouxe para ela [chefia], que eu precisava do apoio dela para resolver, eu resolvi de outra forma, resolvi sem ela. Claro que não ficou como eu realmente precisava, mas eu vou vivendo assim. (E3)

Sem o diálogo com o colega, ou sem o apoio da chefia na resolução dos problemas, certamente ocorrem modificações no percurso e no resultado do processo de produção. Dessa forma, as mutações geradas sobre a dinâmica de trabalho alteram a qualidade do serviço prestado, além de exigirem condutas que, frequentemente, acarretam em mais sobrecarga de trabalho devido à interferência negativa dessas condutas sobre o trabalho em equipe e mesmo sobre a gestão dos processos.

Além das estratégias ligadas à interpretação do trabalhador sobre as circunstâncias de trabalho, ainda foi possível identificar as repercussões do sofrimento na vida social externa ao labor. As falas dos participantes permitiram verificar que o alívio das dores vividas no trabalho também tem sido buscado em **recursos externos ao trabalho**. Nos trechos a seguir é possível perceber a compensação feita por meio de soluções ligadas à vida pessoal, as quais representam contrapesos ao que é vivido no trabalho.

O salário nosso aqui também é razoável. [...] Não precisamos ter dificuldade com moradia, essas coisas. Sempre sobra alguma coisa para o lazer, então isso alivia muito, alivia bastante. Poder sair daqui e ter uma vida mais resolvida fora daqui. (E3)

[...] eu venho para cá cedo [...] mas às sete horas eu vou embora, porque eu tenho vida lá fora, tá? Como é que eu contrabalanceio as questões da vida? Eu tenho a minha residência e tenho um sítio. Quando eu posso eu vou lá, fico lá no meio do mato, com as minhas coisinhas, com os animais, com os passarinhos, e isso me recondiciona as baterias de novo [...] Mesmo que às vezes tu pegue um paciente mais bronco, mais grosso, mesmo assim no final do dia, quando a situação tá complicada, tu olha no relógio assim e tá no início do dia, e, daqui pouco, já é sete da noite. (E12)

Ter uma vida mais resolvida fora do hospital pode ser um sistema compensatório à vida que não se resolve no trabalho e, assim, a situação descrita pode remeter ao peso do labor como exigente da sua elaboração continuada, levando o trabalhador a reviver nas demais esferas da vida os conflitos do seu contexto laboral. Mediante essa leitura, a busca pela compensação material não deixa de ser um contrapeso para as necessidades afetivas não supridas no trabalho, além de se dirigir para uma conduta socialmente valorizada: o consumo.

Na fala de E-12 é possível verificar a percepção positiva sobre o tempo que passa rápido, o que tornaria o trabalho menos difícil ou as sensações negativas menos duráveis. Ao relatar o seu refúgio, o trabalhador revela a necessidade de isolamento social que resulta das vivências de violência no trabalho e, ainda, anuncia seu desgaste ao procurar na natureza a energia que o trabalho lhe tirou.

Outra forma de contrabalançar as vivências indesejáveis do trabalho é o apego à religiosidade, o que também foi mencionado pelos participantes como uma estratégia para

anular, separar ou superar as dificuldades, o que nos fragmentos abaixo se refere aos conflitos lesivos entre colegas e com a chefia.

Tudo que eu acho que tá me incomodando, que tá me afetando, eu vou no meu cantinho separado, no banheiro aqui ou lá na minha casa e converso com Ele: Oh, Senhor, isso tá me incomodando. [...] Eu vou me aposentar um dia desses, e eu não posso levar isso para minha vida num futuro. Então se houve um estresse aqui, isso tem que morrer aqui dentro. [...] Então você tem que deixar, respirar mais fundo. (E12)

Então essa fé me ajuda a me apoderar, mas tem pessoas que eu sei que não têm, que sofrem mais do que eu até. Passei por situações muito mais difíceis [...] eu acho que pessoas aqui dentro não teriam superado como eu superei. Pela minha fé, pelo meu apoio, a minha religiosidade. (E10)

Eu sou católico, procuro na religião, escuto muito música religiosa [...]. Assim que eu vou canalizando essas coisas. (E19)

Dessas maneiras o trabalhador se sente protegido espiritualmente e se desprende dos malefícios vividos no trabalho pelo apego a algo de outra natureza. Essa postura pode ser compreendida como uma defesa que visa anular a existência de um mal com o uso de uma crença.

Diante do que foi discutido até aqui, cabe ressaltar que as estratégias coletivas de enfrentamento, ou mesmo as individuais, podem ser compreendidas como atitudes provisoriamente benéficas à saúde do trabalhador, já que permitem proteção diante do desequilíbrio provocado pelos riscos do trabalho precário e permeado por relações humanas violentas. No entanto, quando as emoções e os sentimentos não encontram vias de expressão e elaboração, nem por mecanismos defensivos e tampouco pela reflexão, eles seguem “outro caminho”, e então se instala a doença.

5.3.3 Agravos à Saúde Mental: desfechos da violência no hospital de pronto socorro

Além das relações entre a violência e as vivências de prazer e sofrimento no trabalho, verificaram-se associações e correlações entre a exposição à violência e os Transtornos Psíquicos Menores e a Síndrome de *Burnout*. Este tópico visa apresentar os resultados dessas medidas a fim analisar as implicações da violência sobre a ocorrência de agravos psíquicos.

5.3.3.1 Transtornos Psíquicos Menores

Sintomas nervosos, distúrbios psicossomáticos, ansiedade, depressão, fadiga e desgaste são agravos frequentemente propostos na literatura como repercussões da violência no trabalho^(5,12,14,105,107,135). Frente a isso, a presente investigação rastreou Transtornos Psíquicos Menores junto aos trabalhadores que compuseram a amostra do estudo.

Utilizou-se para esse fim o SRQ-20, cujo *Alpha* de *Cronbach* apresentou coeficiente de consistência interna satisfatório ($\alpha=0,781$) e aproximado do que fora encontrado por outro estudo que investigou as propriedades psicométricas desse instrumento com trabalhadores⁽⁴³⁾.

Foram descobertos Transtornos Psíquicos Menores em 17,1% dos trabalhadores do local do estudo. Esse percentual se assemelha à prevalência do agravo em trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do mesmo estado (18,7%)⁽³⁹⁾ e é superior ao encontrado em pesquisa com trabalhadores da saúde em São Paulo (15,8%)⁽¹⁴¹⁾.

Comparativamente, a prevalência foi inferior à apresentada por enfermeiras (20%) e auxiliares de enfermagem (36,4%) em um hospital público de Salvador⁽³³⁾. Médicos de um hospital geral do Recife apresentaram prevalência similar nas unidades de terapia intensiva e enfermarias (17,6%) e superiores nas emergências (32%)⁽³⁸⁾. A mesma categoria teve 26% de prevalência na Bahia⁽³⁶⁾.

Na Tabela 13 é possível verificar as relações que os transtornos rastreados tiveram com a ocorrência da violência.

Tabela 13 - Distribuição dos Transtornos Psíquicos Menores e escores do SRQ-20 segundo amostra total, vítimas da violência e o número de tipos diferentes de violência sofrida no trabalho. Porto Alegre/RS, 2011

Variáveis	Amostra total (n = 269)	Violência		p	Tipos de violência (quantos) (n = 269)	p
		Sim (n = 170)	Não (n = 99)			
TPM^{*†}				0,003 [§]		<0,001
Sim	46 (17,1)	38 (82,6)	8 (17,4)		2 (1-2)	
Não	223 (82,9)	132 (59,2)	91 (40,8)		1 (0-1)	
Escores TPM^{†‡}	2 (1-5)	3 (1-6)	2 (0-4)	<0,001	0,330	<0,001

*n (%); †Mediana (intervalos interquartílicos); ‡Coeficiente de correlação; §Qui-quadrado; ||Mann-Witney. †Spearman.

Legenda: TPM – Transtornos Psíquicos Menores

Confirma-se, assim, associação estatisticamente significativa entre os Transtornos Psíquicos Menores e a violência no trabalho ($p=0,003$). Reforçando esse dado, é possível observar que os trabalhadores expostos a mais tipos de violência encontraram distribuição

estatisticamente maior no grupo com transtornos ($p < 0,001$). Desse modo, infere-se que, além da exposição à violência, a presença de transtornos psíquicos menores se associa ao aumento da exposição aos diferentes tipos de violência.

Complementando esses dados, as médias de pontuação do SRQ-20 também se apresentaram mais elevadas para o grupo que sofreu violência no trabalho ($p < 0,001$) e estiveram correlacionadas positivamente ao aumento da exposição aos diferentes tipos de violência ($p < 0,001$). Ou seja, quanto mais tipos de violências o trabalhador sofreu, maiores foram os escores do SRQ-20.

Não foram encontrados na literatura estudos que avaliassem a mesma associação, entretanto, dados similares podem ser descritos quando avaliados os sintomas que definem os Transtornos Psíquicos Menores. Foram observadas associações entre trabalhadores vítimas da violência no trabalho e a depressão⁽¹⁰⁷⁾, ansiedade⁽¹¹⁰⁾ e distúrbios do estresse pós-traumático⁽¹¹²⁾.

Face aos resultados encontrados, submeteram-se à análise de regressão múltipla as variáveis independentes associadas ao desfecho (APÊNDICE C), segundo critérios descritos no percurso da investigação.

Tabela 14 - Modelo de Regressão de Poisson para variáveis associadas aos Transtornos Psíquicos Menores. Porto Alegre/RS, 2011

Variáveis	RP (95% IC)	P
Nº de filho(s)	0,7 (0,5-0,9)	0,016
Anos de experiência na saúde (cada 5 anos)	1,3 (1,1-1,6)	0,015
Categoria Profissional		
Auxiliar/técnico de enfermagem	3,5 (0,8-15,3)	0,095
Enfermeiro	2,5 (0,4-13,8)	0,303
Médico	2,9 (0,6-13,8)	0,165
Outra	1,0	
Nº de profissionais presentes no local	1,0 (0,9-1,1)	0,064
Satisfação com o local de trabalho		
Sim	0,6 (0,3-0,9)	0,032
Não	1,0	
Nº de acidentes de trabalho	1,2 (0,9-1,4)	0,100
Dias ausentes		
Nenhum dia	1,0	
≤1 semana	1,6 (0,8-3,4)	0,205
1 semana a 2 meses	1,8 (0,9-3,4)	0,087
≥2 meses	3,5 (1,5-8,1)	0,004
Nº de tipos de violência	1,6 (1,2-2,1)	0,001

Legenda: RP = Razão de Prevalência; IC = Intervalo de Confiança.

O modelo de regressão foi composto pelas variáveis descritas na Tabela 15, sendo possível perceber que o aumento do número de filhos mostrou ser um fator de proteção para

os Transtornos Psíquicos Menores (IC95%:0,5-0,9). O aumento de cada 5 anos na experiência do trabalhador representou 30% a mais de riscos para o agravo mensurado (IC95%:1,1-1,6).

Atuar como auxiliar/técnico de enfermagem atribuiu 3,5 vezes mais risco para os transtornos quando comparado ao grupo de referência (categoria “outra”). O acréscimo no número de profissionais presentes no local de trabalho também aumentou os riscos do agravo (IC 95%:0,9-1,1).

A satisfação com o local de trabalho igualmente se revelou variável protetora para os transtornos, com redução de 60% nos riscos (IC95%:0,3-0,9), do mesmo modo que o risco para os transtornos psíquicos maiores é 60% maior para cada tipo de violência a mais que o trabalhador foi exposto (IC95%:1,2-2,1).

A regressão também indicou que cada acidente de trabalho aumenta os riscos dos transtornos, mensurados em 20% (IC95%:0,9-1,4), e, quanto maior o período ausente, gradativamente aumentam-se os riscos para os transtornos, com 3,5 vezes mais risco para os afastamentos superiores a dois meses (IC95%:1,5-8,1). Na valorização desses achados deve ser considerado o viés da causalidade reversa, uma vez que o motivo para a ausência e os acidentes no trabalho pode ser justamente a presença de transtornos psíquicos. Diante dessas especulações percebe-se a necessidade de estudos adicionais.

Constataram-se associações estatisticamente significativas nas variáveis tipos de violência, ausências superiores a dois meses, satisfação com o local de trabalho, anos de experiência no setor saúde e número de filhos. De todos os achados, destaca-se a exposição a diferentes tipos de violência como fator de elevado risco para os Transtornos Psíquicos Menores, reforçando a implicação da violência sobre a saúde mental dos trabalhadores.

5.3.3.2 Síndrome de *Burnout*

As avaliações de incompetência e a tentativa de evitar o contato com os pacientes são comportamentos observados em estudos da violência no trabalho em saúde⁽¹³⁵⁾. Além desses, neste estudo foram identificados impulsos agressivos e sentimentos de rejeição voltados às relações interpessoais no trabalho, os quais são apontados pela literatura como sintomas da Síndrome de *Burnout*⁽¹⁰⁷⁾.

Assim, as entrevistas confirmaram o quadro típico do *Burnout*, ao passo que o MBI constatou a Síndrome em 6,7% da amostra. Essa prevalência se aproximou à encontrada em

outro estudo brasileiro com profissionais da equipe de saúde⁽¹⁴²⁾, mas esteve abaixo dos resultados do mesmo público em outra região brasileira⁽⁴⁰⁾.

A Síndrome de *Burnout* foi avaliada mediante instrumento que apresentou consistência interna de 0,683. Nas subescalas (dimensões do *Burnout*), os coeficientes de *cronbach* tiveram desempenho mais satisfatório para Exaustão Emocional ($\alpha=0,870$) e Realização Profissional ($\alpha=0,765$) e, razoável para Despersonalização ($\alpha=0,688$). Essas diferenças na consistência interna das subescalas têm sido apontadas na literatura, sendo a Despersonalização tradicionalmente avaliada com menor coeficiente do que as demais dimensões^(31,35,143).

Tabela 15 – Distribuição das médias e níveis das dimensões do *Burnout*, bem como da Síndrome de *Burnout*, segundo a exposição dos trabalhadores à violência e ao número de tipos. Porto Alegre/RS. 2011

Variáveis	Total (n = 269)	Violência		p	Nº de tipos de violência (n = 269)	p
		Sim (n = 170)	Não (n = 99)			
Síndrome de <i>Burnout</i> ^{*†}				0,411		0,196 [¶]
Sim	18 (6,7)	13 (7,6)	5 (5,1)		1 (0-2)	
Não	251 (93,3)	157 (92,4)	94 (94,9)		1 (0-2)	
Dimensões <i>Burnout</i> ^{*‡§}						
Exaustão emocional	28,2 ($\pm 11,6$)	30,3 ($\pm 11,2$)	24,5 ($\pm 11,6$)	<0,001 ^{**}	0,322	<0,001 ^{††}
Realização profissional	47,2 ($\pm 7,1$)	46,7 ($\pm 6,8$)	48,1 ($\pm 7,5$)	0,099 ^{**}	-0,150	0,014 ^{††}
Despersonalização	10,6 ($\pm 5,8$)	11,3 ($\pm 6,2$)	9,2 ($\pm 4,8$)	0,002 ^{**}	0,164	0,007 ^{††}
Níveis de <i>Burnout</i> ^{*†}						
Exaustão Emocional				<0,001		<0,001 ^{††}
Baixo	68 (25,3)	32 (18,8)	36 (36,4)		0 (0-1)	
Moderado	133 (49,4)	84 (49,4)	49 (49,5)		1 (0-2)	
Alto	68 (25,3)	54 (31,8)	14 (14,1)		1 (1-2)	
Realização Profissional				0,017		0,011 ^{††}
Baixo	73 (27,1)	54 (31,8)	19 (19,2)		1 (0-2)	
Moderado	122 (45,4)	78 (45,9)	44 (44,4)		1 (0-1,3)	
Alto	74 (27,5)	38 (22,4)	36 (36,4)		1 (0-1)	
Despersonalização				0,014		0,053 ^{††}
Baixo	78 (29,0)	46 (27,1)	32 (32,3)		1 (0-2)	
Moderado	123 (45,7)	71 (41,8)	52 (52,5)		1 (0-2)	
Alto	68 (25,3)	53 (31,2)	15 (15,2)		1 (1-2)	

*n (%); †Mediana (intervalos interquartílicos); ‡Média (\pm Desvio Padrão); §Coeficiente de Correlação; ||Qui-quadrado; ¶Mann-Witney. **t de Student; ††Spearman; †††Kruskal-Wallis.

Nota-se na distribuição dos dados que a maioria dos trabalhadores que convivem com a Síndrome de *Burnout* encontra-se no grupo exposto à violência. Embora não se tenha diferenças estatisticamente significativas para essa distribuição, assim como para o aumento dos tipos de violência, cabe considerar a possibilidade de um maior número de casos

comprovarem a associação, uma vez que para as dimensões do *Burnout* isso foi estatisticamente evidenciado.

As médias da Exaustão Emocional foram estatisticamente maiores no grupo de trabalhadores vítimas da violência no trabalho ($p < 0,001$) e correlacionaram-se positivamente ao aumento da exposição a diferentes tipos de violência sofrida no trabalho ($p < 0,001$). Dessa maneira, pode-se dizer que a Exaustão Emocional, caracterizada pela substituição do entusiasmo pelo esgotamento, irritabilidade e mau humor⁽¹⁰⁷⁾, está associada à violência e ao número de diferentes tipos de violência a que o trabalhador é exposto no hospital.

As médias da Realização Profissional foram inferiores no grupo que sofreu violência no último ano e, apesar de não haver associação estatística, essa correlação se fez evidente, e de forma inversa, ao aumento da exposição a diferentes tipos de violência ($p < 0,014$). Assim, a Realização Profissional, que requer a mobilização de sentimentos de interesse e empenho no trabalho⁽¹⁰⁷⁾, fica prejudicada quando o trabalhador está sob diferentes tipos de violência, o que não se constatou com a violência em si, talvez pelas resistências e apoio social que ainda restam.

Os sujeitos que foram vítimas de violência apresentaram médias significativamente maiores para a Despersonalização ($p = 0,002$), e essa dimensão ainda se correlacionou ao aumento da exposição a diferentes tipos de violência ($p = 0,007$). A Despersonalização, caracterizada por sentimentos negativos e reações de rejeição⁽¹⁰⁷⁾, mostrou-se associada à violência, tanto no que tange aos diferentes tipos, quanto na sua presença.

Os níveis das subescalas do *Burnout* têm sido comumente estudados com profissionais da saúde no Brasil, os quais têm indicado níveis moderados de Exaustão Emocional, Realização Profissional e Despersonalização⁽¹⁴³⁻¹⁴⁴⁾, ou níveis baixos e moderados^(142, 145-146). A amostra do presente estudo também obteve predomínio de níveis moderados, mas as vítimas da violência apresentaram maiores prevalências nos níveis altos de Exaustão Emocional ($p < 0,001$), baixos níveis de Realização Profissional ($p = 0,017$) e altos níveis de Despersonalização ($p = 0,014$), se comparados ao grupo de trabalhadores não exposto à violência.

Estudo realizado em 10 países europeus apontou resultados semelhantes para amostra de 39.894 trabalhadores de enfermagem, sinalizando que frequências altas e médias de violência no trabalho se associaram a maiores níveis do *Burnout*⁽¹¹⁾.

Além de tudo, na presente pesquisa a exposição dos trabalhadores a diferentes tipos de violência também se associou às dimensões Exaustão Emocional ($p = 0,001$) e Realização Profissional ($p = 0,011$). Na Despersonalização essa diferença foi limítrofe ($p = 0,053$).

Com base nos resultados apresentados, cada dimensão do *Burnout* foi submetida à regressão linear múltipla. Foram incluídas nessa análise as variáveis independentes que se associaram às dimensões do *Burnout*, conforme Tabelas B, C e D em apêndice (APÊNDICES D, E, e F). A Tabela 16 apresenta a análise realizada com a dimensão Exaustão Emocional.

Tabela 16 - Modelo de Regressão Linear Múltipla para a Dimensão Exaustão Emocional. Porto Alegre/RS, 2011

Variáveis	<i>B</i>	<i>p</i>	<i>r</i> ²
Cor branca	-2,574	0,081	0,306
Nº de filhos	-0,961	0,055	
Avaliação dos relacionamentos interpessoais	-1,513	0,084	
Satisfação com local de trabalho	-5,502	<0,001	
Reconhecimento no trabalho	-5,432	<0,001	
Preocupação com a violência	0,924	0,048	
Quantos tipos de violência	2,019	0,003	

Legenda: *B* – coeficiente angular de regressão; *r*² – coeficiente de determinação.

Com base nas variáveis que compõem o modelo, verifica-se que a satisfação com o local de trabalho e o reconhecimento são as variáveis de maior influência (inversa) sobre a Exaustão Emocional, ambas com mais de cinco pontos na diferença entre as médias e $p < 0,001$. A preocupação com a violência ($p = 0,048$) e a exposição aumentada aos diferentes tipos de violência ($p = 0,003$) também se mostraram significativamente correlacionadas à dimensão em questão. Sobre essas, constata-se que a cada acréscimo no tipo de violência que o trabalhador sofre, aumentam em dois pontos as médias da Exaustão Emocional. As variáveis relacionadas na Tabela 16 explicam o desfecho em 30,6%.

Nessa direção, estudo realizado com profissionais de enfermagem, utilizando a mesma modalidade de análise de regressão, mostrou que a ausência de coleguismo, a sobrecarga de trabalho e o conflito de valores e práticas organizacionais são fatores explicativos da dimensão Exaustão Emocional do *Burnout* ⁽¹⁴⁶⁾. São variáveis diferentes as deste estudo, mas também revelam a interferência da percepção dos trabalhadores sobre as relações e condições de trabalho sobre a exaustão emocional.

Tabela 17 - Modelo de Regressão Linear Múltipla para a Dimensão Realização Profissional. Porto Alegre/RS. 2011

Variáveis	<i>B</i>	<i>p</i>	<i>r</i> ²
Idade	0,124	0,028	0,157
Nº de filhos	0,763	0,029	
Categoria profissional			
Auxiliar/técnico de enfermagem	1,805	0,193	
Enfermeiro	1,154	0,512	
Médico	2,901	0,043	
Outros			
Horas de sono	-0,598	0,056	
Avaliação dos relacionamentos no trabalho	1,137	0,053	
Reconhecimento no trabalho	3,388	<0,001	

Legenda: *B* – coeficiente angular de regressão; *r*² – coeficiente de determinação

O reconhecimento no trabalho foi a categoria de maior influência sobre a Realização Profissional ($p < 0,001$), seguida da atuação na categoria médica ($p = 0,043$). Foram também significativas as variáveis idade ($p = 0,028$) e número de filhos ($p = 0,029$). O aumento das horas de sono apresentou-se inversamente relacionado ao aumento nos escores de Realização Profissional, embora com nível limítrofe de significância ($p = 0,056$), assim como o aumento nos escores da avaliação dos relacionamentos interpessoais no trabalho também apresentou correlação limítrofe ($p = 0,053$). Esse modelo foi explicativo da Realização Profissional em 15,7%.

Desses achados, destaca-se a influência das variáveis reconhecimento e avaliação dos relacionamentos interpessoais sobre a Realização Profissional. Esse dado se aproxima aos resultados de outro estudo, cuja regressão encontrou a ausência de coleguismo como fator influente sobre essa dimensão do *Burnout*. A sobrecarga de trabalho também desempenhou papel importante na explicação da Realização Profissional segundo análise do estudo referido⁽¹⁴⁶⁾.

Embora haja correlação entre a exposição dos trabalhadores aos diferentes tipos de violência e os escores da Realização Profissional, conforme tabela em apêndice (APÊNDICE E), essa variável não permaneceu no modelo final.

Tabela 18 - Modelo de Regressão Linear Múltipla para a Dimensão Despersonalização. Porto Alegre/RS. 2011

Variáveis	B	p	r ²
Nº de filhos	-0,684	0,012	0,122
Setor			
SAE	-1,572	0,159	
Unidade crítica	-2,909	0,003	
Unidade de Internação	-2,866	0,014	
Outro			
Trabalha em outra instituição	1,574	0,025	
Reconhecimento no trabalho	-2,054	0,003	
Quantos tipos de violência	0,930	0,010	

Legenda: B – coeficiente angular de regressão; r² – coeficiente de determinação

As variáveis mais influentes sobre a Despersonalização são o reconhecimento no trabalho (p=0,003) e o setor unidade crítica (p=0,003), as quais se mostram inversamente relacionadas, por isso representam aspectos protetivos da Despersonalização. Também foram variáveis correlacionadas a essa dimensão o número de filhos (p=0,012), setor unidade de internação (p=0,014), trabalhar em outra instituição (p=0,025) e quantos tipos de violência (p=0,003). Esse modelo explica em 12,2% a Despersonalização.

Em face aos achados que buscam explicar as dimensões Exaustão Emocional, Realização Profissional e Despersonalização, deve-se colocar em evidência que o *Burnout* se torna característico pela “perda da perspectiva de concretizar algo que tinha se configurado como missão” (107:525). Com base nessa compreensão, confrontada aos dados apresentados na análise de regressão, é possível dizer que a manutenção da perspectiva do trabalhador no contexto do estudo encontra-se apoiada: em metas familiares, sendo os filhos possíveis “projetos maiores” a serem concretizados pelo esforço do trabalho, além de servirem como fontes de equilíbrio para as emoções despertadas no labor; nos recursos do ambiente de trabalho; e, principalmente nos prazeres do trabalho, como a satisfação, a qualidade dos relacionamentos interpessoais e o reconhecimento.

O reconhecimento foi a variável mais influente do *Burnout*, cuja constatação se fez pelas três dimensões. Reitera-se, portanto, a importância do reconhecimento no trabalho como fator de proteção para a Exaustão Emocional e a Despersonalização, bem como propulsor da Realização Profissional.

Mediante as análises, ainda se ressalta a exposição a diferentes tipos de violência como variável associada à Exaustão Emocional e à Despersonalização. Sobre isso, é muito sugestivo que diferentes tipos de violência tenham diferentes perpetradores, o que faria

desta uma condição mais danosa, já que dificulta a compensação do prazer e do reconhecimento por uma via secundária. Fala-se aqui das relações com os pacientes e familiares (que podem ser fonte de interações saudáveis e recompensadoras, gerando satisfação pela via intersubjetiva do reconhecimento) e das chefias e colegas (que podem representar fonte de apoio e cooperação para os impasses do trabalho).

Diante das inferências feitas, questionou-se a relação estabelecida entre o reconhecimento no trabalho e a repercussão da violência sobre a saúde mental dos trabalhadores. Assim, a discussão a seguir busca responder aos seguintes questionamentos: O reconhecimento se associa à violência? Por que alguns trabalhadores sofrem violência e não apresentam agravos? Poderia o reconhecimento ter interferência na relação da violência com os agravos psíquicos mensurados?

Após desenvolver as respostas a esses questionamentos, o tópico seguinte tem a pretensão de apresentar medidas necessárias à promoção da saúde e proteção à violência, com base nos apontamentos feitos pelos participantes do estudo.

5.4 DISPOSITIVOS PROMOTORES DA SAÚDE E PROTETORES DA VIOLÊNCIA NO TRABALHO

Os dados encontrados permitem apontar duas modalidades que podem servir como dispositivos de proteção sobre a violência e suas repercussões, bem como da promoção da saúde no trabalho. A primeira modalidade refere-se a um dispositivo intersubjetivo a ser compreendido quando se fala em saúde no trabalho: (1) a psicodinâmica do reconhecimento; e a segunda se relaciona a medidas objetivas e operacionais necessárias ao controle e prevenção da violência no trabalho: (2) medidas para a promoção de um ambiente saudável e seguro no pronto socorro.

5.4.1 Reconhecimento do trabalho: entre a identidade e o adoecimento

Para a psicodinâmica do trabalho, as estratégias de enfrentamento são mobilizações que permitem subverter o sofrimento originado pela organização do labor, mas somente por

meio do reconhecimento é que o adoecimento pode ser evitado. O reconhecimento do trabalho possibilita a transformação do sofrimento em prazer, pois dá sentido ao mesmo pela via da constituição da identidade^(26,80,126).

A relação entre a identidade e o trabalho sofre a mediação do reconhecimento daqueles que usufruem e compartilham do esforço que o indivíduo despende no processo de produção. O reconhecimento pela contribuição do trabalhador à organização do trabalho é, antes de tudo, uma retribuição simbólica às expectativas subjetivas e à realização de si mesmo. Dessa maneira, as vivências de prazer no trabalho decorrem da gratificação obtida pela satisfação dos desejos e necessidades dos indivíduos, e isso constitui a sua identidade na medida em que ocorre a realização pessoal no campo social^(26,80,147).

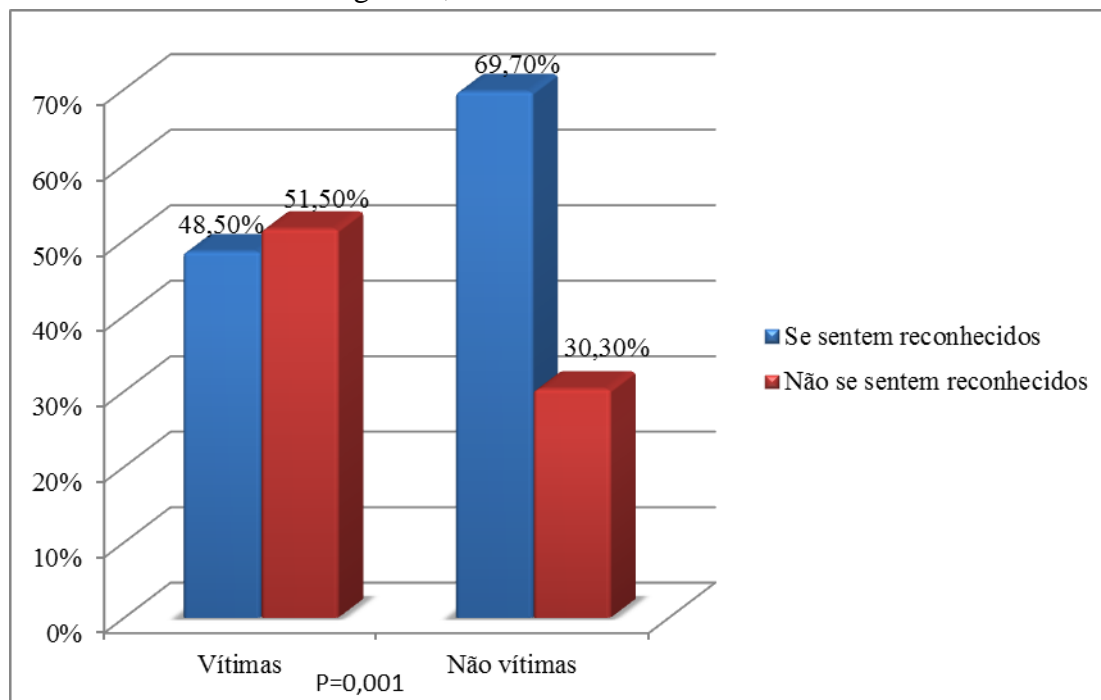
Assim, a construção da identidade é sempre uma vitória sobre a alienação e, se há prazer no trabalho, este só pode advir do ganho obtido no registro da identidade e da realização de si mesmo. Sem reconhecimento não pode haver sentido, nem prazer, nem reapropriação em relação à alienação, restando apenas sofrimento patogênico, estratégias de defensivas e desmobilização⁽²⁶⁾.

Compreendendo a importância do reconhecimento para a constituição do sujeito trabalhador e de sua saúde, a presente pesquisa questionou os trabalhadores do hospital em estudo sobre o reconhecimento que obtinham do trabalho. Embora os efeitos do reconhecimento pertençam ao nível subjetivo, a percepção dos trabalhadores permitiu revelar elementos constituintes do processo de julgamento e valoração dos trabalhadores.

Ao serem questionados sobre o reconhecimento no trabalho, 56,3% dos trabalhadores afirmaram se sentirem reconhecidos, ao passo que 43,7% negaram obtê-lo. Em estudo anterior, cujo foco estava apenas nos setores de atendimento externo (urgências e emergências), viu-se no sentido o trabalho o principal alicerce para a saúde dos trabalhadores⁽¹⁴⁸⁾. Outros estudos realizados no setor de saúde também apontaram os benefícios da gratificação moral do fazer em saúde como sustentos aos entraves da organização do trabalho hospitalar^(87-88,149-150).

Contudo, na presente pesquisa, interessou saber se haveria interferência da violência sobre a percepção do reconhecimento. O Gráfico 4 apresenta a distribuição das vítimas e não vítimas da violência no trabalho segundo a percepção do reconhecimento.

Gráfico 4 – Reconhecimento no trabalho segundo o percentual de trabalhadores vítimas e não vítimas da violência. Porto Alegre/RS, 2011



A análise dos dados demonstra diferença significativa entre os indivíduos que sofreram violência no trabalho e a avaliação do reconhecimento ($p=0,001$). A associação das variáveis reconhecimento e violência permite pressupor a implicação da violência sobre o reconhecimento do trabalhador. Outros autores mencionam o não reconhecimento como resultante da violência no trabalho⁽¹⁵⁾ e reforçam a concepção da violência como não reconhecimento do outro por via da anulação⁽¹⁵¹⁾.

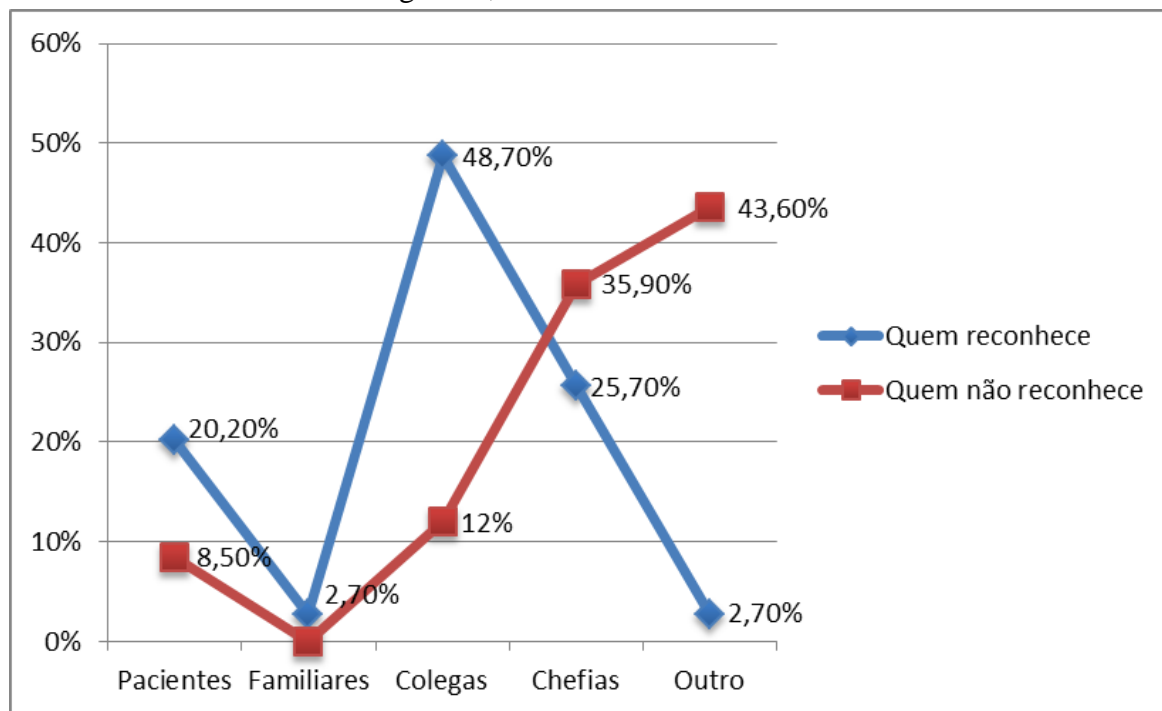
Nesse sentido, a vivência da violência causa danos ao trabalhador porque passa, antes de tudo, pela subjetivação da ausência de algo: o reconhecimento do outro sobre o seu existir. Assim, o reconhecimento passa por julgamentos que versam sobre a qualidade do trabalho, a invenção sobre os modos de fazer e a importância da função e da ação^(26,84,147).

Dessa maneira, a psicodinâmica do reconhecimento passa pelo julgamento de utilidade (originado dos superiores hierárquicos e dos consumidores da produção) e pelo julgamento de beleza/estética (vindo dos pares, que o valoram conforme o pertencimento e a originalidade das ações). Norteadas por esses julgamentos, a identidade se constitui, pois os julgamentos do outro possibilitam agregar o valor de si no trabalho e, com isso, no campo social^(80,84,147).

Sabe-se, portanto, que essa construção se faz no âmbito intersubjetivo, mas que se materializa na percepção dos trabalhadores. Essa percepção foi acessada inquirindo aos participantes por quem se sentiam e por quem não se sentiam reconhecidos no trabalho. O

Gráfico 5 ilustra a percepção dos trabalhadores sobre o reconhecimento dos pacientes, familiares, colegas, chefias e “outro” sobre o seu trabalho.

Gráfico 5 – Percepção do reconhecimento no trabalho segundo a frequência dos atores sociais do trabalho em saúde. Porto Alegre/RS, 2011



Nota: Foi considerada válida a primeira resposta do sujeito.

A variação das linhas permite constatar que os pacientes estiveram mais ligados à afirmação do reconhecimento (20,2%) do que à sua falta (8,5%), enquanto que os familiares foram raras vezes lembrados quando se falou de reconhecimento no trabalho (2,7%) e nenhum trabalhador referiu a sua falta. Os familiares também não foram mencionados pelos participantes das entrevistas como fontes significativas do reconhecimento, ao passo que o benefício trazido pelo reconhecimento dos pacientes sobre o trabalho desenvolvido pelos profissionais no pronto socorro foi relatado, como pode ser visto nos fragmentos a seguir dispostos:

[...] os pacientes reconhecem bastante. Agora mesmo, eu tava terminando um curativo e ele comentou: “Como eu tô melhor!” Me agradecendo e [perguntando:] “O que tu tem colocado aí que tá resolvendo?”. Então os pacientes reconhecem bastante. (E3)

A partir do momento que tu vê aquele paciente que tu atendeu, aquela criaturinha que chegou aqui totalmente dependente de ti daqui a pouco sai te agradecendo pelo que tu fez [...] Essas coisas eu acho que são fonte de reconhecimento, e que para mim adianta muito e, bah, me eleva! (E8)

Eu acho que a gente poderia ter um incentivo melhor, moral, tu entende? Por parte da chefia, tudo é por parte da chefia, porque o paciente... ele se derrete todo por ti! Quando ele sai bem, ele gosta porque tu tratou bem ele, ele sabe reconhecer isso, por mais simples que seja o paciente. (E6)

Assim, os trabalhadores mencionam que a utilidade da sua atuação em benefício da melhoria dos quadros clínicos tende a ser reconhecida pelos pacientes do pronto socorro. O último trecho ainda revela que quem “não sabe reconhecer” é a chefia.

Essa constatação é reforçada pelos dados do Gráfico 5, uma vez que as chefias, junto com os “outros” foram os maiores precursores da falta de reconhecimento (35,9% e 43,6% respectivamente). Cabe esclarecer que os “outros” incluem os dirigentes do setor de saúde, bem como a sociedade em geral, os quais foram apontados espontaneamente pelos trabalhadores, confirmando constatações já mencionadas acerca do abandono sentido pelos profissionais no que tange à conjuntura atual dos serviços públicos de saúde. As falas seguintes demonstram como esse sentimento é percebido pelos trabalhadores.

O prefeito nem sabe que eu existo, a gerência do hospital menos ainda, sou só um número, e para as chefias também a gente é só: “Como é que fica a escala?” [...] não tem reconhecimento, se eu disser que tem, é mentira. (E10)

[O reconhecimento] nunca foi demonstrado de forma nenhuma, nem pela chefia, nem pela instituição... isso nunca acontece. Esse reconhecimento é uma coisa que eu acho que, de modo geral, não existe aqui na instituição. (E20)

Desse modo, quando o trabalhador não sente que a sua contribuição seja considerada útil e indispensável ao andamento do trabalho, experimenta o desprestígio sobre a sua identidade^(26,147). O trecho a seguir ainda trata da falta de reconhecimento que se instala diante do empenho despendido pelo trabalhador frente às exigências laborais impróprias à qualidade desejada.

[...] ultimamente a gente tem sofrido bastante com essa função de falta de funcionário. Daí tá havendo uma exigência, que eu acho que não deveria, porque a gente não faz porque não quer, a gente tá sobrecarregada. [...] domingo nós estávamos em dois para cuidar de 30 pacientes [...] pelo menos poderiam diminuir a cobrança. (E14)

É possível conferir na fala a injustiça que se instala diante do trabalho impossível. Ao invés de compartilharem esforços coletivos, a solidariedade é substituída pela degradação progressiva das relações humanas no trabalho. Dessa maneira, a precarização das interações repercute na destituição da ética e do respeito à dignidade como acordo do coletivo⁽¹⁰⁷⁾.

A fala citada retrata o constrangimento vivido pelo profissional pressionado a trabalhar mal, associado à cobrança pelo desempenho impossível. Essa condição repercute na falta de reconhecimento sobre o esforço despendido para dar conta das exigências incompatíveis com o trabalho real.

Ainda sobre o “outro” como fonte escassa de reconhecimento, cabe salientar que esse dado reforça constatações anteriormente apresentadas a respeito da sensação de abandono que originou revolta nos trabalhadores. Essa dimensão do reconhecimento é resultante das condições oportunizadas para o cumprimento das atividades, uma vez que não sendo atendidas as necessidades mínimas para a execução de um trabalho qualificado, o trabalhador tem suas capacidades subjugadas, ferindo assim a sua identidade.

A recompensa moral pela responsabilidade da prestação de assistência à saúde é, *a priori*, inerente ao propósito destas profissões da saúde, contudo o ganho moral é ferido quando o trabalhador é privado de cumprir com êxito o exercício do trabalho. Mediante condições precárias de trabalho, a inteligência e a cooperação são freadas, o senso crítico do trabalhador é atingido, ao mesmo tempo em que o julgamento dos pacientes, dos pares e dos superiores também pode vir a refletir desvalia.

Em estudo anterior, o orgulho expresso ao descrever as atividades laborais de trabalhadores de enfermagem foi identificado como fator determinante no sentido do trabalho⁽¹⁴⁸⁾. Neste estudo, o orgulho também foi mencionado, mesmo que de forma menos convincente, se comparado à pesquisa anterior:

Eu sempre digo, eu tenho orgulho de dizer que eu sou a frente do pronto socorro, porque quem trabalha sou eu. (E2)

Esse é um hospital diferenciado, tu te depara com pacientes com situações que tu acha que tu nunca vai ver na vida, aquelas coisas assim que tu menos espera, nesse hospital acontece. O grupo de pessoas que trabalha aqui são pessoas selecionadas, são pessoas bem preparadas. (E6)

Contudo, o que parece servir como fonte de equilíbrio às imposições danosas é a reciprocidade entre colegas, como se percebe na referência a esses agentes como fontes de reconhecimento no trabalho (48,7%). As entrevistas complementam essa constatação, como pode ser visto a seguir:

Entre colegas, um elogia o trabalho do outro: “Ficou bonito o teu paciente! Essa cama está bonita!”. Então a gente se elogia uns aos outros e isso é muito bom. (E17)

Eu gosto do que eu faço e esse atendimento que eu dou aos pacientes eu gosto, e isso é muito bom. E também tem colegas muito bons, o corpo funcional é bom, a gente consegue interagir, sabe? Tem um vínculo de amizade. (E19)

Quando a contribuição singular sobre o trabalho é reconhecida pelos pares, o trabalhador experimenta a valorização da estética implicada pelo seu desempenho laboral⁽²⁶⁾. Por isso se torna importante, como visto nas palavras de E17, que o “detalhe” seja enxergado e, dessa maneira, seja valorizada a contribuição singular do sujeito em meio ao coletivo.

Ainda é necessário mencionar que o julgamento de beleza/estética esperado dos pares passa pela avaliação da conformidade das ações do trabalhador sobre as “regras de ofício”. Esse julgamento confere pertencimento à equipe, ao grupo de trabalho e, associado ao julgamento de utilidade, compõe a psicodinâmica do reconhecimento⁽⁸⁴⁾.

Para aprofundar os resultados acerca do papel do reconhecimento na saúde mental dos trabalhadores, os dados da Tabela 19 demonstram que, na presença da violência, o reconhecimento no trabalho pode ser um fator que impede a instalação dos agravos psíquicos, especialmente quando se trata da Síndrome de *Burnout*.

Tabela 19 – Distribuição dos Transtornos Psíquicos Menores e da Síndrome de *Burnout* para as vítimas da violência no trabalho, segundo a presença ou ausência do reconhecimento. Porto Alegre/RS, 2011

Variáveis	Reconhecimento		P
	Sim (n = 82)	Não (n = 87)	
TPM*			0,205 [§]
Sim	15 (18,3)	23 (26,4)	
Não	67 (81,7)	64 (73,6)	
Escores TPM[†]	2 (1-5)	4 (2-7)	0,001
Médias das Dimensões <i>Burnout</i>[‡]			
Exaustão emocional	25,6 (\pm 9,2)	34,7 (\pm 11,2)	<0,001 [¶]
Realização profissional	48,4 (\pm 5,9)	45,0 (\pm 7,2)	0,001 [¶]
Depersonalização	9,6 (\pm 4,5)	12,9 (\pm 7,1)	<0,001 [¶]
Síndrome de <i>Burnout</i>[*]			0,002 [§]
Sim	1 (1,2)	12 (13,8)	
Não	81 (98,8)	75 (86,2)	
Níveis das Dimensões do <i>Burnout</i>[*]			
Exaustão Emocional			<0,001 [§]
Baixo	24 (29,3)	8 (9,2)	
Moderado	46 (56,1)	37 (42,5)	
Alto	12 (14,6)	42 (48,3)	
Realização Profissional			0,001 [§]
Baixo	15 (18,3)	39 (44,8)	
Moderado	45 (54,9)	32 (36,8)	
Alto	22 (26,8)	16 (18,4)	
Despersonalização			0,023 [§]
Baixo	28 (34,1)	18 (20,7)	
Moderado	36 (43,9)	34 (39,1)	
Alto	18 (22,0)	35 (40,2)	

* n (%); [†] Mediana (intervalos interquartílicos); [‡] Média (\pm Desvio Padrão); [§] Qui-quadrado; ^{||} Mann-Witney; [¶] t de Student.

Legenda: TPM – Transtornos Psíquicos Menores

Nota: consideradas válidas 169 respostas dentre as 170 vítimas da violência.

Vê-se na tabela que, dentre os trabalhadores que sofreram violência no trabalho, a maior parcela de portadores de Transtornos Psíquicos Menores apresentou respostas negativas para o reconhecimento. Apesar de não ser estatisticamente comprovada essa diferença de proporções, as medianas dos escores foram significativamente maiores no grupo que negou sentir-se reconhecido (p=0,001).

Constatou-se a alta prevalência da Síndrome de *Burnout* nos trabalhadores que não se sentiam reconhecidos no trabalho (p=0,002) e, do mesmo modo, os escores da Exaustão Emocional e da Despersonalização foram estatisticamente maiores para as vítimas que não se sentiam reconhecidas (p<0,001 nas duas dimensões). Ao encontro do que isso significa, o grupo de trabalhadores que se sentiu reconhecido teve escores significativamente mais elevados para a Realização Profissional (p=0,001).

A análise dos níveis de *Burnout* dentre as vítimas da violência mostrou que o reconhecimento também se associou à baixa Exaustão Emocional ($p < 0,001$) e à alta Realização Profissional ($p = 0,001$), enquanto que o não reconhecimento se associou estatisticamente à alta Despersonalização ($p = 0,023$).

Assim, pode-se inferir que o reconhecimento encontra-se fortemente atrelado à relação saúde-trabalho quando se fala de vítimas da violência. Ou seja, não obter reconhecimento dos pacientes, familiares, colegas, chefias, instituição e sociedade significa não suportar a força destrutiva da violência e denota, portanto, a instalação da doença psíquica, com especial expressão na Síndrome de *Burnout*.

A questão que aqui se defende também se fortaleceu pela identificação de diferenças nos depoimentos dos trabalhadores com e sem agravos psíquicos. No discurso dos sujeitos que conviviam com algum, ou ambos, dos agravos mensurados, falar de reconhecimento levou a denúncias sobre as injustiças sofridas, sem dar destaque aos laços sociais ou outra fonte de reconhecimento. No entanto, os trabalhadores que sofreram violência, mas não tiveram o desfecho, trouxeram à tona situações geradoras de prazer no trabalho para explicar o que sentiam sobre reconhecimento.

Ainda é possível complementar esse dado com a identificação de outra diferença entre os participantes que apresentaram e não apresentaram os agravos mensurados. Na utilização das estratégias de enfrentamento, predominou dentre os trabalhadores que conviviam com o(s) agravo(s) o uso de estratégias individuais, ao passo que os trabalhadores que não apresentaram o desfecho lançaram mão, predominantemente, de estratégias coletivas de enfrentamento. Esse dado corrobora resultados de estudo voltado aos trabalhadores da atenção básica de saúde, cujo esgotamento profissional, indicado pelas dimensões do *Burnout*, revelou a utilização de defesas individuais diante dos impasses laborais⁽¹⁵²⁾.

Frente a esse resultado, torna-se importante referir que a doença se manifesta quando o trabalhador já se encontra vulnerável ao sofrimento solitário e desprotegido da benfeitoria das ideias coletivas no âmbito laboral^(5,107). Dessa forma, as estratégias coletivas de defesa são consideradas mais eficazes para preservar a saúde mental do que as estratégias individuais, mas deve-se salientar que nenhum tipo de defesa liberta o trabalhador da realidade insana, apenas o anestesia para tal^(28,153).

A instalação da doença também revelou trabalhadores menos acreditados da possibilidade de interferir sobre a atual conjuntura do seu trabalho. Desses sujeitos se obtiveram respostas breves ou inexistentes para o questionamento de como lidavam com a

violência no trabalho, revelando uma tolerância “natural” às circunstâncias e a ausência de recursos conscientes de proteção.

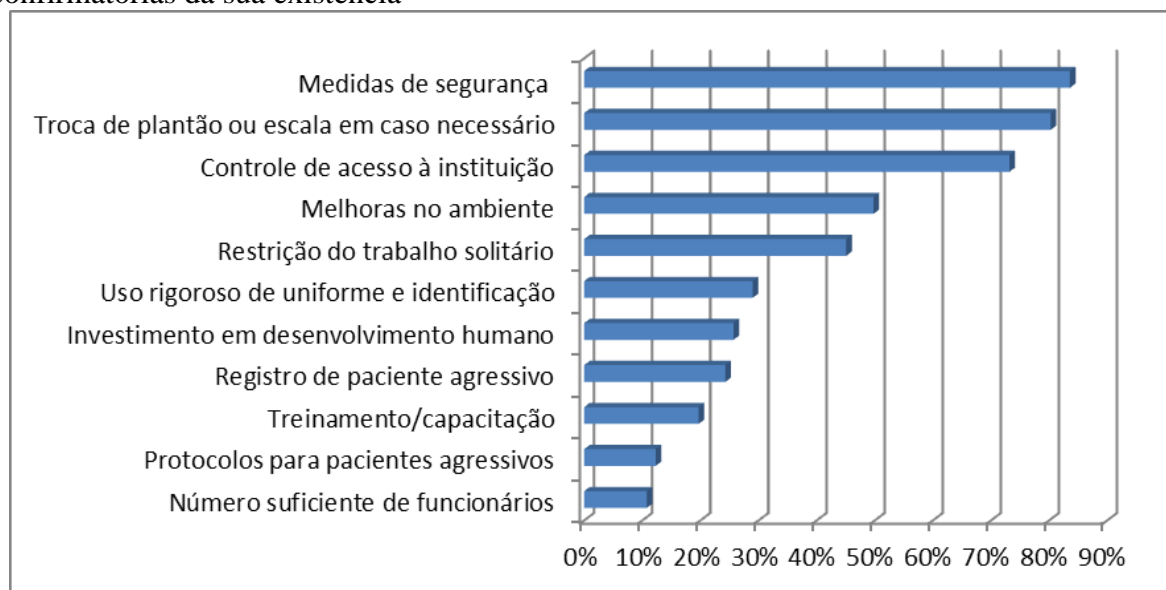
Sobre os aspectos observados acerca dos sujeitos que convivem com agravos à saúde mental, reitera-se os efeitos do reconhecimento no trabalho como quesitos necessários para o afastamento da alienação e da desmotivação sobre a transformação da realidade. Quando o profissional não é beneficiado pela via do reconhecimento a sua identidade é questionada, uma vez que a utilidade da sua atuação e a contribuição original do esforço são postas em risco. Sem reconhecimento pelo outro o trabalho passa a ser desprovido de significado, de sentido, e a identidade pode se desestabilizar, ocorrendo a alienação, a perda da “força de vontade” e por fim a patologia [grifos do autor]⁽⁸⁴⁾.

Apesar de não haver pesquisas semelhantes quanto à tentativa de associar variáveis como as utilizadas neste estudo, pesquisadores do campo da saúde têm percebido o reconhecimento e a satisfação no trabalho como potencializadores da saúde dos trabalhadores⁽¹³⁷⁾. Além de identificar esse potencial, deve-se refletir sobre as possibilidades de estabelecer a sua presença no campo do estudo.

5.4.2 Medidas de segurança e espaços de negociação: imperativos da mudança no hospital que pede socorro

Aos trabalhadores do pronto socorro foi questionada a existência de medidas para prevenir ou tratar a violência no trabalho e a frequência de respostas afirmativas encontra-se descrita a seguir.

Gráfico 6 – Medidas para lidar com a violência no trabalho segundo a frequência de respostas confirmatórias da sua existência



Nota: Medidas de segurança se referem a recursos técnicos como guardas e alarmes. Restrição do trabalho solitário se refere à prevenção da exposição aumentada à violência quando o trabalhador permanece sozinho no setor de trabalho.

Viu-se que a maioria dos profissionais (83,6%) disse que medidas de segurança são existentes, corroborando a percepção de profissionais de outros serviços brasileiros acerca das mesmas medidas⁽¹⁷⁾. Apesar de a amostra oferecer respostas que afirmaram a presença de medidas de segurança, bem como o controle de acesso à instituição (73,2%), essa avaliação não se apresentou da mesma forma ao se dar voz às vítimas da violência no trabalho. Alguns trabalhadores relataram a necessidade de mais eficácia na segurança, como revelam os fragmentos abaixo:

Eu acho que precisa realmente ter um policiamento, porque nesses casos [de paciente agressivo] a gente tem que apelar para eles, porque até se conseguir um acesso venoso, para se administrar as medicações, fazer contenção mecânica, né, precisa, às vezes, de um serviço dos seguranças mesmo. (E5)

A nossa porta é direto com o paciente, não tem nada, não tem um corredor antes de chegar [...] Tu abre e tu já tá de cara [com os pacientes que aguardam atendimento]. Tu tá saindo para levar pacientes no exame e as pessoas já tão te abordando ali na frente da porta. Tu não consegue passar com a maca, não consegue passar com a cadeira, e eles [porteiros] não dão conta do recado de conseguir manter uma certa ordem, entendeu? Não tem isso. Já teve situações de eles [pacientes] quererem invadir a sala, eu disse: Meu Deus do céu! [...]. Tem que gritar. Teve uma situação também em que eu tava fazendo plantão aqui de madrugada, entrou um carro aqui a uns oitenta por hora e começou uma confusão. [...] Tu fica exposta, não tem estrutura, a gente não tem uma segurança efetiva. (E13)

As falas descrevem a necessidade de profissionais habilitados para a proteção da equipe de saúde, que fica exposta a agressões e ameaças do público. As origens dessa

exposição já foram discutidas e cabe aqui reforçar a necessidade de se preverem investimentos para evitar essas situações.

O mesmo apontamento foi feito por profissionais, gestores e usuários de serviços da atenção básica de Belo Horizonte, os quais concordaram sobre a importância de haver vigilante ou mesmo policiamento nos serviços de saúde⁽¹⁰⁶⁾. Outra pesquisa ainda sinalizou a falta de pessoal treinado para lidar com a violência como um dos principais fatores de risco para a violência ocorrer no ambiente hospitalar⁽²²⁾.

A falta de segurança no ambiente laboral gera medo e oportuniza a práticas de crimes, como pode ser visto nos registros do diário de campo.

Profissional relata que, além de expostos à violência, ocorrem furtos na unidade. Ela conta que a chave do carro de um colega foi roubada ali e o infrator ainda foi até o estacionamento e levou o automóvel. Ela relaciona o caso aos familiares e acompanhantes que circulam sem nenhum controle (DC).

Ao falar da violência, o trabalhador menciona que enquanto operava um paciente no bloco cirúrgico suas roupas (civis) foram furtadas em sala do hospital. Seu relato mistura indignação com riso e ele diz: “Olha o nível disso aqui!”. (DC)

A médica reclama a falta de segurança no hospital, contando que certa vez deparou-se com dois assaltantes no elevador. Era plantão noturno e ela sentiu muito medo, pois disse que “poderiam ter feito com ela o que quisessem” já que não há seguranças nos corredores e tampouco câmeras de vigilância. (DC)

Os roubos também foram violências laborais descritas por outro estudo⁽²²⁾, reforçando assim que os crimes “da rua” invadem o hospital e o espaço público da saúde deixa de ser um bem comum a todos para se tornar “terra de ninguém” ou “território sem dono”. Daí emerge o apontamento de que medidas de segurança precisam ser providenciadas para que a instabilidade e o medo não ganhem ainda maiores proporções entre os trabalhadores.

Apesar das críticas ao controle excessivo historicamente atrelado às práticas hospitalares e tentativas de aprisionamento do doente no espaço do hospital, cabe aqui salientar que o caos das situações exige a adoção de recursos de vigia para diminuir a sensação de vulnerabilidade dos profissionais do pronto socorro. Além do objetivo final de zelar pela segurança dos trabalhadores, essa medida ofertaria sustento à carência por cuidados que os mesmos já revelaram, e a instalação de recursos de segurança poderia também agregar prestígios ao valor simbólico dos indivíduos no trabalho, como uma forma de reconhecimento.

A realização de melhoras no ambiente foi uma medida dita existente por 49,8% da amostra, o que não deixou de ser denunciado pelos participantes, como pode ser visto no trecho:

O material não é adequado, por exemplo, essas macas aí, que tu faz uma força terrível, que não têm uma manutenção preventiva, que tu fica catando parafusinho ali na manutenção para arrumar. Se tivesse um material melhor, com manutenção preventiva, um ambiente mais acolhedor, entendeu? (E13)

As características do ambiente da saúde foram apontadas em outro estudo como potencial de risco para a ocorrência da violência no trabalho⁽²²⁾. Ao encontro disso, salienta-se que a oferta de recursos e condições minimamente dignas para o cumprimento das tarefas é um atributo de direito legal do trabalhador, mas também repercute em níveis morais. Privar o profissional da execução salubre das suas funções é um tipo de violência que resulta na vivência da injustiça e da repressão^(18,107) e exacerba a fúria dos trabalhadores e, como consequência, dos usuários.

Além disso, a troca de plantão ou escala em caso necessário foi relatada por 80,3% da amostra, ao passo que a restrição do trabalho solitário atingiu a frequência de 45,1% das respostas. Essas medidas, por sua vez, também permitem que se preserve a integridade do trabalhador diante das circunstâncias nas quais a violência venha a se manifestar. Nenhuma menção a essas medidas foi feita nas entrevistas e a avaliação sobre a sua importância (Gráfico 7) mostra que se trata de aspecto menos relevante no contexto do estudo.

O uso rigoroso de uniforme e identificação de todos os que circulam no ambiente foi apontada como medida existente para 29% dos sujeitos, demonstrando mais uma questão implicada na segurança dos pacientes e trabalhadores do pronto socorro. Acredita-se que esta não seja uma medida definitiva para o controle da violência no hospital, mas certamente representa uma providência importante a ser agregada às condutas de prevenção.

Apenas 24,3% da amostra afirmaram haver registros de pacientes que tiveram comportamentos agressivos anteriores, revelando déficits na comunicação de um aspecto de suma importância, pois estudos sobre a violência no trabalho em saúde revelam que os agressores, na sua maioria, são pacientes com registro prévio de agressividade⁽¹⁰⁸⁻¹⁰⁹⁾.

Registros eficazes poderiam proteger os trabalhadores dos casos reincidentes, além de servir para vigiar a incidência e fatores relacionados às ocorrências com os pacientes. Contudo, via de regra, os serviços de saúde não contam com sistema específico de registro dos casos de violência⁽¹⁷⁾.

Sobre questão semelhante, constatou-se que 12,3% dos participantes afirmaram haver protocolos para o atendimento de pacientes agressivos, mas nenhum trabalhador conseguiu descrevê-los, o que leva a entender que, caso esses protocolos de fato existam, não são de domínio dos trabalhadores. A fala disposta a seguir ainda revela uma questão complementar a esses dados:

Eu acho a parte da psiquiatria aqui no hospital muito fraca. Tem pacientes que são psiquiátricos, paciente usuários de drogas pesadas que sobem [internam] sem uma medicação. E tem pacientes que são psiquiátricos crônicos, que em casa tomam 10 tipos de medicação, aqui eles não tomam nada. Com certeza o paciente vai surtar, mas tu não precisa esperar o paciente surtar! Se ele já vier de lá [do primeiro atendimento] medicado, não tem necessidade de chegar aqui e o paciente surtar, querer te bater e tu ter que estar amarrando o paciente [...] E depois vem o psiquiatra para fazer uma avaliação no paciente que já está há 3, 4 dias aqui amarrado até os dentes, já machucou 500 pessoas, já teve que ser sedado com coisas sem necessidade. (E18)

Dessa maneira, o profissional reforça a necessidade de se determinarem condutas padronizadas para que situações como a relatada sejam evitadas. Sem a sistematização das ações a serem adotadas diante dos pacientes agressivos, as medidas tomadas ficam restritas às diferentes interpretações, bem como à “boa vontade” de cada profissional. Assim, o presente estudo aponta a necessidade de se assumirem protocolos que estejam a serviço das boas práticas tanto na segurança dos pacientes quanto dos trabalhadores.

A Organização Mundial da Saúde recomenda a padronização de procedimentos e práticas baseadas em evidências a fim de minimizar danos provocados pelos procedimentos clínicos⁽¹⁵⁴⁾. Além de evitar eventos adversos, a implementação dessa estratégia envolveria a equipe de saúde na construção e avaliação de fluxos, propiciando a tomada de consciência sobre o cotidiano que tem incluído a violência como natural, normal.

Os investimentos em desenvolvimento humano foram ditos existentes por 25,7% dos participantes, enquanto que os treinamentos e capacitações apenas por 19,7%. Assim, veem-se como deficitárias as medidas voltadas à valorização do trabalhador no pronto socorro, o que corrobora a percepção dos próprios trabalhadores sobre o seu “pouco valor”.

A prevenção e o gerenciamento da violência no trabalho é tema em evidência nas discussões de órgãos de classe dos profissionais da saúde. A associação dos enfermeiros de Ontário, Canadá, investiu no desenvolvimento de guias para boas práticas em saúde nos quais se recomendou o tratamento da violência nos níveis sistêmicos, organizacionais e pessoal. Dentre várias recomendações, chama à atenção a importância dada à educação e à pesquisa como fatores de intervenção sobre a violência no trabalho⁽¹⁵⁵⁾.

O suporte organizacional com vistas a prevenir situações de violência também foi recomendado⁽¹⁵⁵⁾ e essa medida se emprega às necessidades do hospital em estudo. Somente 10,8% dos participantes disseram que o número de funcionários é suficiente. O déficit de pessoal foi aspecto recorrente nas narrativas dos participantes, cuja consequência se apresenta na precarização das relações e da qualidade do atendimento, como já mostrado.

Essa questão já tem sido apontada em análise de setores públicos, junto aos quais a introdução da lógica administrativa que busca “vantagens com o mínimo de custos” tem levado à exploração de pessoas. Embora esta seja uma lógica característica do setor privado, trata-se de uma estratégia de gestão que invade a gestão do setor público e se expressa, por exemplo, no não preenchimento das vagas abertas pelos funcionários que deixam cargos ou funções devido ao óbito ou à aposentadoria⁽¹⁰⁷⁾. O fragmento a seguir confirma a compreensão apresentada:

Eu comecei aqui com 29 anos, estou como 51 anos hoje. Eu comecei aqui tinha mais gente para trabalhar, foi se aposentando o pessoal, gente morrendo, e a gente ficando com sobrecarga. Mais idade, mais cansaço e mais sobrecarga de trabalho, essa matemática para nós é muito ruim! (E19)

Na verdade nós trabalhávamos com um número melhor de pessoas e aí foi acontecendo as aposentadorias, várias pessoas se aposentaram, um número de seis a oito pessoas é um número considerável, e não houve reposição. (E6)

É corrido, é sofrido e ultimamente tem estado muito difícil. É muita gente se aposentando, falecendo, mas é uma questão política, não estão repondo adequadamente [...] esse hospital está muito pesado. (E10)

Dessa forma, o quantitativo de pessoal se mostrou defasado na avaliação dos participantes, e as falas atestam que o prejuízo disso é a sobrecarga de trabalho. Durante o período de coleta dos dados, ouvia-se muito sobre a ausência recorrente de alguns profissionais no horário previsto para o trabalho, cuja consequência era a revolta entre os trabalhadores que seguiam as atividades com desfalque, sendo este mais um fator desencadeante de agressão entre profissionais.

[...] quem tem que cumprir horário não cumpre e aonde eram para ter três profissionais, tem um e esse acaba ficando sobrecarregado. Daí eles despejam isso, de uma certa forma, em cima das pessoas que estão trabalhando adequadamente. (E13)

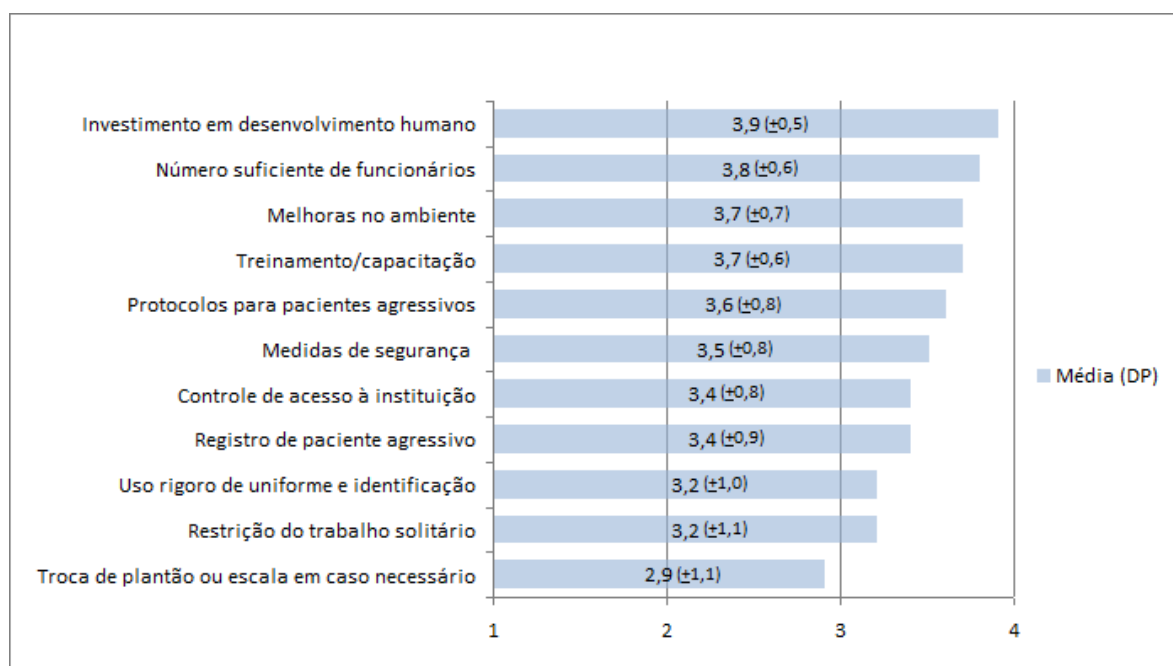
Essa questão foi tema de denúncias da mídia na época da coleta dos dados e levou à instalação do ponto digital sob a forma de controlar a saída constante de trabalhadores durante o horário do trabalho. O trecho a seguir permite transcorrer mais sobre o momento vivido:

Se existem alguns que não correspondem ao que todos esperam, não podem pegar um grupo todo e dizer: “Vocês todos não fazem nada, vocês são uns vagabundos, não cumprem o horário.”. Aí tu macula um pouco toda uma categoria e começa a haver discriminação de todas as partes! (E9)

A pressão posta por esse tema tem repercutido negativamente para os trabalhadores, embora muitos deles também tivessem exigido providências. Não se pretende aqui julgar as partes, mas vale mencionar que a conduta adotada pelo gestor municipal buscou contornar o caos da atual conjuntura pelo uso de uma medida pontual destinada, sobretudo, a responder às afrontas da mídia e à cobrança da população por melhorias no atendimento. Acredita-se que intervenções mais abrangentes poderiam refletir em melhorias mais efetivas sobre o hospital.

O Gráfico 7 complementa os achados até aqui apresentados, ilustrando escores de avaliação atribuídos pelos participantes sobre a importância de cada medida já referida.

Gráfico 7 – Médias e Desvios-padrão da avaliação atribuída pelos trabalhadores à importância das medidas para melhoria do local de trabalho.



Legenda: DP – desvio padrão

Nota: A importância da medida foi avaliada com escala de 1 a 4 pontos: (1) nada, (2) pouco, (3) moderadamente, (4) muito.

Fica explícito no gráfico que todas as medidas listadas tiveram algum grau de importância para a melhoria das condições de trabalho frente à violência. Contudo, as medidas de maior importância para os trabalhadores se referiram ao investimento no desenvolvimento humano, número suficiente de funcionários, melhorias no ambiente e treinamento/capacitação. Em estudo metodologicamente similar, o desenvolvimento de recursos humanos também foi a medida apontada como a mais necessária pelos trabalhadores da saúde que convivem com a violência nos serviços⁽¹⁷⁾.

Assim, destaca-se a urgência de investimentos voltados diretamente ao desenvolvimento intelectual e emocional dos trabalhadores, os quais expressaram por várias vias o quanto se sentiam desassistidos e desprestigiados. A aclamação por serem vistos e/ou ouvidos também se revelou nas falas dos participantes, cuja análise permite apontar dois recursos de suporte a serem adotados, diferentes e complementares: o suporte psicológico continuado às vivências cotidianas; e a realização de reuniões sistemáticas das equipes de trabalho.

As falas a seguir ilustram a primeira sugestão apontada como potencial para avanços no controle e prevenção da violência no trabalho.

Eu acredito que o profissional deste hospital, que é onde eu estou há 21 anos, deveria ter um aporte psicológico como básico, como regra, né? (E11)

[...] todas as pessoas da equipe de saúde, na verdade deveriam passar por um acompanhamento psicológico, porque nós trabalhamos com dor, nós trabalhamos com morte, com perda de pessoas, então muda um pouco a tua concepção. Não que te endureça, eu acho que jamais a gente endurece, mas tu convive com essas situações, e tu vai guardando pra ti, guardando pra ti, até um ponto que tu começa a projetar isso. (E6)

[...] uma espécie de aconselhamento com as psicologias, existia isso e é interessante, porque a sobrecarga de estresse vai se acumulando, vai se acumulando, e uma hora extravasa. Então isso seria interessante, se houvesse de novo, tipo uma ouvidoria. (E12)

Eu sempre defendi que nós deveríamos ter um apoio psicológico efetivo e não opcional, porque o sofrimento não é opcional [...] tem coisas que te abalam, aí tu tem que procurar a psicologia no teu médico [particular], quando podia resolver isso aqui [...] vamos falar, falar, falar e a pessoa põe para fora... é como tu vomitar! (E10)

O espaço continuado para a escuta do sofrimento foi uma medida desejada pelos trabalhadores entrevistados, os quais diferenciam o “acolhimento psicológico do grupo” da terapia individual já existente para os “casos encaminhados”, sendo a primeira uma medida de proteção à saúde, enquanto a segunda remete aos profissionais o tratamento à doença instalada. Com o uso das palavras “projetar”, “extravasar” e “vomitar” os participantes

simbolizam que algo ruim, o sofrimento, precisa de vazão a fim de que não se transforme em reações indesejáveis, como a impaciência e a violência.

O trabalhador precisa encontrar uma via de acolhimento para aquilo que o seu interior não suporta. Além da troca de experiências que proporciona o alívio ao sofrimento, o trabalhador adoecido precisa ter o entendimento do que se passa no contexto de trabalho no qual está inserido, por isso, precisa perceber o reflexo da dinâmica laboral em si mesmo^(26,107). Somente a partir da elaboração dos conflitos será possível enxergar alternativas para a superação da dor e a mobilização sobre a realidade.

Não havendo essa oportunidade, o trabalhador escoia o sofrimento em vias pouco promissoras à sua realização e à saúde. A fala abaixo descreve essa observação:

[...] a gente fica muito abandonado aqui, cada um tem que se virar, ou bebe, ou fuma, tem que canalizar para alguma saída o estresse emocional que tem aqui, porque a gente não tem como. Ou então tem a hipertensão, perigando ter diabetes, entendeu? [...] Aí, sai um pouquinho para comer, volta de novo, mas ao longo de 20 anos essa rotina prejudica nosso organismo. (E19)

Outro ponto importante a salientar, e que contribui para os estados descritos pelo entrevistado, foi o fato de que as reuniões de equipe foram descritas como inexistentes ou raras. Frente a isso, acredita-se que se tenha uma das principais contribuições para os intensos desencontros entre os profissionais no labor.

A gente não tem reunião, a nossa reunião é entre nós, os colegas. Não tem alguém que sente, que chegue “vamos conversar, contar nossas angústias”, [...] Não existe isso. Nos foi prometido uma reunião há um ano e meio atrás, mas nunca aconteceu essa reunião. (E13)

Sem encontros formais não se vislumbram objetivos compartilhados para o labor e, conseqüentemente, para a vida social nesse espaço. Estudo com características metodológicas similares também apontou a ausência de espaços formais e/ou informais de convivência no trabalho como fonte de sofrimento para os trabalhadores expostos à violência no setor de saúde⁽¹⁵⁾.

Sabe-se, contudo, que as mudanças no modo de produção atual são caracterizadas pelo baixo investimento em processos de educação permanente e pelos fracos vínculos que os trabalhadores e gestores estabelecem nos e com os seus espaços e processos de trabalho⁽¹⁵⁶⁾. Os fragmentos a seguir exemplificam a necessidade de investimentos nessa causa:

Há anos que nós não sabemos o que é uma reunião com a chefia. A gente só recebe a circular na parede: tem isso para fazer! Mas por que ninguém te chama e diz que vai ser assim ou assado? (E2)

Teve épocas que saía um representante de cada setor para colocar as necessidades do setor e como melhorar, era uma maneira da direção entender o hospital, para que a gente conseguisse fazer o hospital ainda melhor. Então faz falta. (E12)

[...] uma reunião, alguma coisa terapêutica a cada 15 dias, ou uma vez por mês, de dois em dois meses, que a gente pudesse conversar numa roda, sabe, colocar nossos problemas. (E18)

Deveríamos ter, da parte da chefia, dinâmicas de grupo que possam trabalhar um pouco essa integração, conhecimento, respeito, porque às vezes a gente fala sem querer, ou por querer, mas, enfim, essas questões de relacionamento, de convivência, que eu acho que funcionariam. (E20)

É possível entender por meio das opiniões dos trabalhadores que as reuniões de trabalho são necessidades vinculadas à troca de experiências, à tomada de decisão, bem como à proposta de experimentação de novos arranjos organizacionais acordados em prol da superação. No primeiro fragmento fica pontuado que, além do autoritarismo com que as demandas são repassadas aos trabalhadores, a responsabilidade de quem planeja as mudanças é parcial, pois não há preocupação acerca da sua aplicação às possibilidades reais do cotidiano.

Na mesma linha, o segundo trecho explicita a necessidade de que “a direção conheça o hospital”, trazendo à tona a sensação de que a realidade do trabalho é desconhecida pelos dirigentes. Sobre essa questão, destaca-se o distanciamento entre as determinações da direção do hospital e a prática dos seus executores, e se entende que as normas prescritas terão de ser transgredidas frente ao distanciamento que há sobre o trabalho real⁽²⁶⁾.

Acredita-se, contudo, na importância dos trabalhadores e usuários como cogestores do processo de trabalho, uma conspiração democrática que desvia a alienação. Mas essa democracia se tornará viável se for possível acolher os diferentes desejos e interesses e entendê-los como distintos domínios sobre a realidade⁽¹²⁸⁾.

Percebeu-se nesse estudo, que a falta de espaços de conversação sobre aspectos afetivos, cognitivos e operacionais que envolvem as práticas de saúde reflete a indiferença que se instala em consequência da negação de si e da rejeição do outro. A rejeição do outro como legítimo, singular, se faz em um espaço de interações que obstrui a possibilidade de compartilhar a convivência. O compartilhamento do que é vivido pelo outro permite compartilhar as nossas próprias necessidades⁽¹²⁸⁾.

Dessa forma, entendem-se as reuniões de trabalho como possibilidades para a transformação, além de serem estratégias gerenciais necessárias para a mudança dos processos vigentes⁽¹⁵⁷⁾. Assim, a potencialidade transformadora do trabalhador inclui, igualmente, sua vinculação político-social, sua capacidade de refletir sobre a prática diária, de agir como sujeito no cotidiano de seu trabalho e, ainda, de estabelecer relações no e com o trabalho⁽¹³⁷⁾.

Trazer o cotidiano à pauta, incluindo as circunstâncias de sofrimento e os impasses operacionais, é uma necessidade dos trabalhadores do pronto socorro. Diante disso, o estudo da ocorrência da violência pode vir a servir como analisador institucional que precisa ser problematizado em espaços coletivos, como nas reuniões sugeridas pelos participantes.

Autores apontam a prevenção e o controle da violência no trabalho em saúde como possibilidades a serem iniciadas por duas vias: dando visibilidade a todo tipo de violência, e abrindo espaços de reflexão e canais onde os conflitos encontrem uma via de solução negociada⁽¹⁵⁾. Contudo, deve-se ter em mente que a conjuntura atual é permeada por resistência e a violência é tolerada como um modo de regulação, como ruptura da negociação⁽¹⁵⁸⁾. Essa interpretação se aplica ao contexto do estudo e pode ser fator de resistência para a mudança de atitudes no âmbito laboral.

Além disso, a questão central para atentar às relações humanas no hospital em estudo é saber que, quando o sujeito não consegue trabalhar de acordo com seus valores, logo ele tem o sentimento de desenvolver um trabalho indigno, do qual se envergonha. Sendo tão nefasto, o trabalhador não quer colocá-lo em deliberação com seus colegas⁽¹⁵³⁾.

Por esse motivo, apesar de serem solicitados espaços de escuta e negociação, acredita-se que haveria resistência aos mesmos se o fossem oportunizados, pois colocar as dificuldades em pauta seria primeiramente uma ação destrutiva das defesas que mascaram a realidade. Essa compreensão não requer tornar dispensável a necessidade desses espaços, pelo contrário, sua importância se encontra na urgência por reconstituir a consciência sobre a face humana, que sente, se afeta e que precisa do outro para o seu reconhecimento.

O “socorro ao hospital de pronto socorro” pode ser prestado mediante ações conjugadas entre diferentes instâncias. Essas ações requerem mais investimentos nas condições de trabalho (oportunizando de alguma forma o reconhecimento da importância do trabalho realizado neste serviço), bem como a adoção de estratégias políticas no microespaço, envolvendo, sobretudo, os trabalhadores na cogestão desse processo.

Propostas políticas como a Educação Permanente podem servir de ferramenta para intervenções nesse contexto⁽¹⁵⁹⁾, além disso, ações previstas na Política Nacional de

Humanização têm sido apontadas como possibilidades para o controle e prevenção da violência no trabalho⁽¹⁰⁶⁾. Elas requerem valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde e a busca de autonomia e de protagonismo.

A questão que se coloca é a urgência dessas medidas, pois os trabalhadores carecem de um (novo) sentido para o trabalho:

Esse hospital deveria ser mais bem cuidado pela administração porque ele tem algo diferente do resto. (E19)

Há 9 anos, quando eu entrei aqui, era extremamente prazeroso, hoje, infelizmente, não posso te dizer isso... a exposição com o paciente, enfim, paciente agressivo, paciente alcoolizado, isso não é de agora, isso sempre foi assim. Mas essa falta de reconhecimento, essa situação toda imposta pela prefeitura que deixou descontentamento geral... (E5)

Por trás da história de vagabundos, ninguém vê o que se passa. O trabalhador não é considerado como trabalhador. Porque, se existe um lugar que se trabalha, é dentro desse hospital [...] Não se salva a vida do nada, porque tu tem que entrar emocionalmente, fisicamente, mentalmente, moralmente, para poder atender. (E16)

A necessidade por ser reconhecido como diferente é a necessidade de ser visto na singularidade. O resgate que se pede é pelo orgulho que se tinha em trabalhar no pronto socorro, bem como da própria singularidade do trabalhador, que se encontra invisível em meio à arena posta a serviço da saúde (ou seria do adoecimento?).

[...] essa casa está precisando de bastante reforma, bastante arrumação [...] está bem doentinha, está em estado de emergência. Foi todo mundo deixando, deixando, fingindo que não vê. (E9)

Assim, a apresentação dos resultados desta tese se encerra com a constatação de que a violência é um manifesto do estado de emergência em que se encontra o hospital de pronto socorro. Essa violência é geradora de sofrimento e doença psíquica, e habita nas relações que instituem e são instituídas por uma organização do trabalho na qual se atravessam, também, modalidades não mensuráveis da violência.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo da presente tese foi analisar a violência sofrida por trabalhadores de saúde de um hospital público de pronto socorro e as suas implicações na saúde mental desses profissionais.

A abordagem metodológica utilizada permitiu constatar a ocorrência da violência de duas maneiras: pela mensuração da violência que acometeu 63,2% dos trabalhadores e, nas entrevistas, pelo sofrimento manifesto nas falas dos trabalhadores. O desempenho da estratégia metodológica se mostrou satisfatório diante do propósito de defender a tese de que a violência laboral que acomete trabalhadores de um hospital público de pronto socorro influencia na saúde mental desses profissionais.

As entrevistas realizadas oportunizaram o acesso às vivências e sentimentos dos indivíduos e serviram para exemplificar e aprofundar os achados quantitativos. Os dados quantitativos serviram também para refletir sobre os relatos dos trabalhadores acerca das circunstâncias de violência. Já a abordagem mista (quantiquantitativa) possibilitou que os achados fossem confrontados entre si e se complementassem na análise da violência no trabalho.

Cabe ressaltar que o conhecimento prévio sobre o campo do estudo, devido a experiências anteriores da pesquisadora, permitiu maior apropriação dos resultados e contextualização da análise. Em outras circunstâncias, contudo, caberia sugerir a inclusão da técnica de observação aos procedimentos de coleta dos dados, como também indica o referencial metodológico da psicodinâmica do trabalho.

O presente estudo utilizou-se dos conceitos dessa teoria, os quais incitaram reflexões sobre a saúde do trabalhador e a sua relação com o processo produtivo e a violência. Além de fundamentar-se nessa teoria, a tese se sustentou mediante a argumentação feita a partir de resultados de outros estudos que exploraram e analisaram a violência no trabalho e especificamente no campo da saúde.

Faz-se, assim, uma avaliação positiva das escolhas teóricas e metodológicas e salienta-se como principal contribuição deste estudo a revelação de uma problemática antes obscura, mas com danos progressivos à saúde dos trabalhadores. A investigação revelou, portanto, a presença da violência no hospital do estudo e a sua influência negativa sobre os trabalhadores e os demais atores sociais implicados, bem como sobre as práticas de cuidado à saúde.

A violência no hospital de pronto socorro tem atingido principalmente as mulheres que ocupam cargos de auxiliares/técnicas de enfermagem. Mostrou-se atrelado a isso a característica das atividades que as mesmas desenvolvem, pois além de cumprirem mais horas semanais no hospital, elas têm maior tempo de trabalho no contato direto com os pacientes.

Os malefícios da violência se revelaram atrelados às intercorrências típicas do trabalho, como acidentes e o absenteísmo, refletindo a complexidade de elementos implicados no sofrimento e no adoecimento dos trabalhadores. Os danos da violência, contudo, interferem na satisfação do trabalhador e na vivência da insegurança.

Os pacientes foram os principais perpetradores da violência no cenário do estudo, agindo sob efeito de drogas ou devido a danos neurológicos. Ao falar desses comportamentos, os trabalhadores sempre mencionavam a inexistência de consciência/intenção dos pacientes para referir que compreendiam as circunstâncias. Porém, viu-se que a vivência de desprazer oriunda da frequência com que essas agressões aconteciam era geradora de uma tensão que se aliviava no próprio paciente, ao responsabilizá-lo pelas condutas que o trouxeram ao pronto socorro: a “escolha” pela dependência às drogas e a “escolha” pela criminalidade.

Ao falar dos pacientes que os agrediram, os trabalhadores revelaram a influência de julgamentos de valores sobre as interações assistenciais. Nessa ímpia, os profissionais demonstravam a ambiguidade de sentimentos experimentados no atendimento a pessoas que sofreram ou perpetraram a violência e aos representantes da exclusão social, como os pobres, os dependentes químicos e os infratores da lei. Esses encontros diários são provocadores de sofrimento para o trabalhador da saúde, que se vê impotente e inseguro diante dessa realidade.

A precariedade do trabalho foi geradora de revolta em todos os agentes envolvidos com trabalho em saúde. Pacientes agredem a equipe de saúde no anseio pela agilidade e resolutividade, ao mesmo tempo em que os profissionais disputam entre si pequenas barganhas para os grandes problemas, como falta de pessoal, de material e de leitos.

Sem elaborar o vivido, os trabalhadores se deixam tomar pelas emoções dos conflitos interpessoais do cotidiano e extravasam impaciência, irritabilidade – e também violência. Diante disso, compreendeu-se a violência como o comportamento que responde a uma combinação de estímulos ambientais impróprios aos indivíduos.

Contudo, a análise permitiu aprofundar esse entendimento e compreender a violência como reacional, uma luta diante do aniquilamento da identidade do trabalhador frente à violência estrutural e comportamental. Os trabalhadores do pronto socorro se disseram abandonados, esquecidos e desvalorizados pelas circunstâncias de precarização do trabalho. A

violência praticada pelo profissional passa, então, a ser interpretada como uma tentativa de revelar a sua existência a partir do que é possível provocar a outrem.

Nesse sentido, a violência se mostrou um fenômeno tolerado pelo coletivo, que se disse desesperançoso da mudança. Sem canais para a negociação, a violência se tornou uma forma de regulação, que encontra amparo em regras de ofício como: a imposição das determinações dos mais antigos, a negação e discriminação da doença e a racionalização sobre inúmeros percalços do trabalho em saúde. Viu-se por meio disso a falta de gerenciamento dos conflitos e falta de preparo e/ou comprometimento das lideranças.

A violência no trabalho é um problema que não tem sido identificado, mensurado e tampouco prevenido ou controlado no pronto socorro. Não se tomam providências nem se acolhem as vítimas, o que repercute em medo, insegurança e até manifestações físicas do sofrimento psíquico.

A tentativa de frear os danos do sofrimento foi atribuição das estratégias coletivas de enfrentamento e também das defesas individuais utilizadas pelos indivíduos para privarem-se do adoecimento. No entanto, isso não eximiu o trabalhador do adoecimento, pois a doença mental foi identificada entre os participantes.

Os Transtornos Psíquicos Menores estiveram presentes em 17,1% da amostra e a Síndrome de *Burnout* em 6,7%. A ocorrência desses agravos esteve associada à vivência da violência no trabalho, objetivando a constatação da sua implicação na saúde mental dos trabalhadores.

Uma grande parcela dos entrevistados se declarou vítima de mais de um tipo de violência, sendo os assédios e as discriminações perpetradas principalmente por colegas e chefias. O acréscimo na exposição aos diferentes tipos de violência potencializou a influência negativa da violência sobre a saúde mental dos trabalhadores.

A falta de reconhecimento no trabalho mostrou associação com a Exaustão Emocional, a baixa Realização Profissional e a Despersonalização. E, ao buscar respostas para o não adoecimento de alguns indivíduos, mesmo quando expostos à violência, o reconhecimento teve ainda maior interferência protetora para os agravos mensurados.

A avaliação do reconhecimento comprovou as percepções identificadas nas entrevistas acerca do abandono e desprestígio dos trabalhadores como representantes de um serviço de saúde, pois a percepção da falta de reconhecimento dos dirigentes do setor público mostrou-se elevada entre os participantes. Por outro lado, o reconhecimento dos colegas de trabalho parece ser o alicerce à identidade dos trabalhadores, ainda que as relações socioprofissionais estejam aquém das potencialidades.

As falas dos sujeitos clamam pelo reconhecimento das suas necessidades e o resgate do orgulho de trabalhar num pronto socorro – ajudar pessoas, ser corajoso, ser moralmente bom e salvar vidas. Para tanto, é preciso sustentação e amparo da macroestrutura em prol da valorização dos trabalhadores.

No microespaço os investimentos precisam se destinar ao resgate dos vínculos afetivos entre os trabalhadores, bem como à segurança no labor. Medidas de proteção, como registros eficazes das ocorrências, serviços de segurança nas salas e corredores, procedimentos técnicos para o controle das agressões são de extrema necessidade. Espaços formais de escuta e negociação são indispensáveis diante da necessidade de se assumirem acordos coletivos de superação às atuais “regras do ofício”. Mas essas medidas não serão suficientes diante das “relações doentes”, se não houver acolhida dos gestores e governantes para os serviços públicos de saúde.

No período em que estava sendo redigida esta tese, a presidente da república lançou o Programa S.O.S. emergências e prometeu investimentos junto aos principais hospitais de pronto socorro do Brasil. Fica então a esperança de que os trabalhadores sejam socorridos da violência que afeta a saúde e a qualidade da assistência prestada.

A gravidade das repercussões à saúde dos trabalhadores pode ser vista pela identificação de que, além do sofrimento e do adoecimento revelados pelo estudo, há profissionais afastados do serviço que supostamente estejam ainda mais atingidos. Esta pode ser considerada uma limitação da pesquisa desenvolvida, pois, se os trabalhadores em licença saúde fossem incluídos na amostra, certamente os achados seriam ainda mais alarmantes e refletiram com mais exatidão os danos da violência à saúde dos trabalhadores.

Outro aspecto que pode ser considerado como limitação do estudo foi a delimitação da identificação da violência no trabalho com base na sua ocorrência nos últimos 12 meses. Ainda é possível considerar como fator limitante o ambiente utilizado para a realização das entrevistas, o qual por vezes não foi o ideal face à busca pela tranquilidade do trabalhador para responder às perguntas.

O desenvolvimento deste estudo teve a intenção de ampliar o conhecimento científico com o propósito de beneficiar os trabalhadores do setor de saúde, servindo de subsídio para ações de proteção e promoção da saúde no espaço laboral. Além disso, os resultados da investigação podem ser usados no direcionamento das políticas públicas de saúde que se destinam à melhoria das relações que se processam nos serviços de saúde, tanto no que se refere à saúde e qualidade de vida dos trabalhadores, quanto na definição de prioridades na

pauta da gestão desses serviços. Por fim, é possível que a população seja a principal beneficiada, com a oferta de serviços mais qualificados e resolutivos.

6.1 RECOMENDAÇÕES

Os resultados desta tese apresentam aplicabilidade para o campo do estudo e, diante disso, algumas recomendações podem ser feitas com o intuito de disparar as mudanças necessárias para promover a saúde dos trabalhadores e protegê-los da violência. Portanto, recomenda-se:

- Desenvolver sistemas de monitoramento da violência dentro do serviço, de forma a identificar indicadores para o acompanhamento dos casos;
- Avaliar riscos do ambiente de trabalho, para que possam ser desenvolvidas estratégias de melhoria da segurança dos profissionais e usuários;
- Desenvolver e padronizar práticas de gerenciamento e prevenção da violência no trabalho;
- Oferecer acolhimento às vítimas da violência com vias para encaminhamento dos profissionais que vivenciaram ou foram vítimas de situações geradoras de desequilíbrio à saúde;
- Oportunizar espaços para a escuta e o diálogo;
- Realizar reuniões sistemáticas das equipes de trabalho;
- Investir na proposta de Educação Permanente em Saúde, com abertura para o debate sobre o processo de trabalho e a construção de ambientes pedagógicos e provocadores de articulações transformadoras;
- Construir intervenções sobre a organização do trabalho a partir do diálogo entre todos os envolvidos, promovendo a cogestão;
- Oportunizar momentos para a convivência, investindo na retomada de valores éticos sobre as relações;
- Investir no desenvolvimento de gerentes para os processos e lideranças para as pessoas;
- Prover recursos mínimos para o desempenho das funções no pronto socorro, analisando o quantitativo de pessoal e de recursos materiais, ambientais e estruturais;
- Desenvolver projetos de intervenção organizacional com avaliação dos avanços;
- Disseminar a temática da violência na formação dos profissionais da saúde a fim de sensibilizar para o problema e estimular a busca por soluções.

Além dessas recomendações, sugere-se a realização de estudos longitudinais para o acompanhamento dos efeitos da violência, bem como o desenvolvimento de discussões sobre os achados aqui apresentados em grupos que agregassem trabalhadores, gestores e usuários no debate sobre a problemática e a proposição de alternativas de intervenção imediata e, a longo e médio prazo. Talvez este pudesse ser um dispositivo para dar início ao processo de mudança e uma forma de investir na valorização dos trabalhadores da saúde.

REFERÊNCIAS

- 1 Minayo MCS, Souza ERS, organizadores. Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira. 1ª reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
- 2 Alkimin MA. A violência na relação de trabalho e a proteção à personalidade do trabalhador. [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2007.
- 3 Franco T, Druck G, Seligmann-Silva E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. Rev Bras Saúde Ocup. 2010; 35(122): 229-48.
- 4 Ribeiro HP. A Violência Oculta no Trabalho: as lesões por esforços repetitivos. 20ª ed. Rio de Janeiro:Fiocruz;1999.
- 5 Ferreira JB. Perdi um jeito de sorrir que eu tinha: violência, assédio moral e servidão voluntária no trabalho. Rio de Janeiro: 7Letras; 2009.
- 6 Concha-Eastman A. Relatório Mundial sobre a Violência e a Saúde da OMS: uma resposta ao desafio das violências. Rev.Saúde Conselho Nac. Saúde. 2001; 3(3): 12-3.
- 7 Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Informe mundial sobre la violencia y la salud. OMS [internet]. 2002 [citado 2011 jan 22].Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/.../abstract_es.pdf
- 8 Organización Internacional del Trabajo (OIT). Consejo internacional de enfermeras (CIE). Organización Mundial de la Salud (OMS). Internacional de Servicios Públicos (ISP). Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra. [internet]. 2002 [citado 2011 jan 22]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsde/.../SEWViolenceguidelineSP.pdf>
- 9 Vieira SB, Seligmann-Silva E, Athayde M. Dimensões ocultas no hospital: o "trabalho sentimental" e as violências presentes na relação de serviço. In: Araújo A, Alberto MF, Neves MY, Athayde M, organizadores. Cenários do trabalho: subjetividade, movimento e enigma. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p.131-50.
- 10 Di Martino V. Workplace violence in the health sector – country case studies (Brazil, Bulgarian, Lebanon, Portugal, South África, Thailand, andan additional Australian study).

[internet]. 2003 [citado 2011 jan 22]. Disponível em: <http://www.ilo.org/public/english/bureau/inf/pr/2002/49.htm>

- 11 Estryn-Behar M, Heijden B, Camerino D, Fry C, Nezet OL, Conway PM, Hasselhorn HM. Violence risks in nursing—results from the European ‘NEXT’ Study. *Occupational Medicine*. [internet] 2007. Disponível em: <http://www.prest-next.fr/pdf/violence%20occupationnal%20medecine.pdf>
- 12 O'Brien-Pallas L, Hayes L, Wang S, Laporte D. Creating work environments that are violence free. *World Hosp Health Serv*. [internet] 2009 [citado 2010 fev 03]; 45(2): 12-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19761014>
- 13 Wang PX, Wang MZ, Hu GX, Wang ZM. Study on the relationship between workplace violence and work ability among health care professionals in Shangqiu City. *Wei Sheng Yan Jiu*. [internet] 2006 [citado 2010 fev 03]2006;35(4): 472-4. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16986527>
- 14 Shiao JS, Tseng Y, Hsieh YT, Hou JY, Cheng Y, Guo YL. Assaults against nurses of general and psychiatric hospitals in Taiwan. *Int Arch Occup Environ Health*. [internet] 2010 [citado 2010 fev 03]; 83(7): 823-32. Disponível em: <http://www.springerlink.com/content/4q9jx6hu4h306062/>
- 15 Palácios M, Santos ML, Val MB, Pereira BB. Violência no trabalho no setor saúde: um estudo epidemiológico. In Soboll LA, organizador. *Violência psicológica no trabalho e assédio moral: pesquisas brasileiras*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 167-270.
- 16 Xavier ACH, Barcelos CRV, Lopes JP, Chamarelli PG, Ribeiro SS, Lacerda LS et al. Assédio moral no trabalho no setor saúde no Rio de Janeiro: algumas características. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2008; 33(117): 15-22.
- 17 Palácios M. Relatório preliminar de pesquisa. *Violência no trabalho no setor saúde – Rio de Janeiro*. Universidade Federal do Rio de Janeiro; [internet] 2002 [citado 2011 set 03]. Disponível em: http://www.assediomoral.org/IMG/pdf/pesquisa_sobre_Violencia_no_trabalho_Universida_de_Federal_RJ.pdf
- 18 Costa ALRC. *As múltiplas formas de violência no trabalho de enfermagem: o cotidiano de trabalho no setor de urgência e emergência clínica em um hospital público [tese]*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.

- 19 Dal Pai D. Enfermagem, trabalho e saúde: cenas e atores de um serviço público de pronto socorro. [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.
- 20 Dias HHZR. O “des”cuidado em saúde: a violência visível e invisível no trabalho da enfermagem [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
- 21 Santos Júnior E, Dias EC. Violência no Trabalho: uma Revisão da Literatura. Rev Bras Med Trab. 2004; 2(1): 36-54.
- 22 Cezar ES, Marziale MHP. Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da Cidade de Londrina, Paraná, Brasil. Cad Saúde Pública. 2006; 22(1): 217-21.
- 23 Machado JMH, Gomez CM. Acidentes de Trabalho: Uma Expressão da Violência Social. Cad Saúde Pública. 1994; 10(1 Suppl): 74-87.
- 24 Skaba MMVF. O vício da adrenalina: etnografia da violência num hospital de emergência. [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública; 1997.
- 25 Bourdieu P. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2011.
- 26 Lancman S, Sznalwar LI, organizadores. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, Brasília: Paralelo 15; 2008.
- 27 Dejours C. Subjetividade, trabalho e ação. Rev Produção. 2004; 14(3): 27-34.
- 28 Dejours C. Avant-propos para a edição brasileira. In: Lancman S, Sznalwar LI, organizadores. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, Brasília: Paralelo 15; 2008. p.15-21.
- 29 Molinier P. A dimensão do cuidar no trabalho hospitalar: abordagem psicodinâmica do trabalho de enfermagem e dos serviços de manutenção. Rev Bras Saúde Ocup. 2008; 33(118): 06-16.
- 30 Velho G. Violência, reciprocidade e desigualdade: uma perspectiva antropológica. In: Velho G, Alvito M, organizadores. Cidadania e Violência. Rio de Janeiro: Editora UFRJ/FGV; 1996. p.10-24

- 31 Lautert L. O desgaste profissional do enfermeiro [tese]. Salamanca: Faculdade de Psicologia, Universidade Pontifícia de Salamanca; 1995.
- 32 Costa JRA, Lima JV, Almeida PC. Stress no trabalho do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP*. 2003; 37(3): 63-71.
- 33 Araújo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(4): 424-33.
- 34 Murofuse NT, Abranches SS, Napoleão AA. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005; 13(2): 255-61.
- 35 Tamayo MR, Argolo JC, Borges LO. Burnout em profissionais de saúde: um estudo com trabalhadores do município de Natal. In Borges LO. *Profissionais de saúde e seu trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2005.
- 36 Nascimento SCL. Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Brasil. *Rev Assoc Med Bras*. 2006; 52(2): 97-102.
- 37 Pinho OS, Araújo TM. Trabalho de enfermagem em uma unidade de emergência hospitalar e transtornos mentais. *Rev Enferm UERJ*. 2007; 15(3): 329-36.
- 38 Cabana MCFL, Ludermir AB, Silva ER, Ferreira MLL, Pinto MER. Transtornos mentais comuns em médicos e seu cotidiano de trabalho. *J Bras Psiquiatr*. 2007; 56(1): 33-40.
- 39 Kirchof ALC, Magnago TSB, Camponogara S, Griep RH, Tavares JP, Prestes FC, et al. Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. *Texto Contexto - Enferm*. 2009; 18(2): 215-23.
- 40 Goulart CB, Haddad MCL, Vannuchi MTO, Dalmas JC. Fatores predisponentes da síndrome de burnout em trabalhadores de um hospital público de média complexidade. *Rev Espaço Saúde*. 2010; 11(2): 48-55.
- 41 Vieira I. Conceito(s) de burnout: questões atuais da pesquisa e a contribuição da clínica. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2010; 35(122): 269-76.

- 42 Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced Burnout. *J Occup Behav.* [internet] 1981 [citado 2010 fev 03]; 2(1): 99-113. Disponível em: <http://www.rci.rutgers.edu/~sjacksox/PDF/TheMeasurementofExperiencedBurnout.pdf>
- 43 Santos KOB, Araújo TM, Oliveira NF. Estrutura fatorial e consistência interna do SRQ-20 em população urbana. *Cad Saúde Pública.* 2009; 25(1): 214-22.
- 44 Fernandes SRP, Almeida Filho N. Validação do SRQ- 20 em amostra de trabalhadores de informática. *Rev Bras Saúde Ocup.* 1998; 90: 105-12.
- 45 Palacios M, Jardim S, Ramos A, Silva Filho JF. Validação do Self Report Questionnaire (SRQ-20) numa população de trabalhadores de um banco estatal no Rio de Janeiro, Brasil. In Silva Filho JF. *A danação do trabalho: organização do trabalho e sofrimento psíquico.* Rio de Janeiro: Te Corá; 1998. p. 225-41.
- 46 Odalia N. *O que é violência.* 6ª ed. São Paulo: Brasiliense; 1991.
- 47 Santos NR. O caminho para combater a violência e promover a paz. *Rev Saúde Conselho Nac Saúde.* 2002; 3(3): 4-5.
- 48 Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; [internet] 2002 [citado 2010 fev 05]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9275324220_spa.pdf
- 49 Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Cien Saúde Colet.* 2007; 11(Suppl): 1163-78.
- 50 Galtung J. Violencia y sus causas. In: Domenach JM, Laborit H, Joxe A, Galtung J, Senghaas D, Klineberg O, et al. Paris: *La violencia y sus causas.* Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 1981. p. 91-106.
- 51 Minayo MCS, Souza ER. Violência e Saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *Hist Cienc Saude Manguinhos.* 1998; 4(3): 513-31.
- 52 Concha-Eastman A, Malo M. Da repressão à prevenção da violência: desafio para a sociedade civil e para o setor saúde. *Cien Saude Colet.* 2007; 11(Suppl): 1179-87.
- 53 Campos GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD,

- Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2009. p. 53-92.
- 54 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situações de Saúde. Viva: vigilância de violência e acidentes, 2006 e 2007. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- 55 Guimarães LAM, Rimoli A. O “Mobbing” (assédio psicológico) no Trabalho: uma síndrome psicossocial e multidimensional. *Psic Teor Pesq.* 2006; 22(2): 183-92.
- 56 Amazarray MR. Violência psicológica e assédio moral no trabalho enquanto expressões de estratégias de gestão [tese]. Porto Alegre: Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
- 57 Thofehrn MB, Amestoy SC, Carvalho KK, Andrade FP, Milbrath VM. O assédio moral no trabalho da enfermagem. *Cogitare Enferm.* 2008; 13(4): 597-601.
- 58 Dalmolin GL, Lunardi VL, Lunardi Filho WD. Sofrimento moral dos profissionais de enfermagem no exercício da profissão. *Ver Enferm UERJ.* 2009; 17(1): 35-40.
- 59 Curbow B. Origins of violence at work. In: Cooper C. Violence in the health sector. Geneva: ILO/WHO. [internet] 2001 [citado 2010 fev 06]. Disponível em: <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/state.pdf>
- 60 Ferrino P, organizador. Violência no local de trabalho no setor saúde: Estudos de caso portugueses. Relatório Final. [internet] 2002 [citado 2010 fev 15]. Disponível em: http://www.ago.pt/attachments/060_vt_relatorio.pdf
- 61 Contrera-Moreno L, Contrera-Moreno MI. Violência no trabalho em enfermagem: um novo risco ocupacional. *Rev Bras Enferm.* 2004; 57(6): 746-9.
- 62 Pires D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Anna Blume; 2008.
- 63 Trindade E. Incorporação de novas tecnologias nos serviços de saúde: o desafio da análise dos fatores em jogo. *Cad Saude Publica.* 2008; 24(5): 951-64.
- 64 Feuerwerker LCM, Cecílio LCO. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Cien Saude Colet.* 2007; 12(4): 965-71.

- 65 Pires DEP, Bertoncini JH, Sávio B, Trindade LL, Matos E, Azambuja E. Inovação tecnológica e cargas de trabalho dos profissionais de saúde: revisão da literatura latino-americana. *Rev Eletr Enf.* [Internet]. 2010 [citado 2011 fev 10];12(2):373-9. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/pdf/v12n2a23.pdf>
- 66 Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. *Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.* São Paulo: Atlas, 1994.
- 67 Peduzzi M, Amselmi ML. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidados. *Rev Bras Enferm.* 2002; 55(4): 392-8.
- 68 Traverso-Yépez M. Idéias e significações que permeiam as práticas de saúde: a perspectiva sobre o atual sistema de atendimento. In: Borges LO, organizador. *Os profissionais de saúde e seu trabalho.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005. p. 109-40.
- 69 Deslandes SF. *Frágeis Deuses: profissionais de emergência entre os danos da violência e a recriação da vida.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
- 70 Pitta AMF. *Hospital: dor e morte como ofício.* 5ª ed. São Paulo: Annablume/Hucitec; 2003.
- 71 Bianchessi DLC, Tittoni J. Trabalho, saúde e subjetividade sob o olhar dos trabalhadores administrativo-operacionais de um hospital geral, público e universitário. *Physis.* 2009; 19(4): 969-88.
- 72 Ramos FRS. *Obra e manifesto: o desafio estético do trabalhador de saúde.* Pelotas(RS): Universitária; 1999.
- 73 Lopes MJM. Poder, Interdependência e Complementaridade no Trabalho Hospitalar: uma análise a partir da enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 1997; 50(3): 381-90.
- 74 Laurell AC, Noriega M. *Processo de Produção e Saúde. Trabalho e Desgaste Operário.* São Paulo: Hucitec; 1989.
- 75 Jaques MG. “Doença dos Nervos”: uma expressão da relação entre saúde/doença mental. In Jaques MG, Codo W, organizadores. *Petrópolis: Vozes; 2002.*

- 76 Oliveira RP, Nunes MO. Violência relacionada ao trabalho: uma proposta conceitual. *Saúde Soc.* 2008; 17(4): 22-34.
- 77 OIT. Un informe de la OIT estudia la salud mental em el trabajo en Alemania, Estados Unidos, Finlandia, Polonia y Reino Unido. Comunicados de prensa 2000, Ginebra, [internet] 2000 [citado 2011 fev 03]. Disponível em: http://www.ilo.org/global/About_the_ILO/Media_and_public_information/Press_releases/1ang--es/WCMS_008592/index.htm
- 78 Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde. Trabalhando Juntos pela Saúde. Brasília. Ministério da Saúde; [internet] 2007 [citado 2011 fev 03]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/i_capa.pdf
- 79 Campos AS, Pierantoni CR. Violência no trabalho em saúde: um tema para a cooperação internacional em recursos humanos para a saúde. *RECIIS Rev Electron Comun Inf Inov Saude.* [internet] 2010 [citado 2011 fev 12]; 4(1): 86-92. Disponível em: <http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/download/349/506>
- 80 Mendes AM, Merlo ARC, Morrone CF, Facas EP, organizadores. *Psicodinâmica e clínica do trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros.* Curitiba: Juruá; 2010.
- 81 Araújo JNG. Entre servidão e sedução no trabalhador: uma secular insistência do capital. In: Mendes AM, organizadores. *Trabalho e saúde: o sujeito entre emancipação e servidão.* Curitiba: Juruá; 2008.
- 82 Bouyer GC. Contribuição da Psicodinâmica do Trabalho para o debate: “o mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador” *Rev Bras Saúde Ocup.* 2010; 35(122): 249-59.
- 83 Mendes AM, Morrone C. Trajetória teórica e pesquisas brasileiras sobre prazer e sofrimento no trabalho. In: Mendes AM, Merlo ARC, Morrone CF, Facas EP. *Psicodinâmica e clínica do trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros.* Curitiba: Juruá; 2010. p. 29-52.
- 84 Gernet I. Psicodinâmica do reconhecimento. In: Mendes AM, Merlo ARC, Morrone CF, Facas EP. *Psicodinâmica e clínica do trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros.* Curitiba: Juruá; 2010. p. 61-76.
- 85 Martins LAN. Saúde mental dos profissionais da saúde. *Rev Bras Med Trabalho.* 2003; 1(1): 197-204.

- 86 Dal Pai D, Lautert L. Estratégias de enfrentamento do adoecimento: um estudo sobre o trabalho da enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22(1): 60-5.
- 87 Monteiro JK. Organização do trabalho e sofrimento psíquico dos trabalhadores da saúde. In Mendes AM, Merlo ARC, Morrone CF, Facas EP. *Psicodinâmica e clínica do trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros.* Curitiba: Juruá; 2010. p. 335-45.
- 88 Traesel ES, Merlo ARC. Sofrimento no trabalho e possibilidades de saúde e realização: psicodinâmica do reconhecimento em enfermagem. In Mendes AM, Merlo ARC, Morrone CF, Facas EP. *Psicodinâmica e clínica do trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros.* Curitiba: Juruá; 2010. p. 291-311.
- 89 Minayo MCS. *Volência e Saúde.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
- 90 Creswell JW. *Projeto de Pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e mistos.* 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- 91 Minayo MCS. *O desafio do conhecimento.* 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
- 92 Hospital de Pronto Socorro. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Prefeitura de Porto Alegre. [internet] 2010 [citado 2011 fev 12]. Disponível em <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/>
- 93 Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.* 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- 94 World Health Organization. Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders: Staff Burnout. In Geneva Division of Mental Health World Health Organization. . [internet] 1998 [citado 2011 fev 12]: 91-110. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/924154516X.pdf>
- 95 Benevides-Pereira AMT. MBI – Maslach Burnout Inventory e suas adaptações para o Brasil [resumo]. In: XXXII Reunião Anual de Psicologia. 2001; Rio de Janeiro, Brasil. p. 84-5.
- 96 Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry.* . [internet] 1986 [citado 2011 fev 12]; 148: 23-6. Disponível em: <http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/abstract/148/1/23>

- 97 Gonçalves DF, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(2): 380-90.
- 98 Silva IV, Aquino EM. Padrão de distúrbios psíquicos menores em mulheres vítimas de violência atendidas em uma unidade de urgência e emergência. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(9): 2103-14.
- 99 Lopes CS, Faerstein E, Chor D. Eventos produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do estudo pró-saúde. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(6): 1713-20.
- 100 Minayo MCS, Cruz Neto O, Deslandes SF, Gomes R. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 23ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2004.
- 101 Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas em Seres Humanos. [internet] 1996 [citado 2011 fev 20]9p. Disponível em: <http://www.sbpqo.org.br/suplementos/33%20-%20Diretrizes.pdf>
- 102 Brasil. Ministério da Ciência e Tecnologia. Legislação: lei de direitos autorais nº 9.610/1998. [internet] 1998 [citado 2011 fev 12] Disponível em: <http://www.mct.gov.br>
- 103 Moore HL. Fantasias de poder e fantasias de identidade: gênero, raça e violência. *Cad Pagu*. 2000; (14): 13-44.
- 104 Lee S, Pai HC, Yen WJ. Nurse violence in the workplace: a study of experiences and related factors in Taiwan. *Hu Li Za Zhi*. [internet] 2010 [citado 2011 set 20]; 57(2): 61-9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20401868>
- 105 Soares LQ. Interações socioprofissionais e assédio moral no trabalho: “ou você interage do jeito deles ou vai ser humilhado até não aguentar mais”. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008.
- 106 Batista CB, Campos AS, Reis JC, Schall VT. Violência no trabalho em saúde: análise em unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Trab Educ Saúde*. 2011; 9(2): 295-317.
- 107 Silva ES. *Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo: Cortez; 2011.

- 108 Gillespie GL, Gates DM, Miller M, Howard PH. Workplace violence in healthcare settings: risk factors and protective strategies. *Rehabilitation Nursing*. [internet] 2010 [citado 2011 fev 12]; 35(5): 177-84. Disponível em: <http://www.rehabnurse.org/pdf/rnj325.pdf>
- 109 Leather P. Workplace violence: Scope, definition and global context. In: Cooper CL, Swanson N. *Workplace violence in the health sector: State of the art*. Manchester: Organização Internacional Do Trabalho, International Council Of Nurses; Organização Mundial Da Saúde; Public Services International. [internet]. 2001 [citado 2011 jan 30]. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/.../en/
- 110 Pai HC, Lee S. Risk factors for workplace violence in clinical registered nurses in Taiwan. *J Clin Nurs*. [internet] 2011 [citado 2011 out 15]; 20(9-10): 1405-12. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21492284>
- 111 Ferns T, Cork A. Managing alcohol related aggression in the emergency department. *Int Emerg Nurs*. [internet] 2008 [citado 2011 set 24]; 16(1): 43-7. Disponível em: <http://www.carloshaya.net/biblioteca/enfer2008/managing2.pdf>
- 112 Gates DM, Gillespie GL, Succop P. Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *Nurs Econ*. [internet] 2011 [citado 2011 out 16]; 29(2): 59-66. Disponível em: <https://www.nursingeconomics.net/ce/2013/article29059066.pdf>
- 113 Santos AMR, Soares JCN, Nogueira LF, Araújo NA, Mesquita GV, Leal CFS. Violência institucional: vivências no cotidiano da equipe de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(1): 84-90.
- 114 Oliveira AR, D'Oliveira AFPL. Violência de gênero contra trabalhadoras de enfermagem em hospital geral de São Paulo (SP). *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(5): 868-76.
- 115 De Martino MMF. Arquitetura do sono diurno e ciclo vigília-sono em enfermeiros nos turnos de trabalho. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(1): 194-9.
- 116 Maynardes DCD, Sarquis LMM, Kirchof ALC. Trabalho noturno e morbidades de trabalhadores de enfermagem. *Cogitare Enferm*. 2009; 14(4): 703-8.
- 117 Roche M, Diers D, Duffield C, Catling-Paull C. Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes. *J Nurs Scholarsh*. 2010 Mar;42(1):13-22.

- 118 Tolfo S. O assédio moral como expressão da violência no local de trabalho. In Souza M, Martins F, Araújo JNG, organizadores. Dimensões da violência: conhecimento, subjetividade e sofrimento psíquico. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2011.
- 119 Dejours C. Violência ou dominação? In Souza M, Martins F, Araújo JNG, organizadores. Dimensões da violência: conhecimento, subjetividade e sofrimento psíquico. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2011.
- 120 Gonçalves MBL, Fischer FM. Condições de trabalho de auxiliares de enfermagem de um instituto de ortopedia e traumatologia. *Cad Psicol Soc Trab.* 2004; 7: 51-65.
- 121 Bourdieu P. A dominação masculina. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2002.
- 122 Júnior EAS, Dias EC. Médicos vítimas da violência no trabalho em unidades de pronto atendimento. *Cad Saúde Colet.* 2005; 13(3): 705-22.
- 123 Grenier-Pezé M. Forclusão do feminino na organização do trabalho: um assédio de gênero. *Prod.* 2004; 14(3): 06-13.
- 124 Meurer B, Strey MN. Articulações entre gênero e “bullying” nos contextos de trabalho. III Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação – PUCRS. [internet] 2008 [citado 2011 nov 21]. Disponível em:
<http://www.pucrs.br/edipucrs/online/IIIImostra/Psicologia/62119%20-%20BRUNA%20MEURER.pdf>
- 125 Barus-Michel J. A violência complexa, paradoxal e multívoca. In Souza M, Martins F, Araújo JNG, organizadores. Dimensões da violência: conhecimento, subjetividade e sofrimento psíquico. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2011.
- 126 Leal SMC. Violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: o olhar da enfermagem. [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem; 2003.
- 127 Irala DA, Cezar-Vaz MR, Cestari ME. Trabalho em saúde com pacientes apenados: sentidos metafóricos gerados no contexto hospitalar. *Acta Paul Enferm.* 2011; 24(2): 206-12.
- 128 Rollo AA. É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo “globalizado”? In Santos-Filho SB, Barros MEB, organizadores. Trabalhador da saúde: muito prazer! protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed Unijuí; 2007.

- 129 Lancman S, Ghirardi MIG, Castro ED, Tuacek TA. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(4): 682-8
- 130 Giglio-Jacquemot A. *Urgências e Emergências em Saúde: perspectivas de profissionais e usuários*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
- 131 Costa ALRC, Marziale MHP. Relação tempo-violência no trabalho de enfermagem em Emergência e Urgência. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(3): 337-43.
- 132 Dal Pai D, Lautert L, Krug JS. Psicodinâmica e saúde mental do trabalhador de enfermagem: ritmo acelerado e intensificação do fazer. *Enfermagem em Foco. Conselho Federal de Enfermagem*. 2011; 1(2): 38-43.
- 133 Dejours C. *A banalização da injustiça social*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas; 2006.
- 134 Dal Pai D, Lautert, L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do “discurso vazio” no acolhimento com classificação de risco. *Esc Anna Nery*. 2011; 15(3): 524-30.
- 135 Chapman R, Perry L, Styles I, Combs S. Consequences of workplace violence directed at nurses. *Br J Nurs*. [internet] 2009 [citado 2011 out 28]; 18(20): 1256-61. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20095098>
- 136 Baggio MA, Callegaro GD, Erdmann AL. Relações de “não cuidado” de enfermagem em uma emergência: que cuidado é esse? *Esc Anna Nery*. 2011; 15(1): 116-23.
- 137 Azambuja EP, Pires DEP, Vaz MRC, Marziale MH. É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem? *Texto Contexto – Enferm*. 2010; 19(4): 658-66.
- 138 Van der Zwan R, Davies L, Andrews D, Brooks A. Aggression and violence in the ED: issues associated with the implementation of restraint and seclusion. *Health Promot J Austr*. [internet] 2011 [citado 2011 out 24]; 22(2): 124-7. Disponível em <http://www.healthpromotion.org.au/journal/journal-downloads/article/1-hpja/414-aggression-and-violence-in-the-ed-issues-associated-with-the-implementation-of-restraint-and-seclusion>

- 139 Person ES, Cooper AM, Gabbard GO. *Compêndio de Psicanálise*. Porto Alegre: Artmed; 2007.
- 140 Lautert L. O processo de enfrentamento do estresse no trabalho hospitalar: um estudo com enfermeiras. In: Haag GS, Lopes MJM, Schuck JS, organizadores. *A enfermagem e a saúde dos trabalhadores*. 2ª ed. Goiânia: AB; 2001.
- 141 Marco PF, Cítero VA, Moraes E, Nogueira-Martins LA. O impacto do trabalho na saúde mental: transtornos psíquicos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. *J Bras Psiquiatr*. 2008; 57(3): 178-83.
- 142 Magnabosco G, Goulart CB, Haddad MCL, Vannuchi MTO, Dalmas JC. Síndrome de Burnout em trabalhadores de um hospital público de média complexidade. *REME Rev Min Enferm*. 2009; 13(4): 506-14.
- 143 Meneghini F, Paz AA, Lautert L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem. *Texto Contexto – Enferm*. 2011; 20(2): 225-33.
- 144 Borges LO, Argolo JCT, Pereira ALS, Machado EAP, Silva WS. A síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. *Psicol Reflex Crit*. 2002; 15(1): 189-200.
- 145 Moreira DS, Magnago RF, Sakae TM, Magajewski FRL. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(7): 1559-68.
- 146 Tamayo MR. Burnout: implicações das fontes organizacionais de desajuste indivíduo-trabalho em profissionais da enfermagem. *Psicol Reflex Crit*. 2009; 22(3): 474-82.
- 147 Morin E, Tonelli MJ, Pliopas ALV. O trabalho e seus sentidos. *Psicologia & sociedade* [online]. 2007; 19: 47-56.
- 148 Dal Pai D, Lautert L. O trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde dos profissionais de enfermagem. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2008; 16(3): 439-44.
- 149 Machado AG, Merlo ARC. Cuidadores: seus amores e suas dores. *Psicol Soc*. 2008; 20(3): 444-52.

- 150 Gomes L, Masson LP, Brito JC, Athayde M. Competências, sofrimento e construção de sentido na atividade de auxiliares de enfermagem em Utin. *Trab Educ Saúde*. 2011; 9(1): 137-56.
- 151 Zaluar A, Leal MC. Violência intra e extra muros. *Rev Bras Ci Soc*. 2001; 16(45): 145-64.
- 152 Trindade LL, Lautert L, Beck CLC. Mecanismos de enfrentamento utilizados por trabalhadores esgotados e não esgotados da estratégia de saúde da família. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2009; 17(5): 607-12.
- 153 Molinier P. Psicodinâmica do trabalho e relações sociais de sexo: um itinerário interdisciplinar - 1988-2002. *Prod*. 2004; 14(3): 14-26.
- 154 World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety. Patientsafety workshop: learning from error. Geneva (Switzerland): World Health Organization, 2010.
- 155 Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Health Work Environments Best Practice Guidelines. Preventing and Managing Violence in the Workplace (Ontario): RNAO, 2009.
- 156 Barros RB, Barros MEB. Da dor ao prazer no trabalho. *Trabalhador da saúde: muito prazer! protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Ed Unijuí; 2007.
- 157 Dall'Agnol CM, Martini AC. Reuniões de trabalho: mais que uma ferramenta administrativa, um processo educativo. *Texto Contexto – Enferm*. 2003; 12(1): 89-96.
- 158 Campos PHF, Campos DTF. Fetichização e banalização da violência: a clivagem do eu e a “forclusão” do sujeito. In Souza M, Martins F, Araújo JNG, organizadores. *Dimensões da violência: conhecimento, subjetividade e sofrimento psíquico*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2011.
- 159 Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Cien Saúde Colet*. 2005; 10(4): 975-86.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

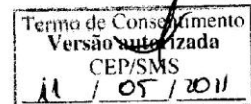
O(A) senhor(a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado **“Violência no Trabalho em Saúde: implicações para a saúde dos trabalhadores”**, cujo objetivo é “Analisar a violência presente no trabalho em saúde e as suas implicações para a saúde dos trabalhadores.” Você foi selecionado por meio de um sorteio aleatório simples para fazer parte da amostra de 297 trabalhadores do seu hospital que será convidada a participar dessa pesquisa. Você poderá contribuir com a mensuração e compreensão da violência no seu local de trabalho. A sua participação na pesquisa consta em responder a um questionário (protocolo de pesquisa) com perguntas sobre o seu trabalho e a ocorrência da violência. Se for necessário posteriormente você também poderá ser contatado para participar da segunda etapa do estudo, que consta de uma entrevista gravada em áudio, com perguntas abertas, que lhe permitirão discorrer sobre a mesma temática. Além desses, nenhum outro procedimento está envolvido à execução dessa pesquisa.

A sua participação não pressupõe recompensas financeiras ou privilégios relacionados ao seu setor de trabalho e, além disso, o (a) senhor (a) poderá encerrar a sua participação em qualquer fase do estudo, sem sofrer qualquer penalidade ou constrangimento como consequência desse ato. O tempo dispensado para o preenchimento do questionário (aproximadamente 30 minutos) será um inconveniente para a sua participação, não havendo nenhum outro risco relacionado. Todas as informações coletadas com a sua participação serão utilizadas somente para fins desta pesquisa e serão analisadas em conjunto, preservando o seu anonimato. A gravação da entrevista será destruída após sua transcrição, sendo o registro da transcrição de suas falas e o questionário guardadas por 5(cinco) anos, de acordo com a Lei dos Direitos Autorais 9610, de 1998. Decorrido esse período, esses materiais serão destruídos.

Somente a equipe de pesquisa, sob supervisão do pesquisador responsável, terá acesso aos dados da pesquisa. Os resultados obtidos neste estudo poderão ser publicados com finalidade científica, contudo, sempre será mantido o anonimato dos participantes. Você ainda poderá ter acesso aos resultados do estudo na defesa pública da tese de doutorado ao término da pesquisa ou pelo relatório da mesma, que ficará disponível ao público pelas bases de consulta bibliográfica *on-line* da CAPES, bem como em cópia física disponível na biblioteca da Escola de Enfermagem da UFRGS e na sua instituição hospitalar. A pesquisa ainda conta com apoio do Centro de Avaliação Psicológica, Seleção e Orientação Profissional do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CAP-SOP/UFRGS), caso a sua participação venha a desencadear a necessidade de atendimento psicológico.

Em caso de qualquer outra dúvida, você poderá contatar com o professora Orientadora do projeto, Profª Dra. Liana Lautert, responsável pelo estudo, pelo telefone (51) 3308-5171, ou com a doutoranda Enf. Me. Daiane Dal Pai pelo telefone (51) 8412.4620, e com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre pelo telefone (51) 32895517 ou 91441379.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2011.



Assinatura do voluntário

Assinatura do pesquisador responsável

Observação: o presente documento, baseado no item IV das Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a Pesquisa em Saúde, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96), será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do participante e a outra com o (a) pesquisador (a) responsável.

APÊNDICE B – Questionário de Pesquisa

PROTOCOLO DE PESQUISA

Violência no trabalho: implicações para a saúde do trabalhador.
Pesquisadora responsável: Enf. Dda. Daiane Dal Pai

Nº: / /2011

Entrevistador:

A) DADOS GERAIS DO PROFISSIONAL

A.1 Sexo: (1) maculino (2) feminino	ASEXO	
A.2 Data de nascimento: ____ / ____ / ____	ANASC	
A.3 Cor da pele: (1) negra (2) parda (3) branca (4) outra	APELE	
A.4 Escolaridade (em anos de estudo completos e aprovados): _____	AESCOL	
A.5 Situação conjugal: (1) Solteiro, viúvo ou sem companheiro (2) Casado ou com companheiro	ASITCONJ	
A.6 Número de filhos: _____	AFILHO	
A.7 Tabagista: (1) sim (2) não	ATABAG	
A.8 Nº médio de horas de sono nas 24 horas: _____	AHRSONO	
A.9 Quantos dias da semana você faz uso de alguma bebida alcoólica? (1) nenhum (2) 1 a 2 dias (3) mais de 3 dias	AALCOOL	

B) INFORMAÇÕES SOBRE O TRABALHADOR

B.1 Quantos anos de experiência na área da saúde(em anos)? _____	BANOSEXP	
B.2 Data de admissão nesta Instituição: ____ / ____ / ____	BADM	
B.3 Setor de trabalho: (1) Poli/Sala 6/Sutura/Bucomaxilo/SAMU (2) Unidade aberta (internação) (3) Unidade fechada (UTI, BC) (4) Outro _____	BSETOR	
B.4 Função na Instituição: (1) Enfermeiro(a) (2) Médico(a) (3) Técnico(a)/auxiliar de enfermagem (4) Outro profissional _____	BFUNCAO	
B.5 Você possui algum cargo de chefia? (1) sim (2) não	BCHEFIA	
B.6 Carga horária de trabalho semanal no HPS: _____ horas	BCHSEM	
B.7 Trabalha em outra instituição? (1) sim (2) não	BTRABOUTRA	
B.8 Qual seu turno de trabalho? (1) Manhã (2) Tarde (3) Noite (4) Intermediário (5)Outro _____	BTURNO	
B.9 Você interage com pacientes durante o seu trabalho? (1) sim (2) não	BINTPCTE	
B.10 Você tem normalmente contato físico com seus pacientes(lavando, virando, erguendo, contendo...)? (1) sim (2) não	NCONTFIS	
B.11 Os pacientes com quem você trabalha mais frequentemente são: (1) Crianças/adolescentes (2) Adultos/idosos (3) Ambos	BPCTEFREQ	
B.12 Quantos profissionais costumam estar presentes com você durante seu trabalho? _____	BQNTPROF	
B.13 Você está satisfeito com o local onde trabalha? (1) sim (2) não	BSATTRAB	
B.14 Você se sente reconhecido pelo trabalho que realiza? (1) sim, por quem? _____ (2) não, por quem? _____	BRECTRAB	
B.15 Como você avalia os seus relacionamentos interpessoais no seu local de trabalho? (1) Péssimos (2) Ruins (3) Regulares (4) Bons (5) Ótimos	BRELTRAB	
B.16 Você já sofreu acidente(s) no trabalho ou quando estava se deslocando para/do trabalho? (1) sim, _____ vezes, como _____ (2) não	BACDESLOC	
B.17 Quantos dias você precisou se ausentar do trabalho no último ano? _____ dias	BDIASAUS	
B.18 Quanto você está preocupado(a) com a violência em seu local de trabalho? <i>não está nem um pouco preocupado</i> (1) ---- (2) ---- (3) ---- (4) ---- (5) <i> muito preocupado</i>	BPREOCVIOL	
B.19 Existem procedimentos para o relato da violência em seu local de trabalho? (1) sim (2) não	BPROCRELVIO	
B.20 Existe algum estímulo para o relato da violência no seu local de trabalho? (1) sim, de quem? _____ (2) não	BESTRELVIO	

AVALIAÇÃO DA VIOLÊNCIA FÍSICA

VF - "Violência física refere-se ao uso de força física contra outra pessoa ou grupo, que resulta em dano físico, sexual ou psicológico. Pode incluir soco, chute, tapa, esfaqueamento, tiro, empurrão, mordida e/ou beliscão, dentre outros"

VF. 1 Nos últimos 12 meses, você foi fisicamente agredido em seu local de trabalho?

(1) sim (2) não (então passe para a questão **VF 2**)

VFAGRED

VF. 1.1 Com relação à última vez que você foi fisicamente agredido, tratou-se de:

(1) violência física com arma (2) violência física sem arma

VFARMA

VF. 1.2 Você considera esta uma situação típica em seu local de trabalho?

(1) sim (2) não

VFSITTIP

VF. 1.3 Quem agrediu você?(1) paciente (2) familiar/cuidador de paciente (3) Colega de trabalho

(4) Chefia/supervisor (5) Outro _____

VFQUEM

VF. 1.4 Onde ocorreu o incidente?(1) dentro da instituição (2) fora da instituição (no trajeto do/para o trabalho)

VFONDE

VF. 1.5 Como você reagiu ao ocorrido? Assinale todas as opções pertinentes:

- (1) Não teve reação (2) pediu a pessoa para parar
 (3) tentou fingir que nada aconteceu (4) tentou defender-se fisicamente
 (5) contou para amigos/familiares (6) buscou aconselhamento
 (7) contou para um colega (8) relatou para um chefe
 (9) pediu transferência (10) buscou ajuda do sindicato/conselho/associação
 (11) registrou o evento (12) registrou pedido de indenização/abriu processo

VFREACAO

VF. 1.6 Você acha que o incidente poderia ter sido evitado?

(1) sim (2) não

VFEVITADO

VF. 1.7 O ocorrido resultou em ferimento?

(1) sim (2) não

VFFERIMEN

VF. 1.8 Você precisou de assistência médica?

(1) sim (2) não

VFASSMED

VF. 1.9 Indique os problemas que você vivenciou após a experiência da violência física (uma opção por questão):

	Desde que você foi agredido, o quão incomodado você tem sido por:	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
VF.1.9.1	Memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
VF.1.9.2	Evitar pensar ou falar sobre a agressão ou evitar sentimentos relacionados à mesma?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
VF.1.9.3	Permanecer "super-alerta", vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso(a)?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
VF.1.9.4	Sentimento de que suas atividades passaram a ser mais penosas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

VFMEM

VFEVITAR

VFALERTA

VFSENT

VF. 1.10 Você teve que se retirar do local de trabalho após a agressão?

(1) sim, por _____ hora(s) (2) não

VFRETTRAB

<p>VF. 1.11 Foi tomada alguma providência diante do evento? (1) sim, por quem? _____ (2) não</p>	VFPROV	
<p>VF. 1.12 Quais foram as consequências para o agressor? (1) nenhuma (2) advertência verbal (3) interrompeu o tratamento/transferência de setor (4) registro na polícia (5) processo ao agressor (6) não sabe (7) outro _____</p>	VFCONSQ	
<p>VF. 1.13 Seu empregador ou supervisor ofereceu ajuda? (1) não ofereceu (2) ofereceu aconselhamento (3) ofereceu oportunidade de falar ou relatar o ocorrido (4) outro suporte _____</p>	VFAJUD	
<p>VF. 1.14 Avalie o seu grau de satisfação em relação à forma como o incidente foi tratado <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <i>Totalmente insatisfeito (1) ---- (2) ---- (3) ---- (4) ---- (5) muito satisfeito</i> </div> </p>	VFSATTRAT	
<p>VF. 1.15 Se você não relatou ou falou sobre o incidente com outras pessoas, por que não o fez? Assinale todas as opções pertinentes: (1) Não foi importante (2) Sentiu-se envergonhado (3) Sentiu-se culpado (4) Não sabia a quem relatar (5) Ficou com medo de consequências negativas (6) Considerou que de qualquer forma não seriam tomadas providências (7) Outro _____</p>	VFPQNAOREL	
<p>VF. 2 Nos últimos 12 meses, você presenciou situações de violência física no seu local de trabalho? (1) Sim, _____ vezes (2) não</p>	VFPRESENC	

AVALIAÇÃO DA VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA

“Violência psicológica é definida como o uso intencional de poder, incluindo ameaça de força contra outra pessoa ou grupo, que possa resultar em dano ao desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral ou social. Violência psicológica inclui agressão verbal, intimidação/assédio moral (humilhação/desmoralização), discriminação e ameaças.”

AV - AGRESSÃO VERBAL		
<p style="text-align: center;">AGRESSÃO VERBAL</p> <p>refere-se ao comportamento que humilha, degrada ou, de outra forma, indica uma falta de respeito com a dignidade e o valor do indivíduo.</p>		
<p>AV. 1 Nos últimos 12 meses, você foi agredido verbalmente em seu local de trabalho? (1) sim (2) não (então passe para a questão IAM)</p>	AVAGREDIDO	
<p>AV. 2 Quantas vezes você foi agredido verbalmente nos últimos 12 meses? _____ vezes</p>	AVQNTS	
<p>AV.3 Considerando a última vez que você sofreu uma agressão verbal, quem agrediu você? (1) paciente (2) familiar/cuidador de paciente (3) Colega de trabalho (4) chefia/supervisor (5) outro _____</p>	AVQUEM	
<p>AV.4 Você considera esta uma situação típica em seu local de trabalho? (1) sim (2) não</p>	AVTIPICO	

AV.5 **Onde ocorreu o incidente?**(1) dentro da instituição (2) fora da instituição (no trajeto do/para o trabalho)

AVONDE

AV.6 **Como você reagiu ao ocorrido? Assinale todas as opções pertinentes:**

- (1) não teve reação (2) pediu a pessoa para parar
(3) tentou fingir que nada aconteceu (4) tentou defender-se fisicamente
(5) contou para amigos/familiares (6) buscou aconselhamento
(7) contou para um colega (8) relatou para um chefe
(9) pediu transferência (10) buscou ajuda do sindicato/conselho/associação
(11) registrou o evento (12) registrou pedido de indenização/abriu processo

AVREACAO

AV.7 **Você acha que o incidente poderia ter sido evitado?**

- (1) sim (2) não

AVEVITA

AV.8 **Indique os problemas que você vivenciou após a experiência da violência verbal** (uma opção por questão):

	Desde que você foi agredido, o quanto incomodado você tem sido por:	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
AV.8.1	Memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
AV.8.2	Evitar pensar ou falar sobre a agressão ou evitar sentimentos relacionados à mesma?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
AV.8.3	Permanecer "super-alerta", vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso(a)?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
AV.8.4	Sentimento de que suas atividades passaram a ser mais penosas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

AVMEM

AVEVITAR

AVALERTA

AVSENT

AV.9 **Foi tomada alguma providência diante do evento?**

- (1) sim, por quem? _____ (2) não

AVPROV

AV.10 **Quais foram as consequências para o agressor?**

- (1) nenhuma (2) advertência verbal (3) interrompeu o tratamento/transferência de setor
(4) registro na polícia (5) processo ao agressor (6) não sabe (7) outro _____

AVCONSEQ

AV.11 **Seu empregador ou supervisor ofereceu ajuda?**

- (1) não ofereceu (2) ofereceu aconselhamento
(3) ofereceu oportunidade de falar ou relatar o ocorrido (4) outro suporte _____

AVAJUDA

AV.12 **Avalie o seu grau de satisfação em relação à forma como o incidente foi tratado**

Totalmente insatisfeito (1) ---- (2) ---- (3) ---- (4) ---- (5) *muito satisfeito*

AVSATIF

AV.13 **Se você não relatou ou falou sobre o incidente com outras pessoas, por que não o fez?**

- Assinale todas as opções pertinentes: (1) Não foi importante (2) Sentiu-se envergonhado
(3) Sentiu-se culpado (4) Não sabia a quem relatar (5) Ficou com medo de consequências negativas
(6) Considerou que de qualquer forma não seriam tomadas providências (7) Outro _____

AVPQNAOREL

IAM - INTIMIDAÇÃO/ASSÉDIO MORAL

INTIMIDAÇÃO / ASSÉDIO MORAL

refere-se a comportamento ofensivo, humilhante, que desqualifica ou desmoraliza repetido e em excesso, através de ataques vingativos, cruéis e maliciosos que objetiva rebaixar um indivíduo ou grupo de trabalhadores(as).

IAM.1 Nos últimos 12 meses, você foi intimidado, humilhado, dequalificado ou desmoralizado de forma persistente em seu local de trabalho?

(1) sim (2) não (então passe para a questão AS)

IAMINTIMID

IAM.2 Com que frequência isto tem acontecido nos últimos 12 meses?

(1) todo o tempo (2) às vezes (3) uma vez

IAMFREQ

IAM.3 Considerando a última vez que você foi intimidado/agredido moralmente, quem agrediu?

(1) paciente (2) familiar/cuidador de paciente (3) Colega de trabalho

(4) chefia/supervisor (5) outro _____

IAMQUEM

IAM.4 Você considera esta uma situação típica em seu local de trabalho?

(1) sim (2) não

IAMTIPICO

IAM.5 Onde ocorreu o incidente?(1) dentro da instituição (2) fora da instituição (no trajeto do/para o trabalho)

IAMONDE

IAM.6 Como você reagiu ao ocorrido? Assinale todas as opções pertinentes:

- (1) não teve reação
- (2) pediu a pessoa para parar
- (3) tentou fingir que nada aconteceu
- (4) tentou defender-se fisicamente
- (5) contou para amigos/familiares
- (6) buscou aconselhamento
- (7) contou para um colega
- (8) relatou para um chefe
- (9) pediu transferência
- (10) buscou ajuda do sindicato/conselho/associação
- (11) registrou o evento
- (12) registrou pedido de indenização/abriu processo

IAMREACAO

IAM.7 Indique os problemas que você vivenciou em detrimento da intimidação/assédio moral(uma opção por questão):

	Desde que você foi agredido, o quão incomodado você tem sido por:	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
IAM.7.1	Memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
IAM.7.2	Evitar pensar ou falar sobre a agressão ou evitar sentimentos relacionados à mesma?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
IAM.7.3	Permanecer "super-alerta", vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso(a)?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
IAM.7.4	Sentimento de que suas atividades passaram a ser mais penosas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

IAMMEM

IAMEVITAR

IAMALERTA

IAMSENT

IAM.8 Você acha que o incidente poderia ter sido evitado?

(1) sim (2) não

IAMPODEVIT

IAM.9 Foi tomada alguma providência diante do evento?

(1) sim, por quem? _____ (2) não

IAMPROVID

<p>IAM.10 Quais foram as consequências para o agressor? (1) nenhuma (2) advertência verbal (3) interrompeu o tratamento/transferência de setor (4) registro na polícia (5) processo ao agressor (6) não sabe (7) outro _____</p>	IAMCONSEQ	
<p>IAM.11 Seu empregador ou supervisor ofereceu ajuda com: (1) não ofereceu (2) ofereceu aconselhamento (3) ofereceu oportunidade de falar ou relatar o ocorrido (4) outro suporte _____</p>	IAMAJUDA	
<p>IAM.12 Avalie o seu grau de satisfação em relação à forma como o incidente foi tratado <i>Totalmente insatisfeito (1) ---- (2) ---- (3) ---- (4) ---- (5) muito satisfeito</i></p>	IAMSATISF	
<p>IAM.13 Se você não relatou ou falou sobre o incidente com outras pessoas, por que não o fez? Assinale todas as opções pertinentes: (1) Não foi importante (2) Sentiu-se envergonhado (3) Sentiu-se culpado (4) Não sabia a quem relatar (5) Ficou com medo de consequências negativas (6) Considerou que de qualquer forma não seriam tomadas providências (7) Outro _____</p>	IAMPQNAOREL	

AS – ASSÉDIO SEXUAL		
<p align="center">ASSÉDIO SEXUAL <i>refere-se a qualquer comportamento indesejável, unilateral e não esperado de natureza sexual que é ofensivo para a pessoa envolvida e repercute em ameaça, humilhação ou incômodo/constrangimento a esta pessoa.</i></p>		
<p>AS.1 Nos últimos 12 meses, você foi assediado sexualmente seu local de trabalho? (1) sim (2) não (então passe para a questão DR)</p>	ASASSEDIO	
<p>AS.2 Com que frequência isto tem acontecido nos últimos 12 meses? (1) todo o tempo (2) às vezes (3) uma vez</p>	ASFREQ	
<p>AS.3 Considerando a última vez que você foi assediado sexualmente, quem agrediu? (1) paciente (2) familiar/cuidador de paciente (3) Colega de trabalho (4) chefia/supervisor (5) outro _____</p>	ASQUEM	
<p>AS.4 Você considera esta uma situação típica em seu local de trabalho? (1) sim (2) não</p>	ASTIPICO	
<p>AS.5 Onde ocorreu o incidente?(1) dentro da instituição (2) fora da instituição (no trajeto do/para o trabalho)</p>	ASONDE	
<p>AS.6 Como você reagiu ao ocorrido? Assinale todas as opções pertinentes:</p> <p>(1) não teve reação (2) pediu a pessoa para parar (3) tentou fingir que nada aconteceu (4) tentou defender-se fisicamente (5) contou para amigos/familiares (6) buscou aconselhamento (7) contou para um colega (8) relatou para um chefe (9) pediu transferência (10) buscou ajuda do sindicato/conselho/associação (11) registrou o evento (12) registrou pedido de indenização/abriu processo</p>	ASREACAO	

AS.7 **Indique os problemas que você vivenciou em detrimento do assédio sexual** (uma opção por questão):

	Desde que você foi agredido, o quanto incomodado você tem sido por:	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
AS.7.1	Memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
AS.7.2	Evitar pensar ou falar sobre a agressão ou evitar sentimentos relacionados à mesma?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
AS.7.3	Permanecer "super-alerta", vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso(a)?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
AS.7.4	Sentimento de que suas atividades passaram a ser mais penosas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

AS.8 **Você acha que o incidente poderia ter sido evitado?**

(1) sim (2) não

AS.9 **Foi tomada alguma providência diante do evento?**

(1) sim, por quem? _____ (2) não

AS.10 **Quais foram as consequências para o agressor?**

(1) nenhuma (2) advertência verbal (3) interrompeu o tratamento/transferência de setor
(4) registro na polícia (5) processo ao agressor (6) não sabe (7) outro _____

AS.11 **Seu empregador ou supervisor ofereceu ajuda?**

(1) não ofereceu (2) ofereceu aconselhamento
(3) ofereceu oportunidade de falar ou relatar o ocorrido (4) outro suporte _____

AS.12 **Avalie o seu grau de satisfação em relação à forma como o incidente foi tratado**

Totalmente insatisfeito (1) ---- (2) ---- (3) ---- (4) ---- (5) *muito satisfeito*

AS.13 **Se você não relatou ou falou sobre o incidente com outras pessoas, por que não o fez?**

Assinale todas as opções pertinentes: (1) Não foi importante (2) Sentiu-se envergonhado
(3) Sentiu-se culpado (4) Não sabia a quem relatar (5) Ficou com medo de consequências negativas
(6) Considerou que de qualquer forma não seriam tomadas providências (7) Outro _____

ASMEM

ASEVITAR

ASALERTA

ASSENT

ASPODEVIT

ASPROV

ASCONSEQ

ASAJUDA

ASSATISF

ASPQNAOREL

DR - DISCRIMINAÇÃO RACIAL

DISCRIMINAÇÃO RACIAL

refere-se a qualquer conduta ameaçadora que é baseada em raça, cor, idioma, nacionalidade, religião, associação com uma minoria, nascimento ou outro status que seja unilateral ou indesejável e que afeta a dignidade de mulheres e homens no trabalho.

DR.1 **Nos últimos 12 meses, você sofreu discriminação racial em seu local de trabalho?**

(1) sim (2) não (então passe para a questão H)

DRDISRACIAL

DR.2 **Com que frequência isto tem acontecido nos últimos 12 meses?**

(1) todo o tempo (2) às vezes (3) uma vez

DRFREQ

DR.3 **Considerando a última vez que você foi discriminado racialmente, quem discriminou você?**

(1) paciente (2) familiar/cuidador de paciente (3) Colega de trabalho

(4) chefia/supervisor (5) outro _____

DRQUEM

DR.4 **Você considera esta uma situação típica em seu local de trabalho?**

(1) sim (2) não

DRTIPICO

DR.5 **Onde ocorreu o incidente?**(1) dentro da instituição (2) fora da instituição (no trajeto do/para o trabalho)

DRONDE

DR.6 **Como você reagiu a essa discriminação? Assinale todas as opções pertinentes:**

- (1) não teve reação (2) pediu a pessoa para parar
(3) tentou fingir que nada aconteceu (4) tentou defender-se fisicamente
(5) contou para amigos/familiares (6) buscou aconselhamento
(7) contou para um colega (8) relatou para um chefe
(9) pediu transferência (10) buscou ajuda do sindicato/conselho/associação
(11) registrou o evento (12) registrou pedido de indenização/abriu processo

DRREACAO

DR.7 **Indique os problemas que você vivenciou em detrimento da discriminação racial** (uma opção por questão):

	Desde que você foi agredido, o quanto incomodado você tem sido por:	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente	
DR.7.1	Memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	DRMEM
DR.7.2	Evitar pensar ou falar sobre a agressão ou evitar sentimentos relacionados à mesma?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	DREVITAR
DR.7.3	Permanecer "super-alerta", vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso(a)?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	DRALERTA
DR.7.4	Sentimento de que suas atividades passaram a ser mais penosas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	DRSENT

DR.8 **Você acha que o incidente poderia ter sido evitado?**

(1) sim (2) não

DRPODEVIT

DR.9 **Foi tomada alguma providência diante do evento?**

(1) sim, por quem? _____ (2) não

DRPROV

DR.10 **Quais foram as consequências para o agressor?**

(1) nenhuma (2) advertência verbal (3) interrompeu o tratamento/transferência de setor
(4) registro na polícia (5) processo ao agressor (6) não sabe (7) outro _____

DRCONSEQ

DR.11 **Seu empregador ou supervisor ofereceu ajuda?**

(1) não ofereceu (2) ofereceu aconselhamento
(3) ofereceu oportunidade de falar ou relatar o ocorrido (4) outro suporte _____

DRAJUDA

DR.12 **Avalie o seu grau de satisfação em relação à forma como o incidente foi tratado**

Totalmente insatisfeito (1) ---- (2) ---- (3) ---- (4) ---- (5) **muito satisfeito**

DRSATISF

DR.13 **Se você não relatou ou falou sobre o incidente com outras pessoas, por que não o fez?**

Assinale todas as opções pertinentes: (1) Não foi importante (2) Sentiu-se envergonhado
(3) Sentiu-se culpado (4) Não sabia a quem relatar (5) Ficou com medo de consequências negativas
(6) Considerou que de qualquer forma não seriam tomadas providências (7) Outro _____

DRPQNAOREL

HOSPITAL**H.1 O seu local de trabalho desenvolve condutas específicas para proteção à:**

		sim	não	não sabe
H.1.1	Saúde e segurança	(1)	(2)	(3)
H.1.2	Violência física	(1)	(2)	(3)
H.1.3	Agressão verbal	(1)	(2)	(3)
H.1.4	Intimidação/agressão moral	(1)	(2)	(3)
H.1.5	Assédio sexual	(1)	(2)	(3)
H.1.6	Discriminação	(1)	(2)	(3)
H.1.7	Ameaça	(1)	(2)	(3)

H.2 Quais medidas para lidar com a violência no trabalho existem no local em que você trabalha?

(Marque todas as opções pertinentes):

		Sim	Não
H.2.1	Medidas de segurança (guardas, alarmes, outros)	(1)	(2)
H.2.2	Melhoras no ambiente (iluminação, ruídos, condicionamento de ar, limpeza, privacidade, acesso fácil ao refeitório e sanitários, outros)	(1)	(2)
H.2.3	Controle do acesso à instituição (checagem da portaria)	(1)	(2)
H.2.4	Registro de paciente com comportamento agressivo anterior	(1)	(2)
H.2.5	Protocolos para pacientes agressivos (procedimentos de controle, contenção, transporte, medicação, programação de atividade, acesso à informação, outros)	(1)	(2)
H.2.6	Número suficiente de funcionários	(1)	(2)
H.2.7	Uso rigoroso de uniforme e identificação de todos que circulam no ambiente	(1)	(2)
H.2.8	Troca de plantão ou escala em caso necessário	(1)	(2)
H.2.9	Restrição do trabalho solitário	(1)	(2)
H.2.10	Treinamento/capacitação (enfrentamento da violência, habilidade de comunicação, resolução de conflitos, defesa pessoal, outros)	(1)	(2)
H.2.11	Investimentos em desenvolvimento de recursos humanos (promoção, premiação, outros)	(1)	(2)
H.2.12	Nenhuma	(1)	(2)

H.3 Quanto você acha que estas medidas poderiam melhorar seu local de trabalho?

		Nada	Pouco	Moderadamente	Muito
H.3.1	Medidas de segurança	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.2	Melhoras no ambiente	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.3	Controle do acesso à instituição	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.4	Registro de paciente com comportamento agressivo anterior	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.5	Protocolos para pacientes agressivos	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.6	Número suficiente de funcionários	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.7	Uso rigoroso de uniforme e identificação	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.8	Troca de plantão ou escala em caso necessário	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.9	Restrição do trabalho solitário	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.10	Treinamento/capacitação	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.11	Investimentos em desenvolvimento de recursos humanos	(1)	(2)	(3)	(4)
H.3.12	Outra	(1)	(2)	(3)	(4)

INVENTÁRIOS MBI e SRQ-20
INSTRUÇÕES: Por favor, responda com o que mais se aproxima de sua condição atual:

		Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
B.1	Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.2	Eu me sinto como se estivesse no meu limite.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.3	Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.4	Eu me sinto frustrado com meu trabalho.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.5	Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.6	Eu me sinto esgotado com meu trabalho.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.7	Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.8	Eu me sinto cansado quando me levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.9	Trabalhar com pessoas o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.10	Eu me sinto muito cheio de energia.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.11	Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com a minha clientela.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.12	No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com muita calma.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.13	Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com a minha clientela.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.14	Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.15	Eu trato de forma adequada os problemas da minha clientela.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.16	Eu posso entender facilmente o que sente a minha clientela acerca das coisas.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.17	Eu tenho realizado muitas coisas importantes neste trabalho.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.18	Eu sinto que os clientes me culpam por alguns dos seus problemas.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.19	Eu sinto que eu trato alguns dos meus clientes como se eles fossem objetos.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.20	Eu acho que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei esse trabalho.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.21	Eu acho que este trabalho está me endurecendo emocionalmente.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
B.22	Eu não me importo realmente com o que acontece com alguns dos meus clientes.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

		Sim	Não	
SRQ.1	Você tem dores de cabeça com frequência?	(1)	(2)	<p>Você aceitaria discorrer mais sobre este assunto, participando de uma entrevista com perguntas abertas?</p> <p>() Sim, melhor horário _____</p> <p>() Não, motivo _____</p>
SRQ.2	Tem falta de apetite?	(1)	(2)	
SRQ.3	Dorme mal?	(1)	(2)	
SRQ.4	Fica com medo com facilidade?	(1)	(2)	
SRQ.5	Suas mãos tremem?	(1)	(2)	
SRQ.6	Se sente nervoso, tenso ou preocupado?	(1)	(2)	
SRQ.7	Tem problema digestivo?	(1)	(2)	
SRQ.8	Não consegue pensar com clareza?	(1)	(2)	
SRQ.9	Sente-se infeliz?	(1)	(2)	
SRQ.10	Chora mais que o comum?	(1)	(2)	
SRQ.11	Acha difícil gostar de suas atividades diárias?	(1)	(2)	
SRQ.12	Acha difícil tomar decisões?	(1)	(2)	
SRQ.13	Seu trabalho diário é um sofrimento (tormento)?	(1)	(2)	
SRQ.14	Não é capaz de ter um papel útil na vida?	(1)	(2)	
SRQ.15	Perdeu interesse pelas coisas?	(1)	(2)	
SRQ.16	Acha que é uma pessoa que não vale nada?	(1)	(2)	
SRQ.17	O pensamento de acabar com a vida já passou por sua cabeça?	(1)	(2)	
SRQ.18	Se sente cansado o tempo todo?	(1)	(2)	
SRQ.19	Tem sensações desagradáveis no estômago?	(1)	(2)	
SRQ.20	Fica cansado com facilidade?	(1)	(2)	

APÊNDICE C – Tabela A

Tabela A – Distribuição dos Transtornos Psíquicos Menores segundo as características demográficas e laborais dos trabalhadores. Porto Alegre/RS, 2011

Características	Transtornos Psíquicos Menores		p	RP
	Sim	Não		
Sexo*			0,007 [§]	
Feminino	35 (22,3)	122 (77,7)		2,2 (1,2-4,3)
Masculino	11 (9,8)	101 (90,2)		1,0
Idade[†]	48,35 (±7,06)	48,24 (±7,48)	0,923	
Cor da pele*			0,065 [§]	
Branca	31 (14,8)	178 (85,2)		0,6 (0,34-1,02)
Outra	15 (25,0)	45 (75,0)		1,0
Situação conjugal*			0,889 [§]	
Com companheiro	29 (16,9)	143 (83,1)		1,0 (0,60-1,80)
Sem companheiro	17 (17,5)	80 (82,5)		1,0
Filho(s)[‡]	1 (0-2)	2 (1-2)	0,122	0,8 (0,6-1,1)
Escolaridade em anos[‡]	16 (13-19,25)	18 (14-22)	0,021	0,9 (0,9-1,0)
Média de horas de sono[†]	6,39 (±1,54)	6,51 (±1,24)	0,620	0,9 (0,7-1,2)
Tabagismo*			0,078 [§]	
Sim	9 (28,1)	23 (71,9)		1,8 (0,96-3,38)
Não	37 (15,6)	200 (84,4)		1,0
Consumo álcool/semana*				
Nenhuma	29 (20,1)	115 (79,9)	0,859	0,9 (0,4-2,1)
1 a 2 dias	12 (11,9)	89 (88,1)	0,208	0,5 (0,2-1,4)
> 3 dias	5 (21,7)	18 (78,3)		1,0
Tempo de experiência na saúde[†]	26,22 (±7,16)	24,49 (±7,93)	0,145	1,0 (1,0-1,1)
Tempo de trabalho na instituição[†]	15,62 (±6,97)	15,34 (±7,81)	0,810	1,0 (1,0-1,0)
Sector de trabalho*				
SAE	13 (22,0)	46 (78,0)	0,311	1,6 (0,6-3,8)
Unidade crítica	19 (16,0)	100 (84,0)	0,756	1,1 (0,5-2,7)
Unidade de internação	8 (16,7)	40 (83,3)	0,721	1,2 (0,4-3,2)
Outro	6 (14,0)	37 (86,0)		1,0
Categoria profissional*				
Auxiliar/técnico de enfermagem	26 (21,3)	96 (78,7)	0,099	3,2 (0,8-12,7)
Enfermeiro	6 (22,2)	21 (77,8)	0,119	3,3 (0,7-15,1)
Médico	12 (13,3)	78 (86,7)	0,345	2,0 (0,5-8,4)
Outro	2 (6,7)	28 (93,3)		1,0
Turno de trabalho*				
Diurno	19 (17,9)	87 (82,1)	0,334	1,4 (0,7-2,8)
Noturno	16 (21,3)	59 (78,7)	0,136	1,7 (0,8-3,4)
Plantão	11 (12,5)	77 (87,5)		1,0
Carga horária semanal[‡]	40 (30-40)	40 (30-40)	0,123	1,0 (1,0-1,1)
Atua em outra instituição*			0,325 [§]	
Sim	14 (14,1)	85 (85,9)		0,8 (0,42-1,34)
Não	32 (18,8)	138 (81,2)		1,0
Nº profissionais presentes no local[‡]	6 (5-9)	6 (4-8)	0,122	1,0 (1,0-1,1)
Cargo de chefia*				
Sim	4 (16,7)	20 (83,3)	0,953 [§]	1,0 (0,38-2,48)
Não	42 (17,1)	203 (82,9)		1,0

Características	Transtornos Psíquicos Menores		p	RP
	Sim	Não		
Pacientes que atende*				
Crianças/adolescentes	2 (16,7)	10 (83,3)	0,954	1,0 (0,2-3,6)
Adultos/idosos	21 (16,5)	106 (83,5)	0,867	1,0 (0,6-1,6)
Ambos	22 (17,3)	105 (82,7)		1,0
Acidentes de Trabalho*			0,295 [§]	
Sim	27 (19,4)	112 (80,6)		1,3 (0,78-2,27)
Não	19 (14,6)	111 (85,4)		1,0
Nº de acidentes[‡]	1 (0-3)	1 (0-1)	<0,001	1,3 (1,1-1,4)
Dias ausentes do último ano[‡]	1 (0-25)	0 (0-5)	<0,001	1,0 (1,0-1,0)
Satisfação com local de trabalho*			0,017 [§]	
Sim	20 (12,7)	138 (87,3)		0,5 (0,31-0,90)
Não	26 (23,9)	83 (76,1)		1,0
Avaliação dos relacionamentos interpessoais[‡]	4 (3-4)	4 (4-4)	0,156	0,8 (0,6-1,1)
Preocupação com a violência[‡]	4 (3-5)	3 (2-5)	0,036	1,2 (1,0-1,5)
Reconhecimento*			0,024 [§]	
Sim	19 (12,6)	132 (87,4)		0,5 (0,32-0,93)
Não	27 (23,1)	90 (76,9)		1,0
Violência*			0,003 [§]	
Sim	38 (82,6)	132 (59,2)		2,8 (1,3-5,7)
Não	8 (17,4)	91 (40,8)		1,0
Quantos tipos de violência[‡]	2 (1-2)	1 (0-1)	<0,001	1,7 (1,4-2,1)

*n (%); †Média (Desvio Padrão); ‡Mediana (Intervalo Interquartílico); §qui-quadrado; ||qui-quadrado de Wald.

Nota: Dias ausentes foi uma variável que apresentou ampla variabilidade, por isso o intervalo de confiança aparenta restrição. Este foi o motivo pelo qual a variável se apresenta categorizada no modelo de regressão.

APÊNDICE D – Tabela B

Tabela B – Distribuição das médias de Exaustão Emocional segundo características demográficas e laborais dos trabalhadores. Porto Alegre/RS, 2011

Características	Dimensão Exaustão Emocional	p
Sexo*		0,049 [†]
Feminino	29,34 (±11,9)	
Masculino	26,51 (±11,0)	
Idade‡	-0,022	0,724 [§]
Cor da pele*		0,035 [†]
Branca	27,36 (±11,37)	
Outra	30,95 (±12,24)	
Situação conjugal*		0,271 [†]
Com companheiro	27,58 (±11,75)	
Sem companheiro	29,21 (±11,43)	
Filho(s) ‡	-0,120	0,049
Escolaridade em anos‡	-0,046	0,457
Média de horas de sono‡	0,000	0,995 [§]
Tabagismo*		0,926 [†]
Sim	28,34 (±12,26)	
Não	28,14 (±11,58)	
Consumo álcool/semana*		0,339
Nenhuma	29,05 (±11,80)	
1 a 2 dias	26,82 (±11,47)	
> 3 dias	28,17 (±11,41)	
Tempo de experiência na saúde‡	0,052	0,393 [§]
Tempo de trabalho na instituição‡	-0,037	0,542 [§]
Sector de trabalho*		0,089
SAE	30,27 (±12,35)	
Unidade crítica	26,20 (±10,77)	
Unidade de internação	28,81 (±11,17)	
Outro	29,98 (±12,93)	
Categoria profissional*		0,660
Auxiliar/técnico de enfermagem	28,80 (±11,58)	
Enfermeiro	29,11 (±10,43)	
Médico	26,91 (±12,05)	
Outro	28,50 (±11,92)	
Turno de trabalho*		0,526
Diurno	29,14 (±11,09)	
Noturno	27,76 (±11,61)	
Plantão	27,33 (±12,33)	
Carga horária semanal‡	0,025	0,680
Atua em outra instituição*		0,409 [†]
Sim	27,39 (±11,04)	
Não	28,61 (±11,98)	
Nº profissionais presentes no local ‡	-0,032	0,609
Cargo de chefia*		0,868 [†]
Sim	28,54 (±13,59)	
Não	28,13 (±11,46)	

Características	Dimensão Exaustão Emocional	p
Pacientes que atende*		0,096 [¶]
Crianças/adolescentes	22,3 (\pm 8,2)	
Adultos/idosos	27,3 (\pm 11,1)	
Ambos	29,2 (\pm 12,1)	
Acidentes de Trabalho*		0,488 [†]
Sim	28,64 (\pm 11,79)	
Não	27,65 (\pm 11,50)	
Nº de acidentes[‡]	0,075	0,222
Dias ausentes do último ano[‡]	0,153	0,012
Satisfação com local de trabalho*		<0,001 [†]
Sim	24,85 (\pm 10,73)	
Não	32,99 (\pm 11,30)	
Avaliação dos relacionamentos interpessoais[‡]	-0,220	<0,001
Preocupação com a violência[‡]	0,288	<0,001
Reconhecimento*		<0,001 [†]
Sim	24,15 (\pm 9,65)	
Não	33,32 (\pm 12,03)	
Violência*		<0,001 [†]
Sim	30,27 (\pm 11,17)	
Não	24,55 (\pm 11,60)	
Quantos tipos de violência[‡]	0,322	<0,001

*Média (Desvio Padrão); [†]t de Student; [‡]Coefficiente de Correlação; [§]Pearson; ^{||}Spearmen; [¶]ANOVA

APÊNDICE E – Tabela C

Tabela C – Distribuição das médias de Realização Profissional segundo características demográficas e laborais dos trabalhadores. Porto Alegre/RS, 2011

Características	Dimensão Realização Profissional	P
Sexo*		0,068 [†]
Feminino	46,59 (\pm 7,753)	
Masculino	48,11 (\pm 5,878)	
Idade[‡]	0,178	0,003 [§]
Cor da pele*		0,280 [†]
Branca	47,47 (\pm 6,981)	
Outra	46,35 (\pm 7,327)	
Situação conjugal*		0,268 [†]
Com companheiro	47,59 (\pm 6,671)	
Sem companheiro	46,56 (\pm 7,696)	
Filho(s)[‡]	0,223	<0,001
Escolaridade em anos[‡]	0,033	0,588
Média de horas de sono[‡]	-0,110	0,072 [§]
Tabagismo*		0,476 [†]
Sim	46,13 (\pm 9,435)	
Não	47,37 (\pm 6,689)	
Consumo álcool/semana*		0,476 [†]
Nenhuma	46,93 (\pm 7,431)	
1 a 2 dias	47,20 (\pm 6,705)	
> 3 dias	48,87 (\pm 6,254)	
Tempo de experiência na saúde[‡]	0,135	0,027 [§]
Tempo de trabalho na instituição[‡]	0,149	0,015 [§]
Setor de trabalho*		0,183 [†]
SAE	47,49 (\pm 7,106)	
Unidade crítica	46,94 (\pm 7,353)	
Unidade de internação	48,90 (\pm 5,146)	
Outro	45,74 (\pm 7,817)	
Categoria profissional*		0,117 [†]
Auxiliar/técnico de enfermagem	47,20 (\pm 7,603)	
Enfermeiro	45,96 (\pm 6,925)	
Médico	48,33 (\pm 6,089)	
Outro	45,07 (\pm 7,258)	
Turno de trabalho*		0,177 [†]
Diurno	46,41 (\pm 7,042)	
Noturno	47,11 (\pm 7,877)	
Plantão	48,30 (\pm 6,243)	
Carga horária semanal[‡]	-0,004	0,942
Atua em outra instituição*		0,765 [†]
Sim	47,05 (\pm 6,628)	
Não	47,32 (\pm 7,319)	
Nº profissionais presentes no local	-0,016	0,798
Cargo de chefia		0,241 [†]
Sim	48,83 (\pm 6,605)	
Não	47,06 (\pm 7,097)	

Características	Dimensão Realização Profissional	p
Pacientes que atende*		0,405 [¶]
Crianças/adolescentes	49,0 (\pm 6,3)	
Adultos/idosos	46,9 (\pm 6,9)	
Ambos	47,8 (\pm 6,5)	
Acidentes de Trabalho*		0,938 [‡]
Sim	47,25 (\pm 6,761)	
Não	47,18 (\pm 7,395)	
Nº de acidentes[‡]	-0,051	0,404 [¶]
Dias ausentes do último ano[‡]	-0,019	0,761 [¶]
Satisfação com local de trabalho*		0,005 [‡]
Sim	48,18 (\pm 6,465)	
Não	45,72 (\pm 7,660)	
Avaliação dos relacionamentos interpessoais[‡]	0,248	<0,001 [¶]
Preocupação com a violência[‡]	-0,074	0,226 [¶]
Reconhecimento*		<0,001 [‡]
Sim	48,83 (\pm 5,876)	
Não	45,13 (\pm 7,920)	
Violência*		0,099 [‡]
Sim	46,68 (\pm 6,773)	
Não	48,15 (\pm 7,473)	
Quantos tipos de violência[‡]	-0,150	0,014 [¶]

*Média (Desvio Padrão); [†]t de Student; [‡]Coefficiente de Correlação; [§]Pearson; [¶]Spearmen; [¶]ANOVA

APÊNDICE F – Tabela D

Tabela D – Distribuição das médias de Despersonalização segundo características demográficas e laborais dos trabalhadores. Porto Alegre/RS, 2011

Características	Dimensão Despersonalização	p
Sexo*		0,566 [†]
Feminino	10,79 (\pm 6,026)	
Masculino	10,38 (\pm 5,639)	
Idade[‡]	-0,125	0,040 [§]
Cor da pele*		0,446 [†]
Branca	10,70 (\pm 5,982)	
Outra	10,05 (\pm 5,107)	
Situação conjugal*		0,674 [†]
Com companheiro	10,44 (\pm 5,656)	
Sem companheiro	10,75 (\pm 6,061)	
Filho(s)[‡]	-0,174	0,004
Escolaridade em anos[‡]	0,085	0,167
Média de horas de sono[‡]	0,040	0,517 [§]
Tabagismo*		0,421 [†]
Sim	11,59 (\pm 7,947)	
Não	10,41 (\pm 5,448)	
Consumo álcool/semana*		0,548
Nenhuma	10,81 (\pm 5,912)	
1 a 2 dias	10,39 (\pm 5,936)	
> 3 dias	9,43 (\pm 4,251)	
Tempo de experiência na saúde[‡]	-0,091	0,138 [§]
Tempo de trabalho na instituição[‡]	-0,128	0,037 [§]
Sector de trabalho*		0,006
SAE	11,64 (\pm 7,211)	
Unidade crítica	9,49 (\pm 4,453)	
Unidade de internação	9,96 (\pm 3,935)	
Outro	12,67 (\pm 7,720)	
Categoria profissional*		0,649
Auxiliar/técnico de enfermagem	10,26 (\pm 5,718)	
Enfermeiro	9,85 (\pm 4,546)	
Médico	10,87 (\pm 5,621)	
Outro	11,43 (\pm 7,523)	
Turno de trabalho*		0,243
Diurno	10,80 (\pm 5,605)	
Noturno	9,61 (\pm 5,777)	
Plantão	11,06 (\pm 6,006)	
Carga horária semanal[‡]	-0,042	0,498
Atua em outra instituição*		0,057 [†]
Sim	11,43 (\pm 6,296)	
Não	10,04 (\pm 5,437)	
Nº profissionais presentes no local[‡]	-0,099	0,108
Cargo de chefia*		0,862 [†]
Sim	10,75 (\pm 7,691)	
Não	10,53 (\pm 5,596)	

Características	Dimensão Despersonalização	p
Pacientes que atende*		0,456 [¶]
Crianças/adolescentes	8,5 (\pm 4,3)	
Adultos/idosos	10,6 (\pm 5,8)	
Ambos	10,7 (\pm 6,0)	
Acidentes de Trabalho*		0,161 [†]
Sim	10,07 (\pm 5,258)	
Não	11,07 (\pm 6,300)	
Nº de acidentes[‡]	-0,024	0,691
Dias ausentes do último ano[‡]	0,002	0,973
Satisfação com local de trabalho*		0,005 [†]
Sim	9,72 (\pm 5,083)	
Não	11,83 (\pm 6,546)	
Avaliação dos relacionamentos interpessoais[‡]	-0,177	0,004
Preocupação com a violência[‡]	0,098	0,107
Reconhecimento*		<0,001 [†]
Sim	9,38 (\pm 4,595)	
Não	12,08 (\pm 6,794)	
Violência*		0,002 [†]
Sim	11,32 (\pm 6,179)	
Não	9,23 (\pm 4,819)	
Quantos tipos de violência[‡]	0,164	0,007

*Média (Desvio Padrão); [†]t de Student; [‡]Coefficiente de Correlação; [§]Pearson; ^{||}Spearmen; [¶]ANOVA

APÊNDICE G – Roteiro de Entrevista

Nº da Entrevista:

Dados do Participante

Sexo:

Idade:

Turno:

Função:

Setor do hospital:

Tempo de trabalho na instituição:

Perguntas da Entrevista

1. Você poderia descrever o seu trabalho aqui no hospital? Como você o caracteriza?
2. Você vivencia situações desagradáveis no seu trabalho? Fale sobre elas.
3. Você considera essas (ou alguma delas) como situações de violência? Por quê?
4. Você já sofreu violência no seu local de trabalho? Relate a(s) situação(ões) vivenciada(s).
5. Como você costuma lidar (ou reage) com essas situações?
6. Em sua opinião, a organização do trabalho influencia na ocorrência da violência? De que (quais) maneiras?
7. Que medidas poderiam ser adotadas a fim de combater ou prevenir a violência laboral no seu contexto de trabalho?
8. Em sua opinião, que fatores favorecem ou promovem a sua saúde no seu ambiente de trabalho?
9. Você se sente reconhecido(a) pelo trabalho que realiza? Por quem? Fale mais sobre essa questão.
10. Para você, o trabalho pode ser fonte de prazer? De que forma o seu trabalho lhe proporciona prazer?

ANEXO A – Documento de Aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de
Enfermagem da UFRGS



COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

DECLARAÇÃO

Projeto: PG DR. 05/2011
Versão 06/2011

Pesquisadores: Daiane Dal Pai e Profa. Liana Lautert

Título: VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM SAÚDE: implicações para a saúde dos trabalhadores.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, declara que CERTIFICA o projeto em tela, já submetido e aprovado pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 07 de junho de 2011.

Profra. Dra. Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora da COMPESQ/EENF

Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora Compesq
EENF - UFRGS

ANEXO B – Documento de Aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa**Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa****PARECER CONSUBSTANCIADO**

Pesquisador (a) Responsável: Liana Lauter
Registro do CEP: 629 **Processo N°.** 001.014667.11.8
Instituição onde será desenvolvido: Secretaria Municipal de Saúde - HPS
Utilização: TCLE
Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N **001.014667.11.8**, referente ao projeto de pesquisa: **“Violência no trabalho em saúde: implicações para a saúde dos trabalhadores”**, tendo como pesquisador responsável **Liana Lauter** cujo objetivo é **“Avaliar a prevalência de sintomas depressivos em adultos que procuram atendimento psicoterápico. Específicos:• Avaliar a prevalência de sintomas depressivos em adultos que procuram atendimento psicoterápico com relação ao sexo; - Avaliar a prevalência de sintomas depressivos em adultos que procuram atendimento psicoterápico com relação à idade; - Avaliar a prevalência de sintomas depressivos em adultos que procuram atendimento psicoterápico com relação ao estado civil.”**

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como **APROVADO**.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que :

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLE assinados pelos sujeitos de pesquisas e a apresentação do trabalho.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 11/05/2011

Elen Maria Borba
Coordenadora do CEP