

A VIOLÊNCIA NO COTIDIANO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM

THE VIOLENCE IN THE DAILY WORK OF NURSING

Rosane Teresinha Fontana¹ 

¹ Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), Programa de Pós-Graduação em Ensino Científico e Tecnológico, Santo Ângelo, RS, Brasil. Doutora em Enfermagem. E-mail: rfontana@san.uri.br

Resumo: A Organização Mundial de Saúde define violência como o uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. Trata-se de uma revisão narrativa cujo objetivo é refletir sobre a violência psicológica sofrida pela enfermagem e os usos de si no enfrentamento da injúria. Pode-se inferir que esse tipo de violência, seja perpetrada por gestores, colegas ou por usuários dos serviços de saúde é um fator determinante de sofrimento ao trabalhador. Iniciativas para o enfrentamento à violência e medidas de notificação que contribuem para o fenômeno saia da invisibilidade podem agregar valor à saúde do trabalhador de enfermagem.

Palavras-chave: Violência ocupacional. Enfermagem. Riscos ocupacionais. Violência psicológica

Abstract: The World Health Organization defines violence as the use of actual or threatened physical force or power against itself, another person, or a group or community that results in or is likely to result in injury, death, or death. , psychological damage, developmental disability or deprivation. This is a narrative review whose objective is to reflect on the psychological violence suffered by nursing and the uses of themselves in coping with injury. It can be inferred that this type of violence, whether perpetrated by managers, colleagues or health service users is a determining factor of suffering to the worker. may add value to the health of the nursing worker.

Keywords: Occupational violence. Nursing. Occupational risks. Psychological violence



DOI: <https://doi.org/10.31512/vivencias.v16i30.85>

Recebido em: 06.08.2019

Aceito em: 15.10.2019



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição-NonComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.

1 Introdução

A Organização Mundial de Saúde define violência como o “o uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002, p. 5). Vive-se, na atual conjuntura, a denominada violência estrutural, a qual se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e cronificam a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero, de etnia e de domínio adultocêntrico sobre crianças e adolescentes. A violência no trabalho, objeto desta discussão é também denominada estrutural, pois envolve relações de desigualdade, de dominação e de exploração dos trabalhadores, vinculadas a expressões econômicas, políticas e simbólicas. Se ritualiza, nas relações em forma de violência interpessoal entre as classes e segmentos, sob as formas de discriminação, de exploração, de ameaças diversas e, no plano cultural, pelo assédio moral, sexual e pela homofobia, além de uma forma de violência de resistência, que se caracteriza pela reação agressiva dos trabalhadores à superexploração (MINAYO, 2005).

Em geral, as mulheres estão são mais vulneráveis a sofrer violência no ambiente de trabalho, tal como os negros, deficientes físicos, homossexuais e trabalhadores após as licenças de saúde. Entre as categorias profissionais que mais procuram encaminhamentos jurídicos em decorrência da exposição à violência, estão os bancários, os comerciários, os teleatendentes e os trabalhadores de hospitais, (BATTISTELLI; AMAZARRAY; KOLLER, 2011). Inclui-se aqui, a equipe de enfermagem.

Os dados noticiados, cotidianamente, pela mídia, demonstram que a sociedade em que se vive, hoje, é de risco. Precárias condições de vida de muitos cidadãos, famílias desorientadas e valores sociopolíticos decadentes ou imorais são alguns dos fatores que contribuem para a violência na sociedade e, por consequência, aos profissionais de saúde. O uso e abuso de drogas ilícitas, os acidentes por causas externas, tais como homicídios, agressões, acidentes de transporte e outros agravos que violentam e vitimam as pessoas fragilizam a saúde individual e coletiva e deságuam nos serviços públicos, que por vezes não conseguem atender a demanda por fragilidades do sistema. Esta precariedade no atendimento à saúde torna o setor público vulnerável à violência.

Neste sentido, é oportuna uma reflexão sobre o esquema tripolar alcunhado por Schwartz (2007), considerando que a violência pode ter uma dimensão incorporada às dificuldades do pólo político e/ou mercantil. Esse esquema, constitui-se pelo pólo I do trabalho e suas dramáticas; o II, orientado por valores mensuráveis, mercantis e o III, o político, orientado aos valores sem dimensões, do direito, dos organismos da democracia. A enfermagem, inserida nos serviços de saúde, nem sempre se expressa em valores comerciais, mas esses coeficientes circulam pelo seu ambiente de trabalho. Há, neste panorama, um aprisionamento desses serviços por estabelecerem-se valores mercantis a serviços de natureza não mercantil (SCHWARTZ, 2007). Assim, esse ensaio emerge de uma inquietação da pesquisadora sobre esse agravo, visto que causa sofrimento e adoecimento ao trabalhador e pode refletir negativamente sobre o cuidado seguro ao usuário.

O objetivo desse ensaio é refletir sobre a violência psicológica sofrida pela enfermagem e os usos de si no enfrentamento da injúria

2 Metodologia

Este estudo é uma revisão narrativa, a qual permite descrever e discutir um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual, não havendo a necessidade da sistematização sobre as fontes de informação e a metodologia usada para busca destas fontes. Constitui-se de uma análise da literatura divulgada em livros, artigos publicados em revistas científicas e, na interpretação e análise crítica pessoal do autor (ROTHER, 2007). As revisões de literatura e de produções científicas são denominadas de acordo com seu escopo. Tem-se, mais comumente citadas a revisão integrativa, a sistemática, a bibliográfica e a narrativa. Esta última, possibilita relacionar estudos anteriores e identificar temáticas recorrentes, assinalando novas perspectivas e/ou fortalecendo uma área de conhecimento (VOSGERAU; ROMANOWSKI, 2014), permitindo a realização de análises e interpretações amplas, para entender-se o “estado da arte” do assunto, sob o prisma teórico e/ou contextual (ELIAS *et al.*, 2012) sem necessidade de utilizar critérios sistemáticos para a busca e análise da literatura ou a seleção das fontes. Neste tipo de revisão a interpretação das informações pode estar sujeita à subjetividade dos autores (USP, 2015).

Isto posto, mesmo não sistematizada, a revisão do estudo em tela está alicerçada em publicações expressivas na área, por meio de buscas em artigos de

periódicos, especialmente os disponíveis nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), do Google acadêmico, e, em informações do Ministério da Saúde (BR), e da Organização Mundial de Saúde.

3 Situando o fenômeno da violência

Os usuários do sistema público de saúde e seus familiares ao buscarem o serviço de pronto atendimento esperam ser atendidos, pronta e imediatamente, devido á tensões decorrentes dos seus problemas de saúde. Se este atendimento não é feito no tempo por eles determinados, podem iniciar-se manifestações de violência. Alguns fatores contribuem para a exigência dos usuários de um atendimento imediato. Entre eles está o conceito de que o pronto atendimento é, de fato, um espaço para tal. Por vezes o entendimento decorre das informações repassadas pelos meios de comunicação os quais divulgam que a saúde é um direito do cidadão, sem explicitar sobre as redes de acesso e fluxos de acordo com a complexidade. Da mesma forma, a violência muitas vezes decorre da discordância dos usuários acerca da classificação de risco recebida diante do seu quadro clínico, especialmente se não forem prontamente atendidos ou não serem classificados como caso de urgência/emergência (FREITAS *et al.*, 2017)

Além disso, a longa espera, seja causada por recursos humanos deficientes para o atendimento, pelo grande número de usuários ou pela falta de medicamentos, por acomodações desconfortáveis e espaços físicos inadequados e lotados, impacientam usuários e acompanhantes que se sentem frustrados pela negligência às suas necessidades de saúde ou de suas exigências de um cuidado rápido e qualificado, o que contribui para as agressões (MARINHO, 2006). Pode-se inferir que a violência é decorrente da condição do usuário do serviço de saúde, vitimado por um sistema desqualificado para atender suas necessidades de saúde. Porém, incoerentemente, quem deve acionar recursos para gerir esse fenômeno é o trabalhador da ponta, da microgestão, que pouco ou nada tem de autonomia para a resolução dos problemas advindos de fragilidades da macrogestão.

Não se trata de omitir o estresse que a falta de acesso e resolutividade do sistema de saúde causa ao cidadão, nem de não compreender como a doença vulnerabiliza o usuário e seus familiares, mas de refletir sobre o fenômeno, visto que, de toda violência no mundo, 25% ocorre no setor saúde (MARINHO, 2006). Estudos demonstram que ao longo do tempo a violência psicológica sobre a enfermagem é um fenômeno constante e de ocorrência mundial (FRANZ *et al.*,

2010; BARBOSA, 2011, FONTANA; LAUTERT, 2013; MARQUES; SILVA, 2017, GALDINO *et al.*, 2019). Uma revisão de literatura assinalou que o assédio moral é um “problema a ser posto como prioridade às ações de liderança, visando à proteção do trabalhador e à qualidade do cuidado nos serviços”. Os autores ponderam que o ato violento contra a equipe de enfermagem não é um produto social isolado, está implicado com as demandas sociais emergentes, de acesso aos serviços, de condições de trabalho e até mesmo relativo à questão de gênero e pontuam que as ações de prevenção e controle da violência são pouco referidas na produção científica (PEDRO *et al.*, 2017), situação que denota que muito ainda tem-se a percorrer para tirar o fenômeno da invisibilidade.

Recortes históricos (séc XVIII) denotam a desvalorização da prática da enfermagem, dificultando, na época, seu exercício por pessoas das camadas sociais mais favorecidas. No Brasil, por exemplo, as enfermeiras eram leigas e religiosas, e, em sua maioria irmãs de caridade que refletiam moralidade e bons costumes. Na Europa, devido à precariedade do trabalho e aos baixos salários, as enfermeiras eram advindas de classes sociais mais baixas, muitas vezes, de prostíbulos. Até que, no séc XIX, Florence Nightingale, enfermeira criada na alta aristocracia inglesa, interessada em política, cuidado humano e filantropia, destaca-se pela organização do cuidado de enfermagem aos soldados na Guerra da Crimeia, ocorrida no século XIX, diminuindo consideravelmente a mortalidade. Líder, escolhia enfermeiras de acordo com critérios rígidos, situação que transformou a enfermagem. Resgatando a moralidade, atraía a profissão para camadas mais favorecidas (PEREIRA, 2008).

Porém, as escolas nightingaleanas, nas suas seleções optavam por mulheres jovens, de boa conduta, cultas e de boa família. Valorizavam a disciplina, a obediência e a subserviência, consideradas parte indissociável do exercício. Além disso, o sistema proibia o casamento e a maternidade para que as enfermeiras se dedicassem integralmente à profissão (PEREIRA, 2008; CUNHA; SOUZA, 2006), condições estas que fomentaram a cultura da submissão, da hegemonia médica sobre a enfermagem e pode ser uma das explicações acerca da violência contra essas trabalhadoras.

Um estudo de coorte realizado em Taiwan, junto a 167 sujeitos da equipe de enfermagem de um hospital psiquiátrico identificou 971 episódios de violência vivenciados pelos sujeitos no decorrer de um ano. A violência psicológica obteve um percentual de 66% e a física de 29,6%. As variáveis idades mais jovem, sexo feminino, menor escolaridade, menor tempo de trabalho e alto nível de ansiedade tiveram associação estatística com a violência (CHEN, 2009). Uma década depois

a prevalência de violência psicológica ainda persiste em alguns cenários (59,1%), sobre a física (20,2%) e o assédio sexual (12,8%). Os fatores associados à violência física foram ser testemunha de agressão física ocupacional e relacionamento interpessoal ruim (TSUKAMOTO *et al.*, 2019).

A violência psicológica também foi vivenciada mais de uma vez, durante a prática profissional de 43,4% das enfermeiras, conforme verificado em um estudo realizado no Paraná (PR) e configurou-se como violência horizontal, visto que os principais agressores foram os colegas de trabalho (BARBOSA *et al.*, 2011). Em relação à autoria do abuso, um estudo recente também aponta colegas de trabalho (38,4%) como os principais agressores seguido dos chefes e supervisores e pacientes e seus familiares. Cerca de um terço (36,8%) indicaram a existência de procedimentos institucionais para o relato, contudo 76% referiram que não há estímulo para o relato da agressão. Apenas em 17,4% dos casos o abuso verbal foi registrado administrativamente (ouvidoria, prontuário, livro de ocorrência) ou na polícia e, em somente 3,6% houve consequências para o abusador que foram de conhecimento da vítima, como advertência verbal (2,2%), por escrito (0,7%) ou reunião administrativa (0,7%). (TSUKAMOTO *et al.*, 2019), números inexpressivos para a frequente ocorrência do fenômeno.

Pesquisa que buscou caracterizar práticas de violência psicológica intra equipe, nas relações entre pacientes, acompanhantes e outros profissionais com os trabalhadores de enfermagem da rede hospitalar pública identificou que a agressão verbal foi o subtipo de violência psicológica mais frequente (95%), seguida pelo assédio moral (27%). A emergência foi o setor de maior ocorrência do agravo (51%), pacientes (60%) foram os principais agressores, enfermeiros 76% sofreram mais violência, em especial mulheres, jovens e pouco experientes. Os trabalhadores ainda fingem ou ficam inertes diante da violência e os gestores pouco ou nada fazem (LIMA; SOUZA, 2015)

A violência dos pacientes sobre a enfermagem e os agentes de saúde também foi identificada em quatro instituições de saúde na Alemanha, nas quais 74,8% dos agredidos pertenciam à equipe de enfermagem, ao sexo feminino e possuía mais de 15 anos de experiência; 89 % dos sujeitos tinham sofrido agressão verbal nos últimos 12 meses e 70% física, sendo que para 82% a agressão verbal era sofrida pelo menos uma vez por mês. As agressões mais frequentes, corresponderam aos abusos, ameaças, sopros, chutes, uso de objetos, assédio sexual e discriminação racial, advindos de pacientes, na sua maioria (FRANZ *et al.*, 2010).

Com o objetivo de caracterizar a violência ocorrida sobre enfermeiros(as) hospitalares portugueses por parte de pacientes um estudo com 191 enfermeiros(as), sendo maioria mulheres, apontou que a violência psicológica foi o tipo mais de maior ocorrência. Os autores identificaram que 56% dos profissionais referiram sentirem-se observados fixamente enquanto estavam trabalhando quatro ou mais vezes durante o último ano e 2,1% referiram ter sido ameaçado com uma arma, nesta mesma frequência. Observou-se ainda, que determinados serviços, tais como urgências estavam mais associados à ocorrência de violência (MARQUES; SILVA, 2017).

Uma revisão da literatura identificou que os países asiáticos lideram os índices de violência contra a enfermagem, seguidos pela África e Europa, em especial Israel (97,1%) e Arábia Saudita (94,3%), Etiópia (89,5%) e Alemanha (78,0%), respectivamente. Quanto à violência física, desponta a Alemanha, na Europa, com 63,0%, seguida pela China, no continente asiático, com 35,4% e Etiópia, no africano, com 18,2%. No Brasil o movimento em torno da violência nos ambientes de trabalho de enfermagem ainda está em fase de diagnóstico. Conduzido e publicado em 2015 pelo Conselho Federal de Enfermagem, um estudo sobre violência no trabalho da enfermagem brasileira, apontou que 23,9% dos enfermeiros e 18,5% dos técnicos e auxiliares de enfermagem sofreram algum tipo de violência, sendo, primeiramente psicológica, seguida por física e sexual (PEREIRA *et al.*, 2019).

Estudo realizado no interior do Rio Grande do Sul (FONTANA; LAUTERT, 2013), identificou que pacientes psiquiátricos e presidiários são os usuários que mais agridem e/ou causam sentimentos de medo e apreensão à enfermagem. A presença de doentes com problemas mentais e usuários de drogas e álcool são frequentes nas instituições públicas, visto que nem sempre existem instituições de saúde específicas a esse público. Usuários com estas características podem causar medo aos profissionais que os estão atendendo, devido ao despreparo para lidar com esta clientela e devido à falta, em muitos cenários da atenção pública à saúde, de um serviço de segurança pessoal na unidade (FONTANA; LAUTERT, 2013).

Como se observa, o fenômeno é mundial e preocupante. Um estudo de revisão identificou que a publicação de programas/ políticas empregados para prevenir violência no trabalho em enfermagem ainda são escassos, e centram-se em três países: Estados Unidos, Canadá e Suécia, ao passo que a violência na enfermagem “é um fenômeno perpetrado em ambientes de trabalho mundiais,

independentemente de estarem alocados em cenários de saúde de países com maiores índices de desenvolvimento ou não” (PEREIRA *et al.*, 2019, p. 1115)

Em uma análise mais minuciosa nestes estudos, observaram-se algumas características comuns e outras contraditórias, porém está explícito que as trabalhadoras de enfermagem, jovens ou não, são mais agredidas que os homens. Embora sejam elas em maior número, característica da enfermagem, a pouca experiência parece aumentar a vulnerabilidade às agressões e mais tempo na profissão possibilita o desenvolvimento de capacidades para lidar com situações desse tipo, o que torna menos intenso o ataque, porém não menos sofrido.

O que se percebe, ainda, a partir dos dados destes estudos é que usuários e colegas violentam em diferentes dimensões, embora os primeiros sejam os agressores mais frequentes, donde se depreende que, sejam indivíduos internos ou externos aos serviços, o profissional de enfermagem está sendo agredido, o que aponta para a urgência na tomada de medidas para frear esse processo que ora eclode com crescimento indisciplinado, trazendo como consequência sofrimento e adoecimento aos trabalhadores.

A enfermagem tem dificuldade em debater a violência sofrida entre colegas, alargando a invisibilidade do fenômeno e, pela dificuldade de se identificar as marcas da agressão psicológica, comparando-se às agressões físicas, as suas consequências são habitualmente subestimadas, banalizando o fenômeno e colaborando para fortalecer o agressor a manter a postura agressora (BARBOSA *et al.*, 2011). É preciso conjecturar, debater sobre o assunto no trabalho da enfermagem, para que a violência não se torne um acontecimento inerente à atividade e naturalizado por questões de gênero. Tais acontecimentos transgridem os direitos de cidadania da pessoa e podem gerar implicações negativas no cuidado ao usuário e agravos para a saúde do trabalhador. Dentre os sentimentos emergidos da violência no cotidiano de trabalho estão a irritabilidade, a raiva, a tristeza, a baixa autoestima, a frustração, a humilhação e o medo, além de sensação de impotência e insegurança (FRANZ *et al.*, 2010, BARBOSA, 2011). Válido é sublinhar que, em pesquisa que buscou conhecer os problemas de saúde que acometem profissionais de enfermagem em uma unidade de emergência hospitalar pública foi identificado que os profissionais de enfermagem que foram vítimas de violência no trabalho nos últimos 12 meses anteriores ao estudo apresentaram média e mediana maiores no número de lesões ou doenças em relação aos que não sofreram, demonstrando uma análise com diferença estatisticamente significativa (BORDIGNON; MONTEIRO, 2018).

Essas emoções podem ter como consequências agravos à saúde como dores, ansiedade e alterações somáticas, além de que, após os insultos os trabalhadores podem tornar-se mais tensos e assustados no trabalho e desempenharem suas atividades com menor satisfação e sob um estado de permanente vigilância (FRANZ *et al.*, 2010). Além disso, a violência no trabalho da enfermagem pode ter consequências sobre o cuidado e sob sentimentos de distanciamento, desmotivação, hostilização e, desatenção. Os trabalhadores podem evitar a aproximação durante o atendimento, podem experimentar desmotivação em realizar suas atividades, com sentimentos de desvalorização e desânimo. Também podem tornarem-se hostis no trato com o paciente agressor em resposta ao ocorrido (DAL PAI *et al.*, 2017).

As implicações da violência e ou assédio, para o trabalhador envolve diminuição da autoestima, transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade, tendência suicida, insegurança, vergonha, desânimo, desmotivação, depressão, síndrome do pânico, estresse, insônia, perda de libido, baixa autoestima, síndrome de burnout, insônia, fadiga, problemas gástricos, em especial, gastrite e úlcera, distúrbios cardiovasculares, como taquicardia e hipertensão arterial, agravos nas articulações, cérebro, coração e no sistema imunológico, dores, entre outros. Altera ainda, a organização do trabalho e o relacionamento entre os colegas e os membros da família deste profissional, com repercussões que envolvem arrefecimento na competitividade e produtividade, na qualidade do trabalho, decadência na motivação, satisfação e criatividade, degradação do clima interpessoal, perda de trabalhadores qualificados, adoecimentos e internações hospitalares, aposentadorias precoces, absenteísmo, além de aumento de custos com invalidez e com o desemprego (SANTOS *et al.*, 2014; BORDIGNON; MONTEIRO, 2016).

As consequências da violência no trabalho da enfermagem perpassam a instituição de saúde empregadora, pelas repercussões em seus trabalhadores, o que pode levar à redução da força de trabalho, adoecimento ou desgaste da equipe, comprometer a qualidade do cuidado prestado àqueles que recorrem aos serviços e gerar custos. Os profissionais de enfermagem assumem destacada relevância nos serviços de saúde. Por isso, a situação que se apresenta atualmente, na qual muitos destes trabalhadores foram, estão sendo ou serão vítimas da violência no trabalho precisa ser modificada, não só no Brasil, como no mundo. O envolvimento de gestores, trabalhadores, comunidade científica e população é importante nesta busca por condições de trabalho favoráveis à saúde, segurança e qualidade da assistência, a partir do que se dá força às propostas de intervenção dos órgãos de classe federal e regionais (BORDIGNON; MONTEIRO, 2016, p.999).

4 Uma breve visita aos construtos de Yves Schwartz sobre o uso de si e o enfrentamento da violência

Essa pressão vivida pelos trabalhadores e a conseqüente exposição à violência advinda dos usuários, os colocam numa dramática do *uso de si*, por si mesmos e pelos outros na medida em que exige mobilização do *corpo si* para enfrentar a situação inusitada. É preciso fazer escolhas, usar de suas habilidades para enfrentar o vazio ou deficiência de normas (SCHWARTZ, 2007), que a infidelidade do meio estabelece, pois as normas antecedentes nem sempre são suficientes para gerir o cotidiano, neste caso as situações de violência. Só assim pode-se “viver” o trabalho, mesmo que esta escolha fracasse. Evidenciam-se, neste contexto, variabilidades situacionais decorrentes do processo de trabalho, que devem ser transformadas, adaptadas, para garantir-se a produção (neste caso, de saúde) e a economia corporal (evitar o sofrimento gerado pela exposição á violência).

A pura execução da tarefa no trabalho seria *‘invivível’*, do ponto de vista de Schwartz (2007). Fazendo *uso de si* o sujeito pode lidar com as deficiências do meio do seu jeito, reposicionando o trabalho, mesmo que infinitesimal, em torno de suas próprias normas e que não pode ser padronizado, pois envolve o ‘aqui e o agora’. Isto significa que, ao tentar criar modos de lidar com as lacunas do sistema, com a irritação dos usuários carentes de resolutividade aos seus anseios, o trabalhador *ressingulariza* o meio a seu modo e vivencia uma dramática. Escolher tal atitude e assumir as conseqüências disso expõe a verdadeira dimensão desse “drama”.

É preciso que o trabalhador lide com a agressão para que a produção em saúde aconteça, o que não implica que isso deva se perpetuar. O diálogo entre o particular e o geral, o micro e o macro devem acontecer sob o escopo de evitar sofrimento ao usuário e ao trabalhador. Assim, o trabalho implica em autogestão de si e de seus compromissos, constantemente e é nestas *dramáticas do uso de si, por si e pelos outros*, que o profissional busca meios de defesa para o enfrentamento das adversidades. O debate de normas, mesmo que ‘inconsciente’ é estratégico para a resolução dos infortúnios vivenciados. Existem sempre escolhas, ajustamentos a serem processados frente a variabilidade e instabilidade de cada situação particular e inédita.

Nesta situação, é preciso que o sujeito encontre meios para enfrentar a violência e permanecer trabalhando. É neste momento que ele, utilizando-se

de suas experiências e história de vida codifica o que está sendo vivenciado e *renormatiza* sua atividade. O fluxo das gestões individuais organiza-se segundo o pólo da eficácia ou a avaliação do melhor desempenho relativo ao objetivo visado e o pólo da eficiência ou facilitar a si mesmo a tarefa. Assim, seja para evitar ou lidar com a violência ou para cuidar da saúde de um usuário, a enfermagem, conforme sua meta, fará avaliações e negociações tanto ao conjunto quanto ao segmento de sua atividade (SCWHARTZ, 2007).

Trabalhar, portanto, é gerir o cotidiano de trabalho, debatendo as normas e *renormatizando-o*, criando, adequando, inventando não só para a produção em saúde acontecer, mas para sua economia corporal, aqui traduzida, pelas formas e mecanismos de defesa utilizados para enfrentar a violência, de modo a sofrer menos. Emerge, nesta dinâmica, saberes e experiências que automaticamente, mesmo que infinitamente, são acionadas para sobreviver às agressões.

5 Sobre o enfrentamento da violência

Isto posto, é fundamental, no contexto social e cultural das comunidades, combater a invisibilidade desse agravo, para que se inicie um processo de relações interpessoais éticas no trabalho, visto que há uma tendência de naturalização atribuída pelos trabalhadores às ações violentas contra eles. O que inquieta, é que esta naturalização muitas vezes causada pela exposição a ambientes de hostilidade e sofrimento contribui para atitudes de brutalização de um sujeito que, se espera, deveria estar a serviço da vida e não como produtor de ações violentas. Há de se referir que o profissional que violenta pode estar sendo também vitimado na sua vida social, no seu trabalho, adicionando um sofrimento a mais ao comumente vivenciado.

Para humanizar a assistência não é suficiente investir somente em equipamentos e tecnologias. O cuidado se torna zeloso quando o usuário é acolhido, ouvido e respeitado pelos profissionais de saúde o que remete a humanização das condições de trabalho destes profissionais com vistas a um atendimento eficiente. A humanização pode ser compreendida como uma forma de cuidado, onde o protagonismo dos sujeitos é respeitado e se consolida quando está centrada na voz do indivíduo, no respeito à sua autonomia e, portanto, no uso de tecnologias leves, como a escuta e a satisfação de suas necessidades. Tal enfoque pode ser aplicado nas relações de cuidado ao usuário e adequado ao cuidado do profissional, ambos elementos dinâmicos do processo produtivo de saúde (FONTANA, 2010). Ao

contrário, a desconsideração da subjetividade e, pela vertente da ergologia, do *corpo si*, e da dialogicidade provoca consequências negativas para a consolidação de relações saudáveis no trabalho e pode ser um dos fatores preditivos da violência.

Diante desta contextualização, políticas e programas de minimização da violência ocupacional podem ser instituídas, a exemplo do Canadá, um dos países com os menores índices de violência no trabalho da enfermagem. A violência física atingiu índices de 6,2% e a violência verbal, 13,9% a partir do uso do ‘Programa Omega’, que “desenvolve habilidades interpessoais específicas e técnicas de gestão comportamental nos profissionais de saúde para intervirem em situações de agressão”. Este programa é de iniciativa da Agência de Saúde e Segurança no Trabalho, em parceria com instituto de saúde mental especializado em violência, e abrangeu de 1999 a 2015, 47.408 membros da equipe de saúde, demonstrando impacto “positivo para sofrimento psíquico, confiança no enfrentamento e nos níveis de exposição à violência [...]”. (PEREIRA *et al.*, 2019, p.1114).

Isto posto, “adotar posições políticas, críticas e sensíveis aos problemas cotidianos do trabalhador e em defesa do trabalho digno, buscando conjuntamente com outros setores e, em especial parcerias com órgãos públicos de vigilância em saúde do trabalhador, para a efetivação de políticas públicas saudáveis e de ações de ‘fiscalização’ do trabalho sob violência”, pode ser uma tática de protagonismo do trabalhador na organização e manutenção de ambiências menos sofríveis e mais seguras (FONTANA; LEAL, 2017).

Incentivos para a notificação da violência, assim como encaminhamentos e resposta aos agressores sobre condutas tomadas diante da notificação destes incidentes e a orientação dos trabalhadores dos serviços de saúde acerca das medidas a serem tomadas ante a presença de pacientes com distúrbios de comportamento poderiam reduzir as agressões no trabalho da enfermagem e tirar o fenômeno da violência da invisibilidade.

Agressões sofridas pelos trabalhadores podem causar sofrimento e adoecimento. É necessário que esse risco psicossocial, tão denunciado pelos pesquisadores saia do meio acadêmico e se materialize em forma de intervenções do poder público e privado. Sugerem-se algumas medidas como dimensionamento adequado de pessoal, educação permanente em saúde aos trabalhadores e em movimento, para que sejam oferecidos momentos de discussão e resolução dos problemas coletivos, com a participação ativa de quem trabalha, fator fundamental para legitimar as reflexões. O Dispositivo Dinâmico de Três Pólos em que são socializados os saberes científicos, os da experiência para fundirem-se num novo

saber, pode ser uma estratégia de intervenção neste contexto. Além de humanizar o trabalho e o cuidado ao usuário de saúde, pode contribuir para o combate à violência, na medida em que mobiliza saberes do cotidiano e de várias disciplinas no entorno da problemática.

Mas, essencial e fundamentalmente, a transformação perpassa pela atenção ao usuário do serviço de saúde às suas necessidades básicas. O poder público e a sociedade devem empenhar esforços para que a saúde pública seja valorizada como prioridade social, em todas as suas dimensões, seja atenção básica, média ou alta complexidade.

6 Considerações finais

Acredita-se que um sistema de saúde eficaz nas suas diretrizes de universalidade, equidade, integralidade, e alicerçado na valorização do usuário e do trabalhador de saúde, como reais protagonistas deste sistema, confere eticidade ao processo de produção de saúde e constrói ambiências saudáveis, pois somente quem faz e/ou usa a saúde como um bem, tem legitimidade para gestão de conflitos decorrentes da prática e de sua transformação.

Sugere-se garantir medidas protetivas aos trabalhadores da saúde, comunicação e orientação à imprensa, no sentido de discutir sobre causas do 'mau atendimento' ou das dificuldades em atender as necessidades do usuário, de modo a posicionar os cidadãos usuários e familiares sobre o que é feito com e nas políticas públicas, em muitos cenários de atenção à saúde.

Referências

- BARBOSA, R. *et al.* Violência psicológica na prática profissional da enfermeira. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 1, p. 26-32, 2011.
- BATTISTELLI, B. M.; AMAZARRAY, M. R.; KOLLER, S. H. O assédio moral no trabalho na visão de operadores do direito. **Psicologia e Sociedade**, v. 23, n.1, 2011, p. 35-45.
- BORDIGNON, M.; MONTEIRO, M. I. Violência no trabalho da Enfermagem: um olhar às consequências. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 5, p. 996-9, 2016.

BORDIGNON, M.; MONTEIRO, M. I. Problemas de saúde entre profissionais de enfermagem e fatores relacionados. **Enfermería Global**, n. 51, 2018, p. 447-458.

CHEN, W. C. *et al.* Incidence and risk factors of workplace violence on nursing staffs caring for chronic psychiatric patients in taiwan. **Int J Environ Res Public Health**, v.6, n.11, p. 2812-21, 2009. Disponível em: <http://www.mdpi.com/1660-4601/6/11/2812>. Acesso em: 15 ago. 2010.

CUNHA, Y. F. F.; SOUZA, R. R. S. C. Gênero e enfermagem: um ensaio sobre a inserção do homem no exercício da enfermagem. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, p. 140-149, 2006.

DAL PAI, D. *et al.* Repercussões da violência no trabalho sobre o cuidado de enfermagem na perspectiva dos trabalhadores expostos. **Clin Biomed Res**; n. 37, Supl., 2017. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/171027/001049923.pdf?sequence=1>. Acesso em: 2 out. 2019

ELIAS, C. S. *et al.* Quando chega o fim? Uma revisão narrativa sobre terminalidade do período escolar para alunos deficientes mentais. **SMAD: Revista Electrónica en Salud Mental**, Alcohol y Drogas, v. 8, n. 1, p. 48- 53, 2012.

FRANZ, S *et al.* Aggression and violence against health care workers in Germany - a cross sectional retrospective survey. **MC Health Services Research**, v. 10, n. 51, 2010. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/51>. Acesso em: 20 set. 2010.

FONTANA, R.T. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. **Rev. RENE**, v. 11, n. 1, p. 200-7, 2010.

FONTANA, R.T.; LAUTERT, L. A situação de trabalho da enfermagem e os riscos ocupacionais na perspectiva da ergologia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 6, p. 1306-13, 2013.

FONTANA, R. T.; LEAL, D. R. A violência em unidades de terapia intensiva. **Vivências: Revista Eletrônica de Extensão da URI**, v. 13, n.24: p.40-49, maio/2017

FREITAS, R. J. M *et al.* A violência contra os profissionais da enfermagem no setor de acolhimento com classificação de risco. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 38, n. 3, e62119, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.62119>.

LIMA, G. H. A.; SOUZA, S. M. A.. Violência psicológica no trabalho da enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v.68, n.5,2015 p. 817-23. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680508i>

MARINHO J. Violência ocupacional: a vítima é a enfermagem. **Revista do COREN/SP**, v.66, p.9-13, 2006.

MARQUES, D.; SILVA, I. S. Violência no trabalho: um estudo com enfermeiros/as em hospitais portugueses. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Brasília, v. 17, n. 4, p. 226-234, dez. 2017.

MINAYO, M.C.S. **Violência: um problema para a saúde dos Brasileiros.** In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2005.

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

PEDRO, D.F.C. *et al.* Violência ocupacional na equipe de enfermagem: análise à luz do conhecimento produzido Occupational. **Saúde debate**, v. 41, n. 113, p. 618-629, abr./jun. 2017

PEREIRA, P.F. **Homens na enfermagem:** atravessamentos de gênero na escolha, formação e exercício profissional. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2008

PEREIRA, C.A.R. *et al.* Estratégias institucionais de prevenção à violência no trabalho da enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 72, n. 4, p. 1052-1060, agos. 2019 .

ROTHER, E.T. Revisão sistemática x Revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p 5-6, 2007.

SCHWARTZ, Y, DURRIVE, L. **Trabalho e ergologia:** conversas sobre a atividade humana. Niterói: Ed UFF, 2007.

SANTOS, S.I.L. *et al.* Assédio moral no âmbito da enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enferm.**, v. 19. n. 1, p. 159-6, 2014

TSUKAMOTO, S. A. S. *et al.* Violência ocupacional na equipe de enfermagem: prevalência e fatores associados. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 32, n. 4, p. 425-432, agos. 2019

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Biblioteca Paulo de Carvalho Matos.

Tipos de revisão da literatura. 2015. Disponível em: <http://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-evisao-de-literatura.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2017.

VOSGERAU, D. S. R.; ROMANOWSKI, J. P. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Rev. Diálogo Educ.**, Curitiba, v. 14, n. 41, p. 165-189, jan./abr. 2014.